

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ÉTUDE EXPLORATOIRE MIXTE DES PROCESSUS DE LA COMMUNICATION POUR
LA SANTÉ DANS LE CONTEXTE DU TRAVAIL DE PROXIMITÉ
D'ACTION SÉRO ZÉRO

THÈSE
PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN COMMUNICATION

PAR
JEAN DUMAS

JUIN 2011

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

AVANT-PROPOS

Cette thèse souhaite contribuer à l'avancement des connaissances sur les processus de la communication pour la santé dans le contexte des interventions de l'organisme communautaire Action Séro Zéro.

Dès 1986, l'ancêtre de l'organisation dénommé C-SAM (Comité SIDA aide Montréal) met en œuvre les premières campagnes de prévention ciblées dans les lieux de rencontres et de socialisation des hommes gais et bisexuels. En l'absence de soutien financier récurrent et suffisant, les gestionnaires participent à la mobilisation communautaire avec d'autres organisations et font diverses actions politiques afin de convaincre les paliers gouvernementaux de s'impliquer plus activement dans la lutte contre le VIH/sida. L'organisme prend le nom d'Action Séro Zéro en 1991. Aujourd'hui en 2011, non seulement l'organisme est-il reconnu pour son expertise en prévention, mais l'élargissement de son mandat vers une approche globale de la santé (officialisée en 2007) a fait en sorte que ce terrain de recherche nous a interpellés de manière très forte, surtout dans le contexte actuel de la banalisation du VIH/sida. Il importe ici de préciser l'historique des liens qui existent entre l'auteur et l'organisme.

D'abord adjoint de recherche pour une étude des besoins en matière de santé des hommes gais montréalais (1999-2000), j'ai ensuite œuvré à la réalisation de l'évaluation des activités en ligne de l'organisme, le programme Internet RÉZO (2002-2004). Entre 2007 et 2009, j'ai travaillé sur deux autres projets de recherche visant à mieux orienter l'organisme dans son projet d'élargir son mandat vers une perspective de santé globale.

J'ai travaillé dans les locaux de l'organisme entre 1999 et 2000, puis entre 2002 et 2004, ce qui m'a permis de voir comment les intervenants font leur travail de proximité et d'échanger fréquemment avec eux. Je suis resté en contact régulier

avec l'organisme pour les projets de recherche subséquents, mais en travaillant à partir de mon domicile ou de bureaux situés à l'Université du Québec à Montréal.

Cette recherche doctorale en communication est née de mes questionnements pendant toutes ces années sur l'évolution des interventions en matière de prévention. Je me sens personnellement concerné et interpellé par les enjeux sociaux et politiques liés au VIH/sida. Cet engagement subjectif soulève l'essentielle question de la distance critique nécessaire à la posture du chercheur. Je montre au chapitre III comment le dispositif de recherche permet de prendre une telle distance critique tout en misant sur les avantages d'une connaissance privilégiée du domaine étudié. J'aimerais faire remarquer que si l'organisme occupe une place prioritaire comme source de données et de référence, mon questionnement va bien au-delà, notamment sur les représentations sociales du VIH/sida en général et les formes de stigmatisation qui subsistent encore aujourd'hui envers les personnes et les groupes associés à la maladie dans les discours.

Je tiens à remercier chaleureusement toutes les personnes qui m'ont accompagné pendant ce travail de longue haleine. D'abord mes co-directeurs, Michèle-Isis Brouillet et Jacques Rhéaume, qui ont toujours su me soutenir et m'orienter tout au long du processus itératif de la recherche. J'aimerais souligner à quel point Isis a été pour moi bien plus qu'une directrice de thèse, elle a été une *coach* de vie dans cette aventure, qu'elle appelle souvent le « marathon de la thèse ».

Merci également à tous ceux qui ont participé à la recherche. À tous ces hommes qui m'ont fait confiance et qui n'ont pas hésité à me raconter des aspects très intimes de leur parcours de vie. Je remercie spécialement les intervenants d'Action Séro Zéro sans qui cette recherche n'aurait pas été possible, particulièrement Thomas Haig, chercheur en communication, qui m'a aidé à interpréter les résultats.

Merci également à l'équipe Sexualités et genres : vulnérabilité et résilience (SVR) pour le soutien financier reçu sous forme de bourse et le soutien moral de la part

de ses membres, notamment monsieur Joseph J. Lévy avec qui j'ai collaboré pendant plusieurs années dans le cadre de recherches innovatrices sur la santé des minorités sexuelles.

J'aimerais enfin remercier mes amis Maurice, Patrice, Roger, Stefan et Michel, qui m'ont toujours encouragé à continuer le travail et à croire en moi, surtout dans les moments plus difficiles.

Je dédie cette thèse à la mémoire des mes parents. À Raymond, qui fut pour moi une grande source d'inspiration, un homme d'une grande sensibilité qui a fait preuve d'un immense courage devant l'adversité et qui a toujours aimé la vie et les gens autour de lui. À Monique, pour m'avoir encouragé à la réflexion et à la curiosité intellectuelle, et qui a toujours valorisé la poursuite de mes études universitaires.

*Tu cherches quoi ?
À rencontrer la mort ?
Tu te prends pour qui ?
Toi aussi tu détestes la vie.*

*Dance in bars and restaurants,
Home with anyone who wants,
Strange he's standing there alone,
Staring eyes chill me to the bone.*

*Dans sa chambre, Joël et sa valise,
Un regard sur ses fringues,
Sur les murs, des photos,
Sans regret, sans mélo,
La porte est claquée, Joël est barré.*

Extrait de *Libertango*
par Grace Jones

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES	vi
LISTE DES TABLEAUX.....	vii
RÉSUMÉ	viii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I	
PROBLÉMATIQUE	5
1.1 Introduction	5
1.2 La communication dans les interventions de santé publique	7
1.3 La communication et les représentations de la santé et de la maladie.....	12
1.4 La spécificité de la communication pour la santé.....	14
1.5 L'usage d'Internet pour les activités de prévention.....	16
1.6 Questions, objectifs et type de recherche	19
CHAPITRE II	
CADRE DE RÉFÉRENCE.....	21
2.1 Introduction	21
2.2 Dépasser les conceptions dominantes de la communication interpersonnelle dans le contexte de la prévention du VIH/sida	22
2.3 La communication interpersonnelle : approche interactionniste, écosystémique et critique	25
2.3.1 L'interactionnisme symbolique	25
2.3.2 Le courant systémique et écosystémique.....	33
2.3.3 Les théories critiques	38
2.3.4 L'identité dans la communication.....	41
2.4 Les concepts-clés du cadre de référence heuristique	43
CHAPITRE III	
MÉTHODOLOGIE	46

3.1 Introduction	46
3.2 Une étude exploratoire de type mixte	47
3.3 Population à l'étude et échantillonnage.....	49
3.4 Les instruments pour la collecte de données : le questionnaire	51
3.5 Les instruments pour la collecte de données : les entretiens semi-dirigés.....	57
3.6 Résultats de la collecte de données.....	58
3.7 L'analyse des données	58
3.8 Scientificité de la recherche.....	60

CHAPITRE IV

RÉSULTATS	61
4.1 Présentation des résultats.....	61
4.2 Résultats du questionnaire en ligne	61
4.2.1 Portrait sociodémographique des participants	62
4.2.2 Âge, lieu de résidence et niveau de scolarité	62
4.2.3 Emploi, études, revenus et appartenance ethnique et culturelle	63
4.2.4 Attirance, orientation sexuelle et situation de vie.....	63
4.2.5 Dépistage du VIH et statut sérologique	64
4.2.6 Une population avec un profil similaire à d'autres recherches	65
4.2.7. Les préoccupations en matière de santé éprouvées par les participants au cours de la dernière année : santé physique, mentale et habitudes de vie	66
4.2.8 Les préoccupations en matière de santé éprouvées par les participants au cours de la dernière année : les relations interpersonnelles et sociales	69
4.2.9 Les besoins ressentis d'obtenir de l'information et les principales sources d'informations consultées.....	70
4.2.10 Les organismes consultés au cours de la dernière année	72
4.2.11 Les sujets discutés lors de la dernière interaction	74
4.2.12 Éléments contextuels de la dernière interaction.....	75
4.2.13 Évaluation de la dernière interaction par les participants	77
4.2.14 Action ou non suite à l'interaction.....	80
4.2.15 Les corrélations entre les indicateurs de satisfaction et l'action à la suite de l'interaction.....	81
4.2.16 Aisance de l'utilisateur à parler la santé sexuelle en face à face et importance de l'anonymat que procure Internet	83

4.3 Résultats de l'analyse des entretiens semi-dirigés avec les hommes gais ou bisexuels	85
4.3.1 Le profil général des hommes rencontrés	85
4.3.2 Les préoccupations en matière de santé parmi les participants	86
4.3.3 Santé physique, santé mentale et habitudes de vie	87
4.3.4 Les relations interpersonnelles et sociales	89
4.3.5 Les besoins ressentis d'obtenir de l'information ou des conseils et les principales sources d'informations	91
4.3.6 Les organismes communautaires consultés en général et les sujets discutés durant les interactions.....	92
4.3.7 Les circonstances ayant amenés les hommes à interagir ou non avec un intervenant d'Action Séro Zéro.....	94
4.3.8 Les propos au sujet de l'organisme et de ses programmes ou activités.....	96
4.3.9 Les propos au sujet des défis actuels autour de la prévention des ITSS et du VIH/sida et des autres préoccupations en matière de santé.	99
4.4 Résultats de l'analyse des entretiens avec les intervenants d'Action Séro Zéro.	102
4.4.1 Les propos des intervenants au sujet de l'évolution du rôle de l'organisme	103
4.4.2 Les propos des intervenants au sujet du rôle de la communication durant les interactions	104
4.4.3 Les propos sur les avantages et des limites des interactions de type face à face ou en ligne	105
4.4.4 Les propos des intervenants au sujet des défis actuels reliés au travail de proximité ainsi qu'à la prévention dans une perspective de santé globale.	108
4.5 Faits saillants de l'analyse des résultats	113
 CHAPITRE V	
DISCUSSION	117
5.1 Introduction.....	117
5.2 Le modèle proposé pour l'étude des processus de la communication	118
5.3 Illustration des composantes de modèle	121
5.4 Un nombre important de participants préoccupés par diverses problématiques de santé (temps 1 du modèle)	121
5.5 Des sources d'information ou de conseils qui répondent à des besoins spécifiques (temps 1 du modèle)	123

5.6	Des organismes consultés et des sujets discutés qui reflètent la prédominance et l'intensité des préoccupations (temps 2 du modèle)	124
5.7	Des éléments illustrant la diversité des contextes d'interventions (temps 2 du modèle)	125
5.8	Les évaluations de la dimension contenu et relation lors de l'interaction et leurs corrélations avec l'action (temps 2 et 3 du modèle)	126
5.9	Analyse des entretiens à l'aide de trois parcours de vie (temps 1, 2 et 3 du modèle)	127
5.9.1	Le parcours de vie d'Éric, homme gai, 35 ans	128
5.9.2	Le parcours de vie de François, homme hétérosexuel et travailleur du sexe, 29 ans	130
5.9.3	Le parcours de vie de Simon, homme gai, 19 ans	132
5.9.4	Discussion sur les trois parcours de vie	134
5.10	Des contextes d'intervention avec leurs avantages et leurs limites	137
5.11	Les représentations sur les enjeux actuels de la prévention	140
5.11.1	La visibilité du sida dans l'espace public	141
5.11.2	Les changements dans la vie des personnes séropositives	143
5.11.3	Le VIH est devenu une maladie chronique dans les discours	144
5.11.4	Des représentations combinées qui contribuent à changer la perception de la gravité de la maladie	145
5.11.5	Équilibre entre droit et devoir de santé dans une société du risque... ..	146
5.11.6	La visibilité d'une « culture du risque sexuel » dans l'espace public et son impact sur le travail des intervenants	147
5.11.7	L'homophobie peut nuire aux efforts de prévention	153
5.11.8	La criminalisation de la transmission du VIH	156
5.12	Un élargissement vers une perspective globale de la santé pertinente et nécessaire	156
5.13	Des tendances lourdes nuisant au travail de proximité	160
5.14	Exemple d'utilisation du modèle proposé	163
5.15	Pistes ouvertes pour l'intervention et la formation en communication pour la santé	164
5.16	Comment Internet peut continuer à jouer un rôle complémentaire aux interventions avec ses avantages et limites spécifiques	167

5.17	Comment Action Séro Zéro peut-il davantage participer au développement « tissu social de la communauté »	171
5.18	Faits saillants de la discussion	173
5.19	Les limites de la recherche.....	177
	CONCLUSION	180
	APPENDICE A PRESENTATION DE ACTION SÉRO ZÉRO ET DE SES PROGRAMMES.....	185
	APPENDICE B MATÉRIEL DE PROMOTION DE L'ÉTUDE.....	188
	APPENDICE C QUESTIONNAIRE EN LIGNE.....	191
	APPENDICE D FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES PARTICIPANTS	206
	APPENDICE E GRILLE D'ENTRETIEN SEMI-DIRIGÉ AVEC LES PARTICIPANTS.....	208
	APPENDICE F FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES INTERVENANTS.....	209
	APPENDICE G GRILLE D'ENTRETIEN SEMI-DIRIGÉ AVEC LES INTERVENANTS	211
	APPENDICE H THEMES ABORDÉS OU ÉMERGENTS DURANT LES ENTRETIENS AVEC LES PARTICIPANTS ET CATÉGORIES ISSUES DE L'ANALYSE DE CONTENU	212
	APPENDICE I THEMES ABORDÉS OU ÉMERGENTS DURANT LES ENTRETIENS AVEC LES INTERVENANTS ET CATÉGORIES ISSUES DE L'ANALYSE DE CONTENU	213
	APPENDICE J RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE (DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES).....	214
	APPENDICE K PRÉDOMINANCE ET INTENSITÉ DES PRÉOCCUPATIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE : SANTÉ PHYSIQUE, MENTALE, SEXUELLE ET HABITUDES DE VIE.....	217

APPENDICE L PRÉDOMINANCE ET INTENSITÉ DES PRÉOCCUPATIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE : LES RELATIONS INTERPERSONNELLES ET SOCIALES	218
APPENDICE M EXTRAIT DE L'ENTRETIEN AVEC L'AGENT À LA RECHERCHE ET AU DÉVELOPPEMENT	219
BIBLIOGRAPHIE.....	224

LISTE DES FIGURES

Figure	Page
2.1 Articulation préliminaire des concepts-clés de la recherche	44
5.1 Le processus de communication dans lequel s'engage l'utilisateur	118
5.2 Le processus de communication dans lequel s'engage l'intervenant	119
5.3 Analyse du parcours de vie d'Éric, homme gai, 35 ans	129
5.4 Analyse du parcours de vie de François, homme hétérosexuel, 29 ans	131
5.5 Analyse du parcours de vie de Simon, homme gai, 19 ans	133
5.6 Caractéristiques des deux types d'interaction	139
5.7 Présence de RÉZO sur Facebook	169
5.8 Site Internet de l'organisme en 2004	170
5.9 Site Internet de l'organisme en 2011	170
5.10 Changement du logo de l'organisme	171

LISTE DES TABLEAUX

Tableau		Page
3.1	Thèmes du questionnaire et sections correspondantes	55
3.2	Résultats de la collecte de données	58
4.1	Prédominance des préoccupations en matière de santé : santé mentale, physique, sexuelle et habitudes de vie	67
4.2	Intensité des préoccupations en matière de santé : santé mentale, physique, sexuelle et habitudes de vie	68
4.3	Intensité des préoccupations en matière de santé : les relations interpersonnelles et sociales	70
4.4	Préoccupations éprouvées, besoins ressentis d'obtenir de l'information et deux premières sources d'informations consultées	71
4.5	Organismes consultés au cours de la dernière année et nombre de consultations	73
4.6	Thèmes discutés lors de la dernière interaction avec un intervenant communautaire ou un professionnel de la santé	74
4.7	Contexte la dernière interaction	75
4.8	Durée de la dernière interaction et rencontre du même intervenant	76
4.9	Scores moyens aux indicateurs de satisfaction de l'utilisateur au sujet de l'interaction avec l'intervenant communautaire ou le professionnel de la santé	78
4.10	Scores moyens cumulatifs pour les dimensions contenu, relation et satisfaction globale	80
4.11	Action ou non à la suite de l'interaction avec l'intervenant communautaire ou le professionnel de la santé et exemples d'actions entreprises	80
4.12	Corrélations entre les indicateurs de satisfaction et l'action	82
4.13	Corrélations négatives entre les indicateurs de satisfaction et l'action	83
4.14	Importance de l'anonymat que procure Internet	84

4.15	Profil des hommes rencontrés	86
4.16	Profil des intervenants	102
5.1	Composantes du modèle proposé pour l'étude du processus de la communication	120
5.2	Exemple d'utilisation du modèle proposé	163

RÉSUMÉ

À l'ère des traitements plus efficaces contre le VIH/sida, des changements majeurs sont survenus dans le portrait de la maladie. Devant l'augmentation des comportements comprenant un risque élevé de transmission et associés à des formes de banalisation de la maladie, les organismes qui interviennent pour la prévention auprès des groupes les plus touchés ont dû s'adapter. Dans cette recherche, nous nous intéressons plus spécifiquement à l'organisme québécois Action Séro Zéro, actif en prévention du VIH/sida et des autres ITSS auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) depuis le début des années 90. Grâce à son expérience reconnue dans le domaine, cet organisme constitue un terrain de recherche particulièrement pertinent pour étudier ce que la littérature définit comme une lacune dans les connaissances actuelles, c'est-à-dire l'étude des processus de la communication pour la santé. À l'aide d'une méthodologie mixte de collecte de données quantitatives et qualitatives, cette recherche propose un modèle interactionniste, écosystémique et critique afin d'illustrer comment l'étude des processus de la communication peut contribuer à l'atteinte des objectifs de la prévention dans le contexte bien particulier qu'est celui du VIH/sida.

Les principaux résultats de notre recherche font ressortir l'idée que le processus de la communication peut se décomposer en trois temps, c'est-à-dire avant, pendant et après une interaction entre un intervenant de l'organisme et un usager de ses services. Dans le temps 1, un questionnaire a permis de recenser les préoccupations en matière de santé des HARSAH en général et leurs besoins ressentis ou non de consulter un organisme, que ce soit Action Séro Zéro ou un autre dans le réseau de la santé publique ou communautaire. Dans le temps 2, on a répertorié les sujets discutés de même que des indicateurs de satisfaction chez les usagers quant au déroulement de la rencontre avec l'intervenant et selon deux dimensions : le *contenu* et la *relation* dans l'interaction. Au temps 3, les résultats signalent la présence ou non d'une action de l'utilisateur à la suite de l'interaction et les indicateurs de satisfaction en lien avec celle-ci.

Le volet qualitatif de la recherche a permis de développer une meilleure compréhension de ce processus en trois temps. Les entretiens avec les usagers ont permis de situer leurs préoccupations en matière de santé tout au long de leur parcours de vie, les circonstances ayant pu entraîner un besoin d'interagir avec un intervenant et les préférences des usagers quant aux interventions de type face à face ou en ligne. Au sujet des interactions, les entrevues démontrent clairement que l'atteinte des objectifs est favorisée par le développement d'un lien de confiance et de collaboration entre l'intervenant et l'utilisateur. Tant les entrevues avec les intervenants que celles avec les usagers nous ont permis de relever des difficultés liées à la communication qui peuvent survenir durant les interactions,

soit des confusions, des paradoxes et des formes de disqualification. Les cas d'interactions difficiles avec certaines catégories de personnes parmi les populations visées par les activités de prévention montrent que ce sont notamment les représentations associées au VIH et à l'homosexualité dans l'espace public qui nuisent au dialogue et à l'intercompréhension pouvant faciliter les changements souhaités par l'intervenant dans les connaissances, les attitudes et les comportements des personnes rencontrées. La recherche propose finalement des pistes pour améliorer la formation des intervenants en communication pour la santé en se référant au trois temps du modèle proposé, incluant une perspective renouvelée et critique de la prévention.

Mots clés : prévention – ITSS – VIH/sida – intervention – communautaire –
interaction – communication – dialogue – santé – Internet

INTRODUCTION

Dès les premiers cas de mortalité associés au VIH/sida¹ au début des années 80, les spécialistes de l'épidémiologie ont identifié les groupes sociaux les plus touchés par la maladie, notamment les hommes gais et bisexuels et d'autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) comme les travailleurs du sexe². La compréhension des modes de transmission a permis d'informer la population sur les mesures à prendre pour se protéger le mieux possible du virus. Le nombre de décès et la souffrance physique et mentale aiguë des victimes, en plus de la forte stigmatisation associée à la maladie, ont entraîné un climat de crise et d'urgence dans l'espace public, contribuant à l'adhésion des individus aux messages préventifs. Celle-ci s'est faite à un point tel qu'on parlait du succès des campagnes de prévention malgré de nouveaux cas chaque année mais qui semblaient néanmoins décroître dans les rapports gouvernementaux (Direction de la protection de la santé publique, 2004; Santé et Services sociaux du Québec, 2010).

Le rôle qu'ont joué les organismes communautaires dans la mise en œuvre des stratégies a été une première réponse à la gravité de la situation et ce, malgré le fait que les gouvernements ont mis du temps à s'engager plus activement dans la

¹ L'acronyme VIH fait référence au virus de l'immunodéficience humaine et le sida désigne le syndrome d'immunodéficience acquise, c'est-à-dire l'étape de l'infection qui conduit à diverses maladies engendrées par l'effondrement du système immunitaire. La manière de présenter ainsi les acronymes VIH/sida est une convention que nous utilisons pour refléter son usage dans la littérature courante, ce qui montre aussi les effets fortement induits du sida consécutifs à l'infection du virus (état de séropositivité).

² L'utilisation de l'acronyme HARSAH provient de l'épidémiologie. Utilisé fréquemment dans les rapports gouvernementaux sur la prévalence et l'incidence des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) et du VIH/sida, il sert à regrouper les sous-groupes d'hommes sans référence à l'orientation sexuelle. L'usage de l'acronyme suscite souvent un malaise parmi les intervenants, militants et chercheurs qui le considère axé uniquement sur les comportements, gommant ainsi toute référence identitaire. Nous partageons ce malaise et par conséquent, nous préférons faire référence aux hommes gais et bisexuels dans le cadre de cette thèse, sauf pour une partie des analyses qui concernent le travail du sexe masculin.

lutte contre le VIH/sida, notamment en offrant un financement plus adéquat aux organismes (Wong, 1997).

Un changement majeur est survenu dans le portrait du VIH/sida vers 1996 avec l'arrivée de nouveaux traitements plus efficaces contre la maladie. Le nombre de décès reliés au sida a considérablement diminué et la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH s'est améliorée, malgré les effets secondaires importants des médicaments. Ainsi, le VIH, *une maladie qui entraînait la mort* est devenue *une maladie avec laquelle on vit*. On a associé ce changement important à des formes de banalisation de la maladie, surtout devant l'augmentation des nouveaux cas de transmission du VIH mais aussi des autres infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) (Dufour *et al.*, 2000). La recrudescence des comportements à risque élevé semblait indiquer que les campagnes de prévention n'avaient plus autant d'effet qu'auparavant. C'est dans ce contexte que vers la fin des années 90, des discussions dans plusieurs pays au sujet de la nécessité de renouveler les approches préventives ont entraîné des changements importants dans la manière d'élaborer les stratégies d'intervention (Gay and Lesbian Health Services of Saskatoon, 2000 et 2002; Warning, 2005; Jablonski et Le Talec, 2010).

Au Québec, cette mouvance a également influencé Action Séro Zéro, un des organismes encore aujourd'hui parmi les plus actifs en matière de prévention auprès des hommes gais et bisexuels (voir appendice A pour une description de ses activités). En 2007, l'organisme a officiellement élargi son mandat vers une perspective de santé globale, voulant ainsi considérer davantage la santé physique, mentale, sexuelle, les habitudes de vie et les relations interpersonnelles et sociales des hommes gais et bisexuels dans l'élaboration de ses stratégies. C'est dans ce contexte que cette recherche a pris forme.

Dans le premier chapitre de cette thèse, nous présentons la problématique de la recherche en situant l'historique de l'organisme et de ses activités destinées aux hommes gais et bisexuels. On y présente une réflexion critique sur une vision instrumentale et réductrice de la communication qu'on retrouve souvent dans les

stratégies de prévention et comment celle-ci peut nuire à l'atteinte des objectifs visant à réduire le nombre de nouveaux cas d'infections au VIH. L'évolution des représentations sociales de la santé, de la maladie et du risque est également située dans ce contexte de même que la spécificité du champ d'étude de la communication pour la santé à l'intérieur duquel nous avons repéré une lacune importante dans les connaissances actuelles, c'est-à-dire une meilleure compréhension des processus de la communication pour favoriser l'adoption et le maintien de comportements favorables à la santé, que ce soit lors d'intervention de type face à face ou en ligne.

Au chapitre II, nous présentons un cadre de référence heuristique de la recherche en situant les apports de différentes approches théoriques au sujet de la communication interpersonnelle dans le contexte actuel de la prévention du VIH/sida. Ce tour d'horizon permet de dégager des dimensions spécifiques et des concepts porteurs pour une meilleure compréhension et analyse de cette réalité à la fois individuelle, professionnelle et sociale. Nous terminerons cette mise en situation théorique en présentant un cadre heuristique qui a guidé notre démarche de terrain.

Les motifs entourant le recours à une collecte de données mixte (questionnaire et entretiens semi-dirigés) pour cette recherche exploratoire sont exposés dans la méthodologie au chapitre III. La collecte de données quantitatives et qualitatives permet d'explorer de manière complémentaire les étapes dans le processus de la communication pour la santé entre les intervenants et les usagers (avant, pendant et après une interaction) en mettant l'accent sur les composantes de l'interaction, notamment le contenu et la relation dans les sous-systèmes complexes et ouverts dans lesquels évoluent les interlocuteurs.

Les résultats de la collecte de données à l'aide du questionnaire et des entretiens sont présentés successivement au chapitre IV. Dans la discussion au chapitre V, l'interprétation des résultats permet de proposer des réponses aux questions de recherche à l'aide de la représentation de la réalité étudiée dans les dimensions du

cadre heuristique. Les principaux résultats du questionnaire permettent de révéler la prédominance des préoccupations en matière de santé parmi les participants, les besoins ressentis ou non d'interagir avec un intervenant (temps 1 du modèle), les sources d'informations consultées et les sujets discutés durant les interactions, les indicateurs de satisfaction des usagers quant au déroulement de l'interaction (temps 2) et l'action entreprise ou non à la suite de celle-ci (temps 3). Les résultats de l'analyse des entrevues semi-dirigées avec les usagers et les intervenants permettent d'apporter un éclairage différent sur le processus de la communication. L'analyse de trois parcours de vie permet d'illustrer des étapes importantes du processus, notamment les événements en lien avec l'évolution de l'identité de l'individu, les préoccupations en matière de santé éprouvées au cours de différents épisodes de la vie, les facteurs de risque pour la santé ou à l'opposé les facteurs de protection et de résilience, les circonstances ayant amené un usager à recourir ou non aux services de l'organisme et ses préférences quant aux types d'interaction souhaités (face à face ou en ligne). Tant les propos des usagers que ceux des intervenants permettent d'exposer les représentations individuelles et collectives associées au VIH/sida qu'on retrouve dans l'espace public et qui peuvent favoriser ou nuire au travail de proximité des intervenants.

Les changements importants dans le portrait du VIH/sida ont amené l'organisme à élargir son mandat vers une perspective de santé globale et le modèle élaboré au cours de la présente recherche permet d'exposer comment on peut favoriser l'atteinte des objectifs de la prévention et réduire les difficultés liées à la communication dans les interactions, notamment des formes de confusion, de paradoxe et de disqualification qui émergent au cours de l'échange et nuisent au dialogue et à l'intercompréhension. À la fin du chapitre, des pistes pour la formation des intervenants sont proposées.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE

1.1 Introduction

Plusieurs domaines de recherche ont contribué au développement des stratégies de prévention depuis le début de la pandémie du VIH/sida, au cours des années 80. Les spécialistes de l'épidémiologie ont d'abord cerné les modes de transmission et ont ensuite publié régulièrement les statistiques de prévalence et d'incidence parmi la population générale et les groupes sociaux les plus touchés par la maladie. En parallèle, les recherches sur les déterminants généraux de la santé (revenu, éducation, soutien social, etc.), les facteurs de risque, de vulnérabilité et de résilience (parmi les profils sociodémographiques, psychosociosexuels et comportementaux) ont permis d'améliorer les connaissances sur plusieurs phénomènes complexes associés aux comportements.

Depuis le développement des nouveaux traitements plus efficaces contre le VIH/sida vers 1996, les chercheurs en sciences sociales se sont davantage intéressés aux représentations de la maladie et aux liens possibles avec les comportements, dans un contexte où les recherches épidémiologiques ont démontré une recrudescence des pratiques à risques élevés de transmission du VIH/sida et des autres infections transmissibles sexuellement et par le sang

(ITSS), notamment parmi le groupe social qui demeure le plus touché : les hommes gais et bisexuels. D'autres chercheurs se sont aussi penchés sur les usages sociosexuels et préventifs d'Internet, alors que des liens sont présumés entre l'usage d'Internet pour les rencontres et l'augmentation de l'incidence des ITSS (Léobon *et al.*, 2004 et 2007; Lévy *et al.* 2011).

C'est aussi dans ce contexte de changements que, depuis la fin des années 90, on assiste au développement d'approches renouvelées en prévention du VIH/sida pour les interventions en santé publique et communautaire. Au Québec, Action Séro Zéro a développé une expertise reconnue dans le domaine des interventions communautaires. Depuis 1991, l'organisation a mis en œuvre divers programmes de prévention destinés aux hommes gais et bisexuels (voir appendice A). Dans le contexte du développement de nouvelles approches en prévention, Action Séro Zéro privilégie maintenant une vision globale de la santé qui va au-delà de la prévention du VIH/sida ou de la promotion du sécurisexe³. Cette nouvelle orientation vers une approche globale de la santé s'inscrit dans le contexte des réflexions sur les nouvelles approches de la prévention à privilégier à la suite du constat que les messages de prévention traditionnels ne semblaient plus avoir autant d'effet qu'auparavant. L'approche « santé gaie » (*Gay Health*) a d'abord été envisagée aux États-Unis, puis au Canada et dans plusieurs pays d'Europe (Gay and Lesbian Health Services of Saskatoon, 2000 et 2002; Jablonski et Le Talec, 2010). Depuis ce temps, il semble que plusieurs organisations se soient plutôt orientées vers « une approche globale de la santé », une approche qui peut parfois inclure un volet « santé gaie » ou même, dans certains cas, des volets distincts inclus dans une approche de la santé des personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles, bispirituelles⁴ et transgenres (*GLBT global health approach*).

³ En 2007, l'organisme a officialisé l'élargissement de son mandat en révisant l'énoncé de sa mission indiqué dans sa charte et en adoptant ce dernier au cours d'une assemblée générale extraordinaire réunissant plusieurs membres et bénévoles de l'organisme, le personnel, le conseil d'administration et des partenaires du réseau de la santé publique.

⁴ Bispirituelles (*two-spirit*) désignent les personnes, selon la tradition de plusieurs nations autochtones, qui ressentent en eux ou en elles la présence de l'esprit féminin et masculin. Dans certaines communautés, un homme peut vivre ouvertement au quotidien comme une femme et vice versa.

Mis à part les programmes traditionnels développés par Action Séro Zéro tels que l'intervention dans les milieux de rencontres et de socialisation ou les ateliers de discussion en petits groupes, un des programmes les plus récents consiste en une équipe d'intervention en direct dans les salons de clavardage populaires auprès des hommes gais et bisexuels (voir l'appendice A pour plus de détails).

Les paragraphes suivants cernent la problématique de cette recherche, en la situant dans le domaine large des communications, une problématique dont l'élaboration, au sens de Chevrier (2000, p.73), « se réalise dans la formulation itérative de questions à partir du sens donné à une situation concrète ».

1.2 La communication dans les interventions de santé publique

Le cadre d'orientation des interventions de santé publique au Québec est encore aujourd'hui largement basé sur le concept de promotion de la santé proposé initialement en 1986 (Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé). Il est généralement défini comme « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci » (OMS, 1999, p. 1).

La promotion de la santé c'est un ensemble complexe d'interventions qui comprend diverses stratégies synergiques utilisées pour en augmenter l'efficacité et favoriser la prise en charge (*empowerment*) individuelle et collective de la santé (Caron-Bouchard et Renaud, 2001, p. 118-119). Ces stratégies sont individuelles (les modes de vie par l'éducation à la santé, le marketing social et les communications de masse) et environnementales (les conditions de vie par l'action politique, l'organisation communautaire et le développement organisationnel).

Au Québec, le réseau de la « santé publique » ou « science et art de favoriser la santé, de prévenir la maladie et de prolonger la vie grâce aux efforts organisés de la société » (OMS, 1999, p. 3), est composé de plusieurs types d'organismes et paliers d'autorités : dans l'organigramme on retrouve au sommet le ministère de la

Santé et des Services sociaux et son ministre, des centres d'expertise et de référence (par exemple, l'Institut national de santé publique fondé en 2002), les Agences et les Centres de Santé et de Services de sociaux (CSSS), les centres hospitaliers, les cliniques et cabinets de médecine privés et les groupes de médecine de famille. Plus de 4000 organismes communautaires œuvrant en santé y sont également reconnus comme partenaires. Les interventions de santé publique sont souvent désignées par la surveillance et les 3 P (promotion, prévention, protection) auxquels s'ajoute parfois un quatrième P qui réfère aux politiques publiques⁵, notamment aux programmes de lutte contre les inégalités sociales en matière de santé telles que la pauvreté et l'exclusion.

Dans les activités de surveillance on retrouve l'identification de dangers sociosanitaires, la collecte de données et la publication de rapports réguliers sur l'incidence et la prévalence des maladies. Les activités de promotion peuvent être par exemple les grandes campagnes médiatiques sur la cessation du tabagisme, la saine alimentation et l'activité physique.

La prévention, telle que proposée par l'OMS (*ibid.*, p. 4) est de trois ordres : la prévention primaire « vise à empêcher l'apparition de la maladie » ; la prévention secondaire et tertiaire « vise à stopper ou à retarder l'évolution d'une maladie et ses effets par le dépistage précoce et un traitement approprié ; ou à réduire le risque de rechute et de chronicité, au moyen d'une réadaptation efficace, par exemple ». Finalement, les mesures de protection du public servent à éliminer ou réduire les menaces pour la santé des individus (par exemple, les campagnes de vaccination contre le virus de la grippe).

Il importe de bien distinguer promotion de la santé et prévention. O'Neill (2010, p. 3) souligne que la promotion de la santé est un « concept utilisé à toutes les sauces par toutes sortes de personnes, ce qui en donne une image de confusion ». Même dans plusieurs documents officiels de planification de l'action en santé publique émanant d'autorités reconnues, la promotion de la santé est souvent

⁵ Voir à cet effet le portail du Réseau de recherche en santé des populations du Québec, programme de formation 4P : <http://www.santepop.qc.ca/fr/formation/formation4p.html>

associée indistinctement avec la prévention. Malgré le discours fréquent dans les textes publics de promotion de la santé, il s'agit presque toujours, et c'est surtout le cas pour ce qui est du VIH/sida, de stratégies de prévention. Le passage suivant permet de mieux distinguer les deux concepts, notamment à l'aide des notions de « facteurs de risque » et de « comportements à risque »:

Les expressions « prévention de la maladie » et « promotion de la santé » sont parfois utilisées de façon complémentaire. Bien que le contenu et les stratégies de ces deux notions se recouvrent souvent partiellement, la prévention de la maladie est définie séparément. Dans ce contexte, la prévention de la maladie est considérée comme l'action qui provient généralement du secteur sanitaire et porte sur des personnes et des populations qui présentent des facteurs de risque identifiables, souvent associés à des comportements à risque différents (*ibid.*, p. 4)

Les activités d'un organisme communautaire comme Action Séro Zéro sont davantage articulées autour de stratégies de prévention primaires et secondaires (par exemple, les interventions auprès des hommes vivant avec le VIH) par le biais d'un *travail de proximité* auprès des collectivités d'hommes ciblés. Haig (2011, p. 178) cite la définition du travail de proximité proposée par Paquin et Perreault (2001, p.18):« travailler auprès des personnes dans leur milieu naturel, être disponible à sa population cible et circuler dans le milieu ». Il distingue par ailleurs deux variantes de la proximité : « des pratiques caractérisées par des relations de proximité physique [par exemple, les interventions réalisées dans un sauna] ainsi que d'autres pratiques caractérisées par des relations de proximité technologique [par exemple, les interventions réalisées par téléphone et sur Internet] ».

L'expression « travail de proximité » est de plus en plus utilisée depuis une dizaine d'années au Québec et reconnue comme stratégie à privilégier dans le cadre des interventions auprès des personnes vulnérables ou marginalisées. Dans un document récent d'orientation intersectorielle de l'action pour la lutte contre les ITSS, on explique que :

Les organismes communautaires et les CSSS réalisent plusieurs activités de prévention des ITSS : consultations, rencontres d'information sur les risques

de transmission des ITSS, travail de proximité (distribution de condoms et de lubrifiants, soutien à l'adoption de comportements sécuritaires), ateliers sur le vécu homosexuel (Santé et Service Sociaux du Québec, 2010, p. 57).

On y souligne toutefois des problèmes importants « pour diverses raisons - financement de courte durée ou précaire, roulement de personnel, etc. - ces activités ne sont pas aussi régulières, efficaces et pérennes qu'elles le devraient ». (ibid). De plus, lorsqu'on examine de plus près les stratégies de prévention, et plus globalement certaines des stratégies incluses dans la promotion de la santé telles que les communications médiatiques, on constate que la communication y est fréquemment comprise en référence à des modèles classiques (transmission d'informations dans un schéma linéaire émetteurs/canaux/récepteurs, influence des *leaders* d'opinion et des pairs dans une perspective diffusionniste) et que la finalité de la communication est avant tout l'efficacité au détriment d'une vision plus complexe de celle-ci.

Les stratégies de prévention sont souvent élaborées à partir de « pratiques exemplaires », c'est-à-dire de pratiques qui ont fait l'objet d'évaluations systématiques et qui sont reconnues comme porteuses d'un fort potentiel de résultats mesurables en regard des objectifs visés. De plus, nombre de projets pilotes voient le jour et mettent à contribution d'autres sources de données scientifiques telles que les recherches sociales les plus récentes dans plusieurs disciplines qui ont fait de la santé un champ d'études particulier. C'est le cas, par exemple, de l'anthropologie, de l'éducation, de la psychologie, de la sexologie et de la sociologie.

L'élaboration des stratégies de prévention s'inspire par ailleurs de nombreux modèles de changement de comportements dont la complexité a grandement évolué depuis les années 50, comme le modèle des croyances relatives à la santé, la théorie sociale cognitive, la théorie de l'action raisonnée, le modèle transthéorique etc. (Peterson et DiClemento, 2000; Bartholomew *et al.*, 2000). Cependant, dans les faits, peu de ces modèles envisagent la communication autrement que dans son rôle utilitaire à travers le schéma *connaissances, attitudes,*

comportements. De plus, plusieurs auteurs critiques ont souligné que les modèles théoriques et les modèles auxquels se réfèrent les stratégies de prévention du VIH/sida supposent des individus totalement rationnels : « theories and models commonly used in health communication and promotion clearly shows that HIV/AIDS communication often is based on the behavior and decision-making process of so-called rational individuals who follow an established linear path from awareness to attitude to action » (Airhihenbuwa et Obregon, 2000, p. 12) ⁶.

Lombardo et Léger (2007), en prenant l'exemple d'une campagne de marketing social menée à grande échelle au Canada invitant les hommes gais et bisexuels à réfléchir sur leurs intentions d'avoir des comportements sexuels sécuritaires, soulignent les limites de ces approches pour la prévention et plus globalement dans les théories sur les changements de comportements : « A continued emphasis on intentions diverts attention away from the immediate social contexts, in which behavior occurs and the dynamic processes which operate in interactional settings (Ingham, 1994, p. 99). Indeed, this issue reflects some critiques of social marketing initiatives and of health behavior change theories more generally» (Lombardo et Léger, 2007, p. 389).

Un autre exemple de limite dans les stratégies de prévention est que le schéma linéaire *connaissances, attitudes, comportements* est souvent associé à l'approche diffusionniste de la communication, dans laquelle les *leaders* d'opinion jouent un rôle central. Cette approche a fait et fait toujours l'objet de nombreuses réserves malgré sa popularité et Everett Rogers lui-même, dans sa réflexion autocritique sur les modifications à apporter à la *théorie de la diffusion*, pose la question suivante : « What rethinking of the diffusion model is implied by the investigations of its application to HIV prevention programs? An even greater emphasis on interpersonal peer communication is indicated when the innovation is

⁶ Émond (2005), dans sa thèse, critique lui aussi les modèles utilisés pour la prévention qui ignorent cette réalité. Il a proposé un modèle explorant le « processus de séduction et de protection contre le VIH » qui prend justement en compte cette rationalité limitée des individus. Nous y ferons davantage référence dans le chapitre V (discussion des résultats).

preventive and somewhat taboo, as in the case of HIV prevention » (Rogers, 2000, p. 65).

L'élaboration des stratégies de prévention s'inspire également de modèles de planification de l'action en promotion de la santé, tels que le modèle écologique PRECEED/PROCEED (Green et Kreuter, 1999). Celui-ci présente lui aussi la communication de manière instrumentale et sert de référence pour l'élaboration des cadres épistémologiques, théoriques et méthodologiques de nombreuses recherches psychosociales et comportementales portant sur les facteurs reliés à l'incidence de l'infection au VIH.

1.3 La communication et les représentations de la santé et de la maladie

Dans plusieurs disciplines (en sociologie et en anthropologie de la santé, par exemple), des auteurs ont suggéré des changements importants dans les représentations de la santé et de la maladie au cours des dernières décennies (Pierret, 2003). On retrouve dans leurs propos les circonstances sociales et historiques qui auraient provoqué un glissement progressif d'une représentation du droit au devoir de santé. Pour le Québec, et sans doute pour bon nombre de sociétés occidentales, ce glissement serait, entre autres, relié à la fin de l'État-providence, à des facteurs démographiques particuliers comme le vieillissement de la population et à l'explosion des coûts en santé, mais également à d'autres facteurs idéologiques et éthiques discutés dans l'espace public tels que les notions de responsabilités individuelles et collectives par rapport la maladie (Massé, 2003).

Plus récemment, d'autres recherches sociales ont exploré l'hypothèse voulant que la perception de la gravité du VIH ait diminué depuis le développement des thérapies plus efficaces vers 1996 (Beltzer, 2005; Dufour *et al.*, 2000). Des changements majeurs dans les représentations auraient également eu lieu, le VIH n'étant plus considéré comme une maladie toujours mortelle, mais plutôt une maladie avec laquelle on peut vivre. Dans ces recherches, on déplore également les discours de certains professionnels de la santé qui présentent maintenant le

VIH comme une maladie chronique. D'autres auteurs ont défendu la pertinence d'étudier la dynamique des représentations sociales (Moliner, 2001) et les représentations du VIH dans le contexte de cette banalisation de la maladie (Lévy, Pierret et Trottier, 2004). Dans une recherche menée à Montréal, on a également exploré l'influence possible des représentations du VIH sur les logiques de gestion du risque (Lévesque et Billette, 2004). À notre connaissance toutefois, peu de chercheurs ont tenté de mieux comprendre comment ces nouvelles représentations, y compris celle du présumé devoir de santé, agissent dans la communication.

D'autres auteurs ont proposé une analyse plus critique, affirmant que ce changement du droit au devoir dans les représentations de la santé a pu contribuer à certaines dérives discursives au cours desquelles on a associé sans nuances des comportements à risques à des groupes sociaux particuliers. À titre d'exemple, depuis la fin des années 80, plusieurs recherches sur les discours dans les médias écrits sur le sida, dont celle de Herzlitch et Pierret (1991), démontrent clairement que de telles situations ne sont pas sans conséquences sociales pour des minorités déjà marginalisées, notamment les manifestations de l'homophobie⁷ envers les hommes homosexuels. Particulièrement au début de la pandémie, mais encore aujourd'hui, des stigmates nourrissent, comme l'a suggéré Paula Treichler (1999), une épidémie lourde de sens, d'où l'expression « épidémie de significations », où le corps marginal est au centre de nombreux récits porteurs d'idéologies normatives.

Ces réflexions critiques sur les représentations et les discours sur la maladie révèlent un débat sous-jacent à propos de la santé publique. En effet, certains auteurs qualifient les 3P (prévention, promotion et protection) de schéma

⁷ Il existe de nombreuses définitions de l'homophobie et nous retenons celle-ci qui s'applique à l'ensemble des minorités sexuelles : « [...] l'homophobie revêt un sens large et englobe toutes les attitudes négatives pouvant mener au rejet et à la discrimination, directe et indirecte, envers les gais, les lesbiennes, les personnes bisexuelles, transsexuelles et transgenres (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 2007, p.12). Il importe toutefois de noter que certains chercheurs et militants des milieux communautaires préfèrent distinguer les formes particulières d'attitudes négatives à l'endroit des personnes bisexuelles (biphobie), des lesbiennes (lesbophobie) et des personnes transsexuelles/transgenres (transphobie).

instrumentalisant, pragmatique, utilitaire et porteur de discours contribuant à la peur (Carrier et Quirion, 2003 ; Furedi, 2002) dans une société du risque (Beck, 2001). Tandis qu'un large consensus parmi les acteurs circule selon lequel la santé publique, orientée par le cadre intégrateur qu'est la promotion de la santé, propose des moyens éprouvés, incluant des changements structurels importants, pour l'amélioration de la qualité de vie et la réduction du fardeau économique et social de la maladie à travers l'*empowerment* (ou le renforcement, l'autonomisation du pouvoir d'agir) des individus et des collectivités, d'autres ont une vision plus critique de celle-ci et la confronte avec des questionnements plus fondamentaux sur le rôle de la santé publique (Massé, 2003).

1.4 La spécificité de la communication pour la santé

Depuis une vingtaine d'années déjà, des chercheurs et des praticiens défendent la nécessité de développer un champ spécifique d'étude de la communication pour la santé (*Health Communication*) (Dugan, 2006; Austin et Matson, 2003). Dans un ouvrage de référence intitulé *Handbook of Health Communication*, les auteurs font état de la recherche dans plusieurs champs d'investigation en communication pour la santé. Selon eux, parmi les aspects qui sont peu étudiés, on retrouve les processus qui sont associés à la formation des croyances en matière de responsabilité, tant sur le plan social qu'individuel : « Public communication about disease causation and the inherent links to societal versus individual responsibility has also sometimes been examined in published communication research, emphasizing that too little attention has been given to the communication processes associated with forming those beliefs about responsibility » (Parrot, 2004, p.757). La recherche que nous proposons souhaite justement contribuer aux efforts pour améliorer les connaissances sur les processus de la communication dans le contexte bien particulier qu'est celui du VIH/sida.

Le champ de la communication pour la santé semble être en pleine effervescence actuellement, comme en témoigne la multiplication d'ouvrages de référence, de

revues spécialisées, de chaires, de groupes de recherche et de programmes d'enseignement universitaire qui y sont consacrés dans plusieurs pays⁸. L'univers conceptuel que constitue la communication pour la santé peut lui-même être subdivisé en des univers plus circonscrits. Ceux-ci sont la communication et les 3P, la communication médiatique en santé, la communication organisationnelle et la santé et la communication interpersonnelle dans les milieux de santé. C'est ce dernier univers conceptuel qui nous semble le plus pertinent à notre recherche, lequel s'intéresse à l'interaction entre les intervenants et les usagers. Bien que les autres traitent d'enjeux connexes, mais toujours interreliés au problème de recherche, la communication interpersonnelle dans les milieux de santé doit faire l'objet d'une attention particulière, tel qu'argumenté dans l'ouvrage *La communication professionnelle en santé* (Richard et Lussier, 2005). L'ouvrage témoigne de cette préoccupation croissante parmi les professionnels d'ici et d'Europe pour un examen plus approfondi du rôle de la communication comme outil principal de l'intervenant en santé, en mettant l'accent sur la composante dialogique au centre de la relation professionnel/client, cette composante favorisant la métacommunication et également la réflexion sur sa praxis (praxéologie).

1.5 L'usage d'Internet pour les activités de prévention

Un autre élément important de notre problématique est l'usage d'Internet en prévention. Plusieurs recherches ont démontré qu'Internet est devenu l'une des principales sources d'information de la population sur la santé, une tendance qui

⁸ Au Québec, l'Université du Québec à Montréal commence à se distinguer dans ce domaine en développement. À titre d'exemples, mentionnons l'existence de l'Institut Santé et société, de la Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé et du Groupe Médias et santé. L'UQAM a d'ailleurs lancé, en septembre 2006, un programme court de deuxième cycle en communication et santé. Un des cours offerts dans le cadre du programme, *Communication interpersonnelle dans les milieux de la santé* (COM7816), vise notamment à aider les professionnels à « approfondir certains modèles théoriques et méthodes d'analyse de communication plus pertinents pour comprendre et agir sur la dynamique relationnelle dans différentes situations de communication en santé [...], réfléchir et analyser les stratégies de communication utilisées lors de la communication au travail; dégager de sa pratique les stratégies généralement utilisées; développer une compétence à corriger la communication en cours d'action ».

augmente chaque année. Au Québec, en 2007, les données de l'enquête NETendances (CEFRIO, 2007) montraient que 36 % des adultes ont utilisé Internet pour chercher de l'information sur la santé. Les objectifs de la recherche d'informations sont multiples. Au cours de cette même année, 30 % des adultes québécois ont utilisé Internet « souvent ou à l'occasion » pour chercher de l'information sur une maladie ou un médicament. Dans une moindre mesure, 10% des adultes québécois ont utilisé Internet, souvent ou à l'occasion, pour repérer géographiquement un professionnel de la santé, pour gérer ou vérifier l'état des remboursements liés aux dépenses de la santé (8 %) et pour vérifier un diagnostic donné par un médecin (5,9 %). Les premiers résultats de NETendances 2008 ont précisé ces usages santé d'Internet (CEFRIO, 2009). Ainsi, 24 % des adultes cherchent de l'information sur une maladie en particulier, 23 % sur le traitement de maladies, 22 % sur le mode de vie (régime, nutrition, exercice, prévention des maladies) et 20 % sont en quête d'informations en lien avec des symptômes précis. En ce qui concerne la santé sexuelle, aucune donnée ne permet d'en évaluer l'intérêt au Canada, mais une enquête américaine a établi que ce type d'information mobilise 11 % des 113 millions d'Américains qui ont déjà cherché des informations médicales sur Internet (Pew Internet and American Life Project, 2005).

Ce phénomène provoque notamment des changements dans les relations qu'entretiennent les professionnels de la santé et les usagers du réseau de la santé et des services sociaux, les patients pouvant par exemple poser plus de questions à leurs médecins au sujet des médicaments et des traitements. (Rhodes et Scott, 2004; Richard et Lussier, 2005; Poudrier 2008). De plus, les professionnels de la santé ont progressivement investi Internet⁹ et on assiste à la multiplication des sites consacrés à des thèmes de santé particuliers dans lesquels on peut retrouver des sections au contenu prédéterminé ou des activités interactives (forums de

⁹ Depuis le milieu des années 90, il existe un autre domaine en expansion lié au développement des applications Internet en santé et nommé *E-health communication*. Le développement de ce domaine aurait débuté avec les développements de la télémédecine : la télémédecine préventive à faible bande pour la diffusion d'information relative à la santé et le suivi médical des patients à distance et la télémédecine en direct à large bande pour les opérations chirurgicales à distance.

discussion, babillards, blogues, etc.). À ce titre, on souligne dans la littérature que le soutien en ligne que reçoivent les individus en partageant leurs préoccupations avec d'autres internautes (par exemple, les personnes souffrant de maladies chroniques comme le cancer) peut favoriser la prise en charge de leur santé (*empowerment*) (Eysenbach, 2008; Lemire *et al.*, 2008).

Au sujet du VIH/sida et des autres ITSS, plusieurs recherches se sont attardées à déterminer les caractéristiques et à évaluer la pertinence de l'utilisation d'Internet pour le soutien et la prévention, telles que les interventions en direct dans les salons de clavardage fréquentés par les hommes pour diverses raisons, comme la recherche de partenaires sexuels¹⁰ (Curroto, 2003; Dumas *et al.*, 2007a; Bull, 2008). On souligne dans la littérature que l'anonymat qui caractérise ces échanges en ligne semble parfois contribuer à la qualité des interactions entre les professionnels intervenants et les usagers des services offerts. La conséquence est que l'échange semble être facilité, notamment quand il s'agit de thèmes à caractère intime comme la sexualité et la prise de risque. On peut ainsi penser que pour certaines personnes, l'anonymat que procure Internet contribue à diminuer le niveau de désirabilité sociale associé à certains comportements.

Toutefois, peu de recherches ont étudié les différences dans les processus de la communication en mode face à face et en ligne dans le contexte des interventions d'un organisme communautaire comme Action Séro Zéro qui a plus de dix ans d'expérience dans le domaine des interventions en ligne (le programme Internet RÉZO dans les salons de clavardage a débuté en septembre 2000). Par exemple, quel est le profil des usagers qui préfèrent les interactions en ligne ? Dans quelles circonstances ceux-ci décident-ils d'interagir ? Ces interventions peuvent-elles mener à des interactions en face à face ou à plusieurs interventions en ligne répétées avec la même personne ? Quels sont les sujets les plus ou les moins discutés pendant ces interventions ? Quels sont les avantages et les limites que les

¹⁰ Les résultats de ces recherches dressent notamment le constat que les programmes Internet permettent des interactions avec des personnes non rejointes par les programmes traditionnels sur le terrain (des personnes qui ne fréquentent pas les bars ou les saunas, par exemple) de même que dans des régions situées hors des grandes villes où sont établies la majorité des organismes offrant des services.

usagers et les intervenants peuvent cerner au sujet de ce type d'interaction ? De plus, quelles sont les caractéristiques des nouvelles formes d'activités préventives de plus en plus présentes dans l'univers des réseaux sociaux (par exemple FaceBook et YouTube) et des autres dispositifs plus participatifs et collaboratifs (forums de discussion, blogues) associés au Web 2.0 ? Comment ces moyens permettent-ils de rejoindre certaines populations mieux que d'autres (par exemple, les jeunes hommes gais et bisexuels qui ne fréquentent pas les bars et les autres lieux de rencontres traditionnels) ?

Les lacunes dans les connaissances actuelles rendent pertinente l'étude de ces différences dans une perspective communicationnelle, ce qui pourrait être révélateur non seulement de la manière dont les intervenants et les populations ciblés communiquent dans ces contextes d'interaction très différents, mais également comment les enjeux actuels en matière de prévention du VIH/sida décrits précédemment influencent les interactions.

L'orientation de notre recherche vise à se démarquer de l'approche classique de la communication dans le contexte de la prévention, une approche qui se limite souvent à transmettre de l'information pour modifier les connaissances, les attitudes et les comportements. Comme le démontre l'ensemble des recherches antérieurement citées, il y a peu de discussion, d'échange ou de dialogue sur plusieurs éléments tels que les représentations individuelles de la santé, du VIH et du risque, ce qui semble nuire à l'atteinte des objectifs visés dans les stratégies de prévention.

C'est dans la foulée d'une telle réflexion que nous proposons d'étudier une facette du phénomène de la communication pour la santé en prévention du VIH/sida tout en allant plus loin que la vision encore aujourd'hui dominante de la communication.

1.6 Questions, objectifs et type de recherche

La perspective adoptée pour la présente recherche s'inscrit dans les études qui s'intéressent à la communication interpersonnelle non pas en ciblant la communication entre les pairs, mais celle qui s'élabore entre les professionnels de la santé et les populations ciblées par les activités d'Action Séro Zéro. La réalité étudiée étant multifacette, nous avons besoin d'une vision qui respecte la dimension globale et dynamique de la communication professionnelle dans ces pratiques de travail. C'est pourquoi en nous appuyant sur le deuxième principe de la complexité d'Edgar Morin (1982), la récursivité, principe selon lequel tous les éléments d'un système peuvent s'influencer (cybernétique de deuxième niveau), nous aborderons différents courants théoriques, parfois divergents ou complémentaires, pour mieux éclairer notre objet dans toute sa complexité et sa mouvance. En nous inspirant d'un cadre de référence heuristique, nous aborderons cette communication interpersonnelle en nous posant la question centrale suivante: *Comment une meilleure saisie des processus de la communication pour la santé peut-elle apporter des pistes pour améliorer l'atteinte des objectifs de la prévention ?*

Cette question centrale comprend les questions particulières suivantes :

- Quelles sont les caractéristiques des processus de communication entre les sujets/acteurs sociaux dans le cadre de la prévention du VIH touchant les hommes gais et bisexuels?
- Quelles sont les caractéristiques des processus de communication mis en cause dans deux contextes sociaux différents, soit ceux dans lesquels se produisent les interactions de type face à face ou en ligne ?
- Comment prendre en compte, dans les interactions analysées, des enjeux sociaux et de pouvoir liés aux contextes sociohistoriques de la question de la santé et du VIH en relation avec les hommes gais et bisexuels ?

Cette étude exploratoire mixte a comme objectif, à l'aide d'une collecte de données quantitatives et qualitatives, de décrire et d'analyser les processus de la communication associés à divers contextes d'interaction entre les professionnels de la santé et les populations ciblées dans le cadre des activités d'Action Séro Zéro (acteurs/sujets de la prévention), incluant les communications interpersonnelles de type face à face ou en ligne. Dans le chapitre suivant, nous décrivons de manière plus précise le cadre de référence de la recherche.

CHAPITRE II

CADRE DE RÉFÉRENCE

2.1 Introduction

Dans le chapitre précédent, nous avons exposé les éléments de notre problématique de même que la pertinence sociale et scientifique d'une recherche sur les processus de la communication pour la santé dans le contexte actuel de la prévention du VIH/sida. En résumé, nous retenons que:

- 1) Dans le domaine de la santé publique, les organismes communautaires comme Action Séro Zéro jouent un rôle fondamental en prévention notamment en raison de leur travail de proximité. Cet organisme a élargi son mandat en privilégiant maintenant une approche globale de la santé pour favoriser l'atteinte de ses objectifs, dans le contexte actuel de la banalisation du VIH/sida. Toutefois, la vision encore aujourd'hui dominante de la communication dans les interventions de santé publique comprend de nombreuses limites quant à l'élaboration des stratégies de prévention, se référant trop souvent au schéma linéaire connaissances, attitudes, comportements;
- 2) Au cours des dernières décennies, de nombreux changements sont survenus dans les représentations de la santé, de la maladie et du risque, et l'épidémie du VIH/sida a nourri de nombreux discours dans l'espace public, dont des discours stigmatisant qui persistent encore aujourd'hui. Depuis l'arrivée des

nouveaux traitements plus efficaces vers 1996, nous avons par ailleurs assisté à des changements importants dans la perception de la gravité de la maladie.

- 3) La communication pour la santé, en tant que champ de pratiques et de recherche, peut contribuer à l'amélioration des connaissances sur les processus de la communication, notamment en ce qui a trait à la communication interpersonnelle dans les milieux de santé et;
- 4) Les développements d'Internet ont entraîné des changements importants dans les stratégies de prévention maintenant privilégiées mais les différences dans les caractéristiques des interventions de type face à face ou en ligne sont encore peu connues.

Dans ce chapitre, nous présentons les principaux éléments conceptuels heuristiques puisés dans différents courants de pensée de l'interactionnisme symbolique, de l'écosystémique et de la pensée critique. Nous parlons de notions heuristiques consistant à sélectionner et retenir certains concepts qui appartiennent à des paradigmes de pensée différents, voire souvent opposés, mais qui ont une portée générale et transversale. En effet, de tels concepts peuvent être précisés de différentes façons selon les situations concrètes analysées (Rhéaume, 2009).

2.2 Dépasser les conceptions dominantes de la communication interpersonnelle dans le contexte de la prévention du VIH/sida

Comme nous l'avons exposé précédemment, les stratégies développées pour la prévention sont souvent fondées sur une vision instrumentale et réductrice de la communication. Historiquement, cette vision semble être apparue dans un cadre dit postpositiviste de la santé publique qui serait lié en partie, selon certains auteurs critiques, à un changement d'orientation dans le cadre pancanadien d'orientation en santé survenu dans les années 90, dans lequel la recherche de données probantes a occupé et occupe encore aujourd'hui une place

contraignante¹¹. Il convient ici de préciser ici la notion de postpositiviste. Dans leur ouvrage sur les recherches de type mixte, Creswel et Plano Clark (2011, p.40) distinguent quatre « visions du monde » (*world views*) (leur définition du paradigme, notamment sur le plan ontologique et épistémologique), à savoir les visions « 1) postpositivist: determination, reductionism, empirical observation and measurement 2) constructivist : understanding, multiple participants meaning, social and historical construction, theory generation, 3) participatory : political, empowerment and issue orientated, collaborative, change oriented », et « 4) pragmatist : consequences of action, problem centered, pluralistic, real-world oriented ».

Cette recherche de données probantes est associée au courant dans lequel les approches hypothético-déductives et les méthodes quantitatives sont privilégiées. Bien que les auteurs utilisent plutôt le terme « néopositiviste » dans la citation suivante, leurs propos sur les conséquences de cette approche pour le travail social correspond bien, selon nous, à une approche postpositiviste. Leur critique est transférable à bien d'autres professions et disciplines, y compris certaines pratiques de communication pour la santé:

[...] il ressort que l'*evidence-based practice* est ancrée dans une perspective épistémologique néopositiviste, c'est-à-dire cherchant à faire l'approximation d'une vérité indépendante de l'expérience des acteurs, dans laquelle le savoir est considéré vraisemblable... jusqu'à falsification par un autre savoir plus probant. [...] Cet ancrage néopositiviste, reléguant les savoirs d'expérience à la part tacite de toute relation clinique, s'explique par l'histoire de la perspective. Elle a été conceptualisée et promue par la médecine anglo-saxonne au début des années 1970 par Cochrane, en quête de standardisation des pratiques et de maîtrise de l'aléatoire induit par les savoirs d'expérience. Le concept prend son véritable envol à partir de 1992, alors qu'on peut recenser les premiers usages spécifiques dans les banques de données médicales. Il appert cependant que cette perspective s'appuie sur une longue tradition de protocolarisation des pratiques professionnelles [...]. Malgré sa jeunesse, la perspective des pratiques guidées par des données probantes a

¹¹ Vers le milieu des années 90, des chercheurs et auteurs critiques issus des milieux d'interventions communautaires pour la prévention du VIH/sida dénonçaient déjà les conséquences du nouveau cadre pancanadien de la *santé de la population* tout en réaffirmant l'importance d'un financement soutenu pour la recherche et l'intervention communautaire (Wong, 1997).

obtenu une audience extraordinaire de la part des gestionnaires puisqu'elle satisfait leur désir constant de mesure de prendre prise sur des pratiques qui se revendiquaient jusqu'alors comme insaisissables [...]. Il résulte de cette synergie entre le monde médical et le monde gestionnaire un contexte *evidence-based*, des politiques *evidence-based*, ainsi qu'un *evidence-based management* fondé d'abord et avant tout sur la recherche de l'efficacité budgétaire, la « *cost-effectiveness evidence* » dans le langage de la perspective. Au total, émergerait un paradigme *evidence-based* posant au groupe professionnel des travailleurs sociaux des questions de fond sur le rapport épistémologique aux savoirs qu'il souhaite et peut soutenir dans ce contexte. (Couturier et Carrier, 2003, p.23).

Ainsi, il appert que la santé publique et la multiplicité des acteurs qui participent à l'élaboration et à la diffusion de nombreuses pratiques exemplaires pour la prévention n'échappent pas à ces tendances lourdes¹². Les gestionnaires, y compris (et sans doute de plus en plus) ceux des organismes des réseaux communautaires (et ce, malgré leur rôle essentiel d'action politique en vue de changements structurels) sont eux aussi soumis à l'exigence de l'efficacité budgétaire, de la protocolarisation des pratiques, et ne peuvent qu'être séduits par l'idée de mesure dans ce paradigme, au détriment d'autres connaissances telles que les « savoirs d'expérience ». Le passage suivant de l'article intitulé *Everyday Interpersonal Communication and Health* illustre très bien, selon nous, la pertinence de l'étude de ces savoirs.

Instead of attempting to understand messages and meaning from the perspectives of those participating in health-significant interpersonal transactions, we tend to impose frames of meaning that drive public health policy, interventions, and source of research funding. That is, we tend to frame not only our research questions from the vantage point of instrumental goals and health as communication content, but also our methods of interpretations of results. In so doing, we enter a different sphere of reality and speak a different language than the individuals we hope to influence. As a result, the messages and meanings likely to be most influential in affecting health-related behaviour often are ignored » (Cline, 2003, p. 304).

¹² Par ailleurs, O'Neil *et al.* (2006, p. 498), au sujet de la promotion de la santé en général constate un problème similaire dans les recherches évaluatives. Dans la section intitulée : *Le mouvement sur « l'efficacité de la promotion de la santé » et l'évaluation réaliste*, les auteurs soulignent que « nous nous heurtons à une impasse de paradigme. En parallèle avec l'émergence d'un important développement théorique en évaluation de programme, l'approche « réaliste » [...], les experts en évaluation réalisent l'immense difficulté, sinon l'impossibilité, qu'il y a d'utiliser les méthodes positivistes et les modèles expérimentaux pour démontrer l'efficacité des pratiques en promotion de la santé, notamment au niveau des collectivités locales ».

Dans le cadre de cette recherche, nous prendrons en compte cette critique. Nous tentons, dans ce chapitre, d'adopter une posture de recherche qui, dans les termes de Creswell et Plano Clark (2007), se rapproche de la position pragmatiste. Notre choix d'élaborer un cadre conceptuel heuristique correspond assez bien à une telle approche. Selon ces mêmes auteurs : « it draws on many ideas, including employing « what works », using diverse approaches, and valuing both objective and subjective knowledge ». Ils mentionnent par ailleurs que « the forced-choice dichotomy between postpositivism and constructivism should be abandoned » (*ibid.*, p. 43 et 44), ce dont nous prendrons bonne note en incluant plusieurs notions de ces différents champs théoriques.

La prochaine section expose les connaissances théoriques et les outils conceptuels auxquels nous souhaitons nous référer, lesquels puisent dans diverses approches fondées sur des paradigmes de pensée aussi différents que le structuro-fonctionnalisme, la sociologie compréhensive et la pensée critique.

2.3 La communication interpersonnelle : approche interactionniste, écosystémique et critique

Dans les différents courants de pensée sociologique nord-américains, nous retenons principalement des éléments qui proviennent de l'approche interactionniste et une de ses variantes, l'interactionnisme symbolique, où se relie le souci empirique de l'analyse de l'interaction sociale et la construction du langage et du sens.

2.3.1 L'interactionnisme symbolique

L'interactionnisme symbolique va remettre au jour « les processus de construction » que la brisure imposée à l'objet et au sujet avait fait disparaître. On associe également cette retrouvaille sujet/objet au paradigme « constructiviste » dans lequel les humains opèrent une construction de la réalité au quotidien dans

un espace social et un temps donnés¹³. L'origine de l'interactionnisme symbolique comme courant sociologique est d'abord associée aux travaux de l'École de Chicago qui a étudié, à l'aide de méthodes qualitatives (telles que l'observation et les entretiens en profondeur), les grands problèmes sociaux auxquels la ville était aux prises à l'époque.

Georges Herbert Mead, à partir de ses observations et recherches sur la socialisation chez les animaux, va contribuer au développement de ce courant. Opposé à un modèle de socialisation stimulus-réponse issu du béhaviorisme dans lequel le sujet est considéré passif, ce dernier propose un modèle d'interaction dans lequel le sujet est actif et dans lequel le langage et les gestes significatifs sont de puissants symboles : « Mead introduit la réciprocité entre les individus en décrivant l'interaction en termes de communication, c'est-à-dire d'échanges de signification sur la base d'une possibilité d'identification à l'autre. L'action est une élaboration symbolique, non une mécanique nerveuse » (Le Breton, 2004, p.34). Plus tard, vers la fin des années 30, Herbert George Blumer, un ancien étudiant de Mead, explicitera les principes fondamentaux de l'interactionnisme symbolique (Blumer, 1969, p. 2 cité et traduit par Kenaïssi, 2000) :

- « 1. Les humains agissent à l'égard des choses en fonction du sens que les choses ont pour eux.
2. Ce sens est dérivé ou provient des interactions de chacun avec autrui.
3. C'est dans un processus d'interprétation mis en œuvre par chacun dans le traitement des objets rencontrés que ce sens est manipulé et modifié. »

Dans la tradition de la sociologie compréhensive de Weber, la notion de compréhension est souvent opposée à l'explication et se trouve au centre de la démarche du chercheur en sciences sociales. Shütz a toutefois reproché à Weber

¹³ En plus des ouvrages de référence populaires sur l'interactionnisme (Le Breton, 2004 ; De Queiroz, 1997), cette section est inspirée de la synthèse critique de l'interactionnisme et de l'ethnométhodologie proposée par Abder Kenaïssi (abder.kenaïssi.pagesperso-orange.fr/interactionnisme.htm) et qu'on retrouve également dans le cahier sur l'ethnométhodologie de Kathleen Temisier à l'adresse suivante : <http://cahiers.ethnomethodologie.net/index.php/cahiers/article/viewDownloadInterstitial/33/30>

de ne pas avoir clarifié la notion de compréhension comme « produit de sens commun », comme « intercompréhension ».

Chez Weber, il reprend la notion de *Verstehen*, le « comprendre » opposé à l'« expliquer », dont il pense que Weber l'a laissé inachevé, oscillant entre une connaissance de sens commun et une connaissance scientifique. Il s'attache aux significations qui fondent l'existence quotidienne des individus. [...] Son univers de chercheur est celui de la vie quotidienne telle qu'elle est vécue par les acteurs de la vie courante dans une situation donnée [...]. Son intention est d'enraciner la phénoménologie dans la sociologie compréhensive de M. Weber et de décrire le monde de sens qui produit l'évidence des comportements au cours de la vie courante en restaurant l'importance de la subjectivité (Le Breton, 2004, p. 95).

C'est à Schütz que le mérite revient d'avoir fait le constat que la compréhension est une production permanente et accomplie de manière spontanée dans les activités de la vie ordinaire. La compréhension comme mécanisme social s'illustre très bien lorsqu'on sait que nous disposons tous de connaissances disponibles, « de telle sorte que nous expérimentons le monde, non comme un monde privé, mais comme un monde intersubjectif, c'est-à-dire comme un monde commun à tous. Et c'est cette connaissance de sens commun qui supporte les fondements des constructions sociales » (Kenaïssi, 2000). Il souligne par ailleurs les difficultés possibles dans l'établissement de l'intercompréhension (qui seront explorées d'une manière différente et plus approfondie par les membres de l'école de Palo Alto, comme nous le verrons plus loin) :

Notre relation avec le monde social est fondée sur l'assomption qu'en dépit de toutes les variations individuelles, les mêmes objets sont expérimentés par nos compagnons en substances de la même manière que par nous et vice-versa, et qu'ainsi nos schèmes d'interprétations et les leurs montrent la même structure typique de relevance (pertinence). Si cette croyance dans l'identité substantielle de l'expérience intersubjective se brise, alors la vraie possibilité d'établir une communication avec nos compagnons est détruite (Schütz, 1976, cité dans Letonturier et Godard, 2010, p. 59).

Schütz sera par ailleurs le précurseur d'une révolution sur la manière de concevoir la science : « Les constructions utilisées par le chercheur en sciences sociales sont des constructions au deuxième degré, notamment des constructions de constructions édifiées par les acteurs sur la scène sociale dont l'homme de science

observe le comportement et essaie de l'expliquer tout en respectant les règles de procédure de la science » (Shütz, 1997, p. 11 ; Le Breton, 2004, p. 97). C'est ensuite dans un ouvrage significatif intitulé *La construction sociale de la réalité* que des disciples de Schütz, Berger et Luckman, parleront de la sociologie de la connaissance en termes interactionnistes. Cet ouvrage sera souvent reconnu comme fondateur de la sociologie phénoménologique.

Les travaux s'inscrivant dans le courant de l'interactionnisme symbolique ont eu un impact majeur sur la sociologie traitant des grandes questions d'actualité, notamment en sociologie urbaine, dans le domaine des recherches sur le travail et, tout particulièrement, dans les recherches sur le thème de la déviance. Parmi les auteurs qui se sont intéressés au thème de la déviance, on retrouve Goffman, lequel a notamment étudié les institutions totalitaires et les stigmates sociaux tout en démontrant comment les personnes sont capables d'adaptation pour « s'écarter du rôle et du personnage que l'institution lui assigne tout naturellement » (Goffman, 1968, p. 245). Il distingue deux types d'individus soit les personnes « discréditées » et les personnes « discréditables » et expose les diverses stratégies qui peuvent être déployées dans la gestion des stigmates. « Le faux-semblant et la couverture sont au nombre de ces procédés, applications particulières de l'art de manipuler les impressions, cet art, fondamental pour la vie sociale, grâce auquel l'individu exerce un contrôle stratégique sur les images de lui-même et de ses productions que les autres glanent à son entour »¹⁴ (Goffman, 1968, p. 152). Cet art il le présente dans sa théorie de l'acteur dramaturge, selon laquelle la vie sociale est très proche d'une mise en scène théâtrale. Ainsi, tout en s'efforçant de garder la face, chaque individu devient un acteur dans une mise en scène de la vie

¹⁴ On peut suggérer l'illustration suivante à l'aide de l'orientation sexuelle. Contrairement à une personne avec un stigmat visible, l'orientation sexuelle homosexuelle, invisible à prime abord, peut être envisagée par un individu comme potentiellement stigmatisante, et le rendre par le fait même discréditable. Dans le processus de divulgation de l'orientation sexuelle aux parents et aux amis, par exemple, diverses stratégies peuvent être envisagées, différentes de la personne discréditée. « Le problème n'est plus tant de savoir manier la tension qu'engendrent les rapports sociaux [dans le cas d'une personne avec un stigmat visible donc discréditée] que de savoir manipuler de l'information concernant une déficience : l'exposer ou ne pas l'exposer ; la dire ou ne pas la dire ; feindre ou ne pas feindre ; mentir ou ne pas mentir ; et, dans chaque cas, à qui, comment, où et quand » (Goffman, 1975, p. 57).

quotidienne. Dans cette vie sociale, l'interaction est « un système social en miniature, un face-à-face défini comme 'l'influence réciproque que les partenaires exercent sur leurs actions respectives, lorsqu'ils sont en présence physique immédiate les uns des autres' » (Goffman, 1973, p. 25, cité dans Kenaïssi, 2000).¹⁵ L'importance de l'interaction dans ce système social a inspiré Becker qui a proposé une théorie interactionniste de la déviance dans laquelle on retrouve un processus d'étiquetage social obéissant à deux principes : 1) que l'acte soit défini comme déviant par la société et 2) que l'acteur entreprenant une action déviance soit étiqueté comme tel au cours d'une interaction sociale : « Deviance is not a quality that lies in behavior itself, but in the interaction between the person who commits an act and those who respond to it » (Becker, 1985, p. 14). De plus, ce qu'il appelle une « carrière de délinquance » se déroule sur une longue période et est le résultat d'un processus d'apprentissage social, qui passe par une redéfinition de son identité sociale.

Les éléments d'une approche interactionniste sont, comme apport sociologique, des plus importants pour aborder les processus de la communication. Comme notre attention porte sur les relations entre les intervenants et les populations ciblées dans les programmes de prévention, *l'interaction* est un des concepts-clés de notre démarche. Le courant interactionniste nous fournit des outils pour aborder cette notion centrale dans une perspective essentiellement communicationnelle puisque ce passage à une centration sur l'interaction en sociologie a permis le déploiement de plusieurs autres courants où l'interaction est centrale, comme nous le verrons ultérieurement.

Cette manière de concevoir l'interaction nous permet de dépasser les limites dans les approches théoriques dominantes présentées dans la problématique quant aux recherches sociales sur les enjeux actuels de la prévention du VIH/sida.

¹⁵ En psychosociologie, l'étude du face à face et de ses enjeux a été approfondie par de nombreux auteurs tels qu'Edmond et Picard (1996, 2008). À partir des propositions de l'école de Palo Alto (que nous aborderons plus loin) ceux-ci vont distinguer notamment les types de rapports de place, les affinités et les processus inconscients de même que les jeux et les stratégies que sous-tendent les interactions.

Une autre contribution, issue plutôt de la psychologie sociale, nous permet d'approfondir la notion de construction sociale symbolique ou des significations : la théorie des représentations sociales.

Parmi les auteurs qui se sont intéressés aux représentations sociales, on retrouve Moscovici qui les qualifie de systèmes avec deux fonctions c'est-à-dire « établir un ordre qui permet aux individus de s'orienter et de maîtriser leur environnement matériel » et ensuite de « faciliter la communication entre les membres d'une communauté en leur procurant un code pour désigner et classifier les différents aspects de leur monde et de leur histoire individuelle et de groupe » (1961, p. XIII). Jodelet (1989, p. 36) les définit de la manière suivante :

C'est une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social. Également désignée comme « savoir de sens commun » ou encore « savoir naïf », « naturel », cette forme de connaissance est distinguée, entre autres, de la connaissance scientifique. Mais elle est tenue pour un objet d'étude aussi légitime que cette dernière en raison de son importance dans la vie sociale, de l'éclairage qu'elle apporte sur les processus cognitifs et les interactions sociales »¹⁶.

Jodelet (1989) a par ailleurs défini les éléments dans la structure des représentations sociales soit des éléments informatifs, idéologiques ou normatifs, des croyances, des attitudes, des valeurs, des opinions et des images.

Abric (1994) a proposé l'existence d'un noyau central et d'un système périphérique dans la structure des représentations de même que les éléments de leur dynamique (aussi dans Flament, 1989) un système circulaire d'objectivation et d'ancrage où les pratiques et les représentations peuvent s'influencer réciproquement et où le noyau peut rester stable ou subir une modification résistante, progressive ou brutale. L'objectivation désigne le détachement du

¹⁶ Jodelet (1999, p. 56-57) expose par ailleurs les liens entre le courant interactionniste et les représentations sociales en tant que « facteur de transformation sociale (Bourdieu, 1982 ; Faye, 1973). Propriétés assignées à la représentation sociale dès 1961 par Moscovici avec lequel converge, par ailleurs, la sociologie de la connaissance élaborée dans le cadre de l'interactionnisme symbolique (Berger et Luckman, 1966), l'ethnométhodologie (Cicourel, 1973), la phénoménologie (Schutz, 1962) qui rapportent la réalité sociale à une construction consensuelle, établie dans l'interaction et la communication ».

contexte scientifique et l'appropriation par les individus et l'ancrage est l'intégration de nouveaux éléments dans des catégories plus familières.

Parmi les auteurs qui se sont intéressés aux représentations de la santé et de la maladie, Herzlich (1996, p.8) propose d'examiner le rapport entre l'objet et le sujet et son étude consiste à tenter « de comprendre les attitudes et les comportements qu'elles [les représentations sociales] engendrent, le savoir qui circule à leur propos, dans la relation même qui se crée entre l'individu, la santé et la maladie ». Reprenons l'exemple de l'objet VIH/sida. Comme le mentionne Gosling (1996) à propos de l'ancrage :

Herzlich et Pierret (1988) ont montré comment la représentation du sida s'est construite à partir du savoir scientifique en fonction de critères culturels et normatifs : Jusque dans le courant de 1983, les termes utilisés dans la presse pour dénommer le « mystérieux mal » font référence au groupe le plus fréquemment associé à la maladie, les homosexuels [...]. L'image du Sida restera pendant longtemps celle d'une infection touchant des groupes bien particuliers [...] dits « à risques ». La prévalence de l'infection dans des groupes préalablement dénigrés amène les individus à voir un lien de causalité entre une appartenance sociale stigmatisée et l'infection par le virus VIH » (Gosling, 1996, p. 117).

À propos de l'objectivation :

L'objet représenté est intégré dans des systèmes de pensée qui lui préexiste, mais, de part et d'autre, des transformations découlent de cette intégration. Il n'est pas rare que, pour appréhender le Sida, on le compare au cancer¹⁷ [...] on le déforme pour l'intégrer dans un système de pensée déjà connu [...]. L'intégration cognitive d'un nouvel objet se fait dans, et modifie, les cadres habituels d'appréhension du réel » (*ibid.*).

Depuis 1996, de nombreux chercheurs ont émis l'hypothèse que des changements sont survenus dans les représentations individuelles et collectives par rapport à la gravité du VIH/sida avec l'arrivée des nouvelles thérapies (par exemple, Lévy, Pierret et Trottier, 2004). Pour illustrer comment des connaissances erronées peuvent survenir et persister au sujet de la gravité du VIH/sida (et par conséquent modeler ou modifier sa représentation et potentiellement les pratiques), une étude

¹⁷ De manière plus péjorative et stigmatisante, les expressions « peste gaie » ou « cancer gai » ont également été utilisées.

menée auprès des 11 000 jeunes du secondaire au Canada indiquait que « deux tiers des élèves de 7e année ou 1er secondaire et la moitié des élèves de 9^e année ou 3e secondaire croient qu'on peut guérir du VIH ou du sida (Boyce, 2003, p. 3). L'étude conclut que « les jeunes d'aujourd'hui ont le sentiment trompeur de pouvoir relâcher leur vigilance à l'égard de la maladie » (*ibid.*, p. 70).

Les conséquences de croyances erronées sont-elles en lien avec le relâchement des pratiques sexuelles à moindre risque ? Les statistiques semblent le suggérer. Par exemple, au Québec, pour la période comprise entre 1997 et 2009, le taux d'incidence de la Chlamydia dans la population en général a connu une croissance importante:

Après une augmentation de 100 % du nombre de cas déclarés entre 1997 et 2004, la chlamydie génitale a connu une brève période de stabilisation avant d'amorcer en 2006 un nouveau cycle haussier. Le nombre de cas déclarés annuellement a crû de 25 % entre 2005 et 2009, et plus spécifiquement de 5,7 % entre 2008 et 2009 » (Lambert et Minzunza, 2010, p.10).

Morin, dans son chapitre intitulé *Entre représentations et pratiques : le sida, la prévention et les jeunes* nous met toutefois en garde de considérer des liens de causalité directs entre représentations et pratiques : « Les représentations ne sont pas des causes de comportements. Ce sont des guides pour les conduites sociales. [...] Ce sont des modes de définition et de connaissance des objets problèmes de la vie quotidienne qui ont, avant tout, une fonction adaptative » (Morin, 2001, p. 122).

Quant aux liens entre représentations et communication, Moliner souligne que dans la plupart des recherches sur la genèse et la dynamique des représentations sociales, l'étude des processus de la communication a fait cruellement défaut jusqu'à maintenant¹⁸ :

¹⁸ Les travaux de plusieurs chercheurs du GEIRSO (Groupe d'étude sur l'interdisciplinarité et les représentations sociales) portent justement sur le rôle de la communication dans l'étude des représentations sociales. En effet, le premier objectif d'une recherche sur la chaîne du médicament était le suivant : analyser la dynamique de la chaîne des médicaments, de leur conception à leur

[...] le consensus de la représentation scientifique des représentations sociales est que celles-ci se construisent socialement, et qu'il ne suffit pas de décrire une représentation sociale pour en comprendre l'histoire et le fonctionnement. Si du point de vue des théories des représentations sociales, celles-ci ont aussi une fonction de communication et ont elles-mêmes à leur origine des communications (Moscovici, 1961), le constat est donc que les études des représentations sociales manquent pour la plupart à les situer explicitement dans le cadre des rapports de communication pourtant censés en être constitutifs (Moliner, 2001, p. 128).

À la suite de ce survol des éléments que nous retenons de l'interactionnisme symbolique et de la théorie des représentations sociales pour notre cadre heuristique, il convient maintenant, à l'aide de l'approche systémique et écosystémique, de donner plus de poids aux éléments sociaux de contexte, la complexité des liens entre les diverses composantes de ce contexte et les acteurs dans l'interaction.

2.3.2 Le courant systémique et écosystémique

Le courant systémique a comme origine les travaux de biologistes au début du XX^e siècle qui étudiaient le fonctionnement des cellules et leur rapport d'interdépendance avec l'environnement. Des chercheurs ont repris leurs principes pour appréhender différemment les systèmes sociaux. Des travaux de ces précurseurs émergera une véritable métathéorie qui aura une influence majeure sur les sciences en permettant de jeter des bases communes ou transversales entre ces sciences physiques, humaines ou sociales. La base de leur proposition est qu'une cellule, comme les êtres humains, est un système interdépendant de son environnement et que sa finalité est la recherche de l'équilibre (homéostasie). Cette idée d'interdépendance sera alimentée par de nouvelles idées en sciences sociales, dont les notions de systèmes humains ouverts d'où le terme écosystémique et la notion de complexité (dont les trois principes de

consommation, en étudiant les systèmes de représentations, de pratiques sociales et de communication y prenant place (Lévy et Garnier, 2005).

la posture paradigmatique de la complexité)¹⁹, ce qui a bien sûr ouvert la voie à une relecture de notre compréhension de la vie sociale, des relations humaines et, évidemment, de la communication dans laquelle on retrouve les interactions (Deshaies, 1992).

Or, on peut saisir l'évolution de la systémique et de l'écosystémique, notamment à travers celle des sciences de l'information et de la communication. Les modèles classiques de la communication émetteur-codage/canal-bruit/décodage-récepteur ont comme origine les laboratoires de recherche où l'on tentait de trouver des moyens d'améliorer l'efficacité de la transmission de signaux. Il s'agissait de mettre au point des techniques susceptibles de réduire la perte de qualité d'un signal électrique lorsque celui-ci devait parcourir de grandes distances. Avec l'arrivée de la Deuxième Guerre mondiale, des ingénieurs ont repris ces modèles et ont tenté de les améliorer afin de mettre au point des systèmes automatiques de détection d'ennemis à l'aide des radars antiaériens. C'est ainsi que la notion de rétroaction (*feed-back*) est venue s'ajouter au modèle classique et a contribué à l'envol de la cybernétique. C'est au même moment qu'a commencé un mouvement qui dénonçait vivement les applications de ces modèles mécanistes d'ingénieurs à la compréhension de la communication humaine. Winkin (1981) associe cette rupture épistémologique à un courant appelé « la nouvelle communication » dans lequel on retrouve des chercheurs comme Gregory Bateson (1980) et d'autres de l'école de Palo Alto comme Paul Watzlawick. Une partie de leurs travaux a justement porté sur une approche systémique et transactionnelle des individus en situation d'interaction. L'approche écosystémique de Bateson est une conception « holistique » des relations complexes d'un organisme avec son environnement. Dans cette approche, l'observateur joue un rôle dans la construction de la réalité en cours d'observation. Le chercheur a proposé une

¹⁹ Egard Morin (1982) a exposé les trois principes du paradigme de la complexité soit 1) le principe dialogique dans lequel on met en interaction des logiques différentes telles que des données quantitatives (approche généralement déductive) avec des données qualitatives (généralement inductive), 2) la récursivité, principe selon lequel tous les éléments d'un système peuvent s'influencer (cybernétique de deuxième niveau) et où l'autorégulation joue un rôle essentiel et 3) le principe holographique selon lequel le tout est présent dans ses parties.

véritable épistémologie à partir de théories fondées sur les types logiques, la démarche systémique et la cybernétique. Par ailleurs, il a défendu la pertinence d'un champ spécifique d'études nommé « sciences de la relation », qui rassemble, entre autres, les notions de contexte, de double lien et de créativité. Utilisée notamment pour ses qualités interprétatives, cette approche a particulièrement intéressé des intervenants du milieu clinique en santé mentale, notamment des membres de l'école de Palo Alto, par exemple à l'occasion de l'étude des doubles liens dans les systèmes familiaux (Winkin, 1981)²⁰, ce qui a servi à la proposition d'une théorie sur l'étiologie de la schizophrénie. Parmi les éléments théoriques de l'écosystémique, on retrouve les cinq axiomes de la communication parmi lesquels les concepts de *contenu* et de *relation* sont centraux :

- 1) Il est impossible de ne pas communiquer.
- 2) Toute communication se compose de deux dimensions : le contenu et la relation (la relation comprenant le contenu). C'est à ce niveau que la métacommunication est possible et peut contribuer à diminuer les difficultés causées par les confusions entre les dimensions.
- 3) La nature d'une relation dépend de la ponctuation des séquences de communication entre les partenaires.
- 4) Les êtres humains usent simultanément de deux modes de communication : numérique et analogique.
- 5) Tout échange de communication est symétrique ou complémentaire, selon qu'il se fonde sur l'égalité ou la différence.

Tandis que le contenu est l'information transmise par le message, la nature de la relation entre l'émetteur et le récepteur est associée aux rapports de place (axiome no. 5) et la possibilité de communiquer sur celle-ci par la métacommunication.

²⁰ Une des techniques qu'utiliseront ces intervenants à partir du processus mental défini par Bateson est le recadrage dans lequel on tente d'amener le sujet à changer sa perception d'une situation, c'est-à-dire en introduisant de nouveaux éléments dans le système. Par ailleurs, ils constateront que la métacommunication entre les membres de ces systèmes familiaux pathogènes peut permettre de sortir des paradoxes et des doubles contraintes. Plus tard, des auteurs comme Edmond et Picard (2008) feront référence à ces principes pour l'étude de la communication dans l'ensemble des relations interpersonnelles.

C'est la relation qui détermine la façon dont le contenu du message échangé sera perçu par les deux interlocuteurs. Ce sont les interférences entre contenu et relation qui auront une influence sur les *effets* de l'information échangée. L'extrait de l'article ci-dessous sur la dimension écosystémique d'une relation de supervision de stage résume de manière explicite l'importance et le rôle de la dimension relation et les conséquences de celle-ci dans l'atteinte des objectifs visés :

La relation concerne les rapports entre l'émetteur et le récepteur; elle détermine la façon dont le contenu du message échangé sera perçu. [...] Le contenu est l'information transmise par le message. Les interférences entre contenu et relation modulent les effets de l'information échangée. La définition de la relation est rarement explicite. Chaque partenaire cherche donc à la définir (ponctuations/ normes phénoménologiques). S'il n'y a pas de désaccord entre émetteur et récepteur sur la nature de leur relation, le contenu du message pourra être perçu sans disqualification. [...]. L'interinfluence dans les rapports humains et le sens des messages peuvent dans leurs distorsions entraîner des confusions, des paradoxes, des disqualifications (Brouillet et Deaudelin, 1994, p. 447).

Cette recherche est une illustration de la pertinence de l'étude du contenu et de la relation dans une communication ayant comme finalité des apprentissages²¹. En effet, si on considère que la définition de la relation joue un rôle dans la perception des messages et qu'elle affecte la compréhension du contenu des échanges des partenaires, l'analyse des dimensions contenu et relation dans la communication lors de rencontres en face à face et en ligne entre les intervenants et les hommes gais et bisexuels s'avère selon nous nécessaire dans le contexte de la prévention du VIH/sida.

L'application de la praxéologie dans le contexte d'une rencontre patient médecin est un autre exemple qui justifie l'intérêt de l'analyse des dimensions contenu et relation dans la communication. Le test personnel d'efficacité (reconnaissance de l'intention du médecin par le patient, comparaison entre l'effet recherché et l'effet

²¹ Une approche semblable est décrite dans l'article de Lacoste (1993). De manière similaire, les dimensions contenu et relation entre le médecin et ses patients sont abordées à l'aide des apports théoriques de l'école de Palo Alto.

observé et ajustement de l'intention si cela est nécessaire), l'alternance des stratégies de communication (information, facilitation et écoute), le décodage empathique et l'inscription du dialogue dans un contexte de partenariat *in situ* sont des stratégies qui peuvent favoriser le partage du pouvoir dans la relation et l'atteinte des objectifs communs aux deux protagonistes tout en limitant les difficultés de communication (Brouillet, Richard et Lussier, 1999 ; Saint-Arnaud, 1995).

La notion de dialogue, centrale dans le développement de ce partenariat, a fait l'objet de nombreux travaux. Nous retenons particulièrement ceux de Bohm qui en propose une définition qui dépasse les conceptions habituelles : « ... une exploration collective non seulement du contenu de ce que chacun dit, pense et ressent, mais aussi des motivations, présuppositions et croyances sous-jacentes » (Bohm, 1997, p.3 ; aussi dans Pauchant, 2002, p. 24 à 26). Les participants peuvent alors s'engager dans un processus réflexif et développer une capacité de distanciation et de retour sur leur cheminement personnel et leurs pratiques. Tel que nous avons précédemment mentionné, les représentations sociales dans le contexte du VIH/sida (formées notamment à partir de ces présuppositions et de ces croyances) et les motivations doivent faire l'objet d'un dialogue plus fréquent entre les intervenants et les personnes rencontrées.

Ces approches combinées, l'interactionnisme et l'écosystémique, peuvent permettre de porter notre attention sur la structure de l'interaction des personnes dans les systèmes humains complexes que sont les organisations dans lesquelles travaillent les intervenants de même que ceux dans lesquels évoluent chaque personne différente rencontrée en face à face et en ligne. Ces approches nous apparaissent tout à fait pertinentes puisque notre recherche porte sur l'interaction et le dialogue entre les intervenants et les individus ciblés en prévention. Toutefois, les apports conceptuels de l'interactionnisme symbolique et de l'écosystémique ne mettent pas suffisamment en évidence les rapports sociaux de pouvoir, la domination et les jeux idéologiques caractérisant le contexte social actuel. La section suivante présente des références à certains éléments de la

pensée critique applicables aux institutions, aux organisations et aux individus afin de combler ces lacunes.

2.3.3 Les théories critiques

Les concepts issus des courants et théories critiques permettent notamment d'analyser les structures de pouvoir et les rapports entre dominants et dominés dans une société et un temps donné. Les minorités sexuelles subissent encore aujourd'hui diverses formes de discrimination au Québec et au Canada, et ce, même avec l'avancement en matière de reconnaissance juridique²². Bourdieu explique le processus par lequel une « violence symbolique » existe à l'endroit des personnes déviant d'une norme proposée et maintenue par les dominants :

Les dominés appliquent des catégories construites du point de vue des dominants aux relations de domination, les faisant apparaître comme naturelles. (...) La violence symbolique s'institue par l'intermédiaire de l'adhésion que le dominé ne peut pas ne pas accorder au dominant (donc à la domination) lorsqu'il ne dispose, pour le penser et pour se penser ou, mieux, pour penser sa relation avec lui, que d'instruments de connaissance qu'il a en commun avec lui et qui, n'étant que la forme incorporée de la relation de domination, font apparaître cette relation comme naturelle (Bourdieu, 1998, p.41).

À la fin du même ouvrage, il parle explicitement de la violence symbolique dont sont victimes les personnes homosexuelles dans un monde hétérosexuel. En effet, cette personne tend à prendre sur lui-même le point de vue des hétérosexuels :

[...] à travers notamment l'effet de destin que produit la catégorisation stigmatisante et en particulier l'insulte, réelle ou potentielle, il peut être ainsi conduit à s'appliquer et à accepter, contraint et forcé, les catégories de perception droites (*straight*, par opposition à *crooked*, tordu, comme dans la vision méditerranéenne), et à vivre dans la honte l'expérience sexuelle qui, du point de vue des catégories dominantes, le définit, balançant entre la peur d'être perçu, démasqué, et le désir d'être reconnu des autres homosexuels (*ibid.*, p. 130).

²² Le premier grand gain s'est déroulé sur le plan fédéral avec la décriminalisation de l'homosexualité en 1969, C'est ensuite le Québec qui sera la première province à ajouter l'orientation sexuelle aux motifs interdits de discrimination dans la Charte des droits de la personne. En 1999, le Québec adoptait la loi 32 qui accorde aux conjoints de même sexe les mêmes droits et privilèges que ceux existant pour les conjoints hétérosexuels. Par la suite, en 2005, le mariage entre personnes de même sexe est devenu légal au Canada.

Sur le plan sociétal, cette violence symbolique cadre bien avec le phénomène de l'homophobie, dont nous reprenons la définition présentée dans le rapport intitulé *De l'égalité juridique à l'égalité sociale*²³ et qui renvoie aux:

Sentiments de peur et d'aversion que ressentent certaines personnes à l'égard de l'homosexualité et des personnes d'orientation homosexuelle, ou à l'égard de toute personne dont l'apparence ou le comportement ne se conforme pas aux stéréotypes de la masculinité ou de la féminité. À ce propos, l'homophobie est étroitement liée à la construction sociale des genres (gender), soit à leur différenciation et à leur hiérarchisation (sexisme). Aux fins des travaux du Groupe de travail, l'homophobie revêt un sens large et englobe toutes les attitudes négatives pouvant mener au rejet et à la discrimination, directe et indirecte, envers les gais, les lesbiennes, les personnes bisexuelles, transsexuelles et transgenres, ou à l'égard de toute personne dont l'apparence ou le comportement ne se conforme pas aux stéréotypes de la masculinité ou de la féminité (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 2007, p.12).

L'homophobie est par ailleurs intimement reliée à l'hétérosexisme qui est :

L'affirmation de l'hétérosexualité comme norme sociale ou comme étant supérieure aux autres orientations sexuelles. L'hétérosexisme se présente sous différentes facettes. Il est plus évident à titre de discours, discours qui s'articule autour de notions telles la différenciation et la complémentarité des sexes (l'amour entre un homme et une femme est plus naturel, car il conduit à la procréation) ou la normativité hétérosexuelle (un couple normal est composé d'un homme et d'une femme). L'hétérosexisme sous-tend également les pratiques sociales qui occultent la diversité des orientations et des identités sexuelles, soit dans les représentations courantes (manuels scolaires, émissions de télévision, etc.), soit dans les relations et les institutions sociales (tenir pour acquis que tout le monde est hétérosexuel) (*ibid.*).

L'hétérosexisme et l'homophobie combinés peuvent résulter chez certains individus à ce qu'on nomme l'homophobie intériorisée : « De plus, les préjugés entourant l'homosexualité sont également présents dans le système de croyances de certains individus. Plus précisément, l'homophobie intériorisée renvoie aux préjugés négatifs envers l'homosexualité qu'un individu a intériorisés au cours de

²³ Il importe de souligner qu'à la suite à ce rapport de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, le ministère de la Justice du Québec adoptait en 2009 la *Politique québécoise de lutte contre l'homophobie*, faisant de cet État l'un des plus avancés au monde en la matière.

son processus de socialisation » (Chamberland, Frank et Ristok, 2009, p.159). Le recours à ces éléments critiques nous apparaît essentiel à notre démarche.

Un autre concept que nous retenons est celui de l' « espace public ». En effet, les acteurs qui élaborent et mettent en œuvre les stratégies de prévention le font à l'intérieur d'un processus délibératoire impliquant une variété d'acteurs-clés tels que les gestionnaires et les professionnels de la santé publique et du réseau de la santé et des services sociaux, les chercheurs de nombreuses disciplines, les intervenants provenant des organismes et des réseaux communautaires de même que les représentants des communautés ciblées. L'espace public est un terme polysémique issu des travaux de Jürgen Habermas (1997) qui peut se résumer brièvement par le processus au cours duquel le public constitué d'individus faisant usage de leur raison s'approprie la sphère publique contrôlée par l'autorité et la transforme en une sphère où la critique s'exerce contre le pouvoir de l'État. Nous retenons plutôt une conception de l'espace public plus proche du contexte actuel dans lequel les technologies d'informations et de communications (TIC) ont pris une place importante. L'espace public et les TIC sont reliés, selon Miège (2010a), à la presse d'opinion, la presse commerciale de masse, les médias audiovisuels et les relations publiques. On parle ainsi de « l'émergence de nouvelles normes d'action communicationnelles » (Miège, 2010b). Nous retenons également une définition de l'espace public plus proche des milieux de vie urbains des individus et des collectivités locales, telle que décrite par Lussault soit un « espace commun », défini comme « un agencement qui permet la coprésence des acteurs sociaux, sortis de leur cadre domestique » et englobé par l'espace public considéré comme « l'une des modalités d'organisation possibles de l'interaction sociale » (Lussault, 2001, p.33).

En résumé, l'étude de l'interaction, à l'aide des concepts issus de l'interactionnisme symbolique, des représentations sociales, de l'écosystémique, de l'étude des rapports entre dominants et dominés et de l'espace public, apporte un éclairage à la fois compréhensif et critique aux processus de la communication. Ainsi, nous pourrions par exemple, non seulement décrire les aspects du contenu et

de la relation dans les interactions, mais aussi les contextes et les enjeux sociaux et de pouvoir pour chacun des acteurs évoluant dans leurs systèmes humains complexes respectifs. Nous pourrions également mieux saisir comment sont discutés ou non des thèmes tels que la gravité du VIH/sida, la santé, la maladie et le risque dans les interactions et comment on peut atteindre l'intercompréhension associée à la prévention, en plus d'explorer dans quelle mesure nous assistons parfois à des confusions, des paradoxes et des disqualifications qui peuvent nuire à l'atteinte des objectifs de l'intervention.

2.3.4 L'identité dans la communication

Un dernier élément de notre cadre conceptuel heuristique est l'identité dans la communication. Le processus de définition de l'identité sociale a fait l'objet de nombreux travaux en sociologie, notamment ceux de Dubar. En proposant une analyse plus fine de l'identité qu'il situe à trois niveaux soit 1) l'identité personnelle (identité pour soi), 2) l'identité sociale (identité pour autrui) et 3) l'identité professionnelle, Dubar propose une définition sociologique associée au courant interactionniste. Pour lui, il faut « resituer cette relation identité pour soi/identité pour autrui à l'intérieur d'un processus commun qui la rend possible et qui constitue le processus de socialisation » (Dubar, 1991, p.111). Selon lui « l'identité n'est autre que le résultat à la fois stable et provisoire, individuel et collectif, subjectif et objectif, biographique et structurel, des divers processus de socialisation, qui conjointement, construisent les individus et définissent les institutions ». La crise de l'identité chez l'individu correspondrait selon lui à une « perturbation des relations stabilisées entre les éléments structurés de l'activité », cette activité renvoyant à l'identification ou le fait de « caractériser les autres et soi-même » (Dubar, 2000, p.7).

Par ailleurs, tel qu'évoqué à juste titre par Edmond et Picard, deux auteurs qui ont réalisé leurs travaux dans la foulée de l'École de Palo Alto, l'identité et les rapports de place figurent parmi les sources majeures de problèmes dans la

communication²⁴ : « Si à travers la communication on recherche très souvent la reconnaissance et la confirmation de son identité, l'infirmité est une source majeure de difficulté relationnelle et de souffrance psychologique » (Edmond et Picard, 2008, p.107). Cette disqualification peut prendre la forme de rejet ou de déni de l'autre dans l'interaction. Un autre apport original de leurs travaux est qu'ils proposent de distinguer les niveaux dans les relations. Tout d'abord le niveau intrapsychique qui « permet de montrer que la relation se déploie en partie dans une dimension imaginaire où opèrent des mécanismes tels que la projection, l'identification, l'intériorisation ou le transfert ». Ce premier niveau comprend également la dimension cognitive de la perception d'autrui (théories de la catégorisation, de l'attribution, théories implicites de la personnalité). Le deuxième niveau est celui de l'interaction qui rejoint les principes exposés plus tôt dans l'axiomatique de la communication et le troisième niveau à trait aux éléments du contexte. Ils proposent une hypothèse pour expliquer quels sont les rapports entre ces trois niveaux : « L'intrapsychique est de l'interactionnel intériorisé et [...] l'interactionnel est, en partie, de l'intrapsychique projeté [ce qui] permet de construire une articulation entre le niveau du sujet et de l'interaction. Ces deux niveaux sont, à leur tour, surdéterminés par celui du contexte » (*ibid.*, p. 117).

Les distinctions de Dubar sur le processus de définition de l'identité (personnelle, sociale et professionnelle) et celles de Edmond et Picard sur les niveaux dans les relations (intrapsychique, relationnel et contextuel) permettent de mieux situer la reconnaissance de l'autre dans la communication. Axel Honneth a poussé plus loin le thème de la reconnaissance et décrit les conditions de la reconnaissance réciproque permettant la formation de l'identité personnelle et les formes d'exclusion et de mépris qu'on peut retrouver à tous les niveaux de l'expérience humaine, que ce soit dans les relations interpersonnelles ou dans le discours des institutions. Il distingue trois niveaux de la reconnaissance tout au long du

²⁴ Ils distinguent les grandes catégories des sources de difficulté de la communication soit les compétences sociales, les confusions des niveaux de communication, les effets de *feed-back*, l'identité et les rapports de place de même que les mécanismes de défense.

parcours de vie de l'individu soit « 1) la reconnaissance inhérente aux différentes manifestations de l'amour et des relations affectives, 2) la reconnaissance présente dans les valeurs de liberté et surtout d'égalité qui se trouvent au coeur de la morale et du droit moderne; et enfin 3) la reconnaissance propre à l'estime : celle qui advient dans une société pluraliste marquée par une forte division du travail, mais où chacun est disposé, dans l'esprit d'une coopération rationnelle, à accorder un prix et une importance à la contribution des autres à l'ensemble social » (Honneth, 2000, p. 159).

2.4 Les concepts-clés du cadre de référence heuristique

La figure 2.1 propose une articulation des concepts-clés retenus dans notre cadre de référence heuristique. Ces concepts-clés nous serviront de guide pour l'ensemble du déroulement de la recherche, autant pour la méthodologie que pour l'analyse et l'interprétation des résultats. Ainsi, les acteurs et sujets de la prévention interagissent dans leurs sous-systèmes complexes et ouverts respectifs (niveaux micro, méso et macro). Dans ces systèmes, on retrouve l'espace public et les dimensions du contexte. Ces dimensions sont la dynamique des représentations sociales du VIH/sida, de la santé et du risque de même que les liens qui peuvent exister entre ces représentations et les pratiques sociales.

Les acteurs/sujets intervenants oeuvrant dans les organisations participent à l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies préventives et, dans le cas d'Action Séro Zéro, l'élargissement de son mandat vers une approche de santé globale s'inscrit tout à fait dans le mouvement international pour le renouvellement des stratégies préventives.

Toutefois, d'autres dimensions du contexte sont importantes à considérer. Les stigmates reliés au VIH/sida peuvent affecter autant les individus que les groupes sociaux qu'on associe à la maladie. Ensuite, les rapports de pouvoir qui existent entre les dominants et les dominés dans notre société. L'hétérosexualité étant la norme dominante, diverses formes de violence symbolique peuvent se manifester

à travers l'homophobie et l'hétérosexisme qui persistent encore aujourd'hui, et ce malgré les gains obtenus par les minorités sexuelles sur le plan de la reconnaissance juridique de leurs droits.

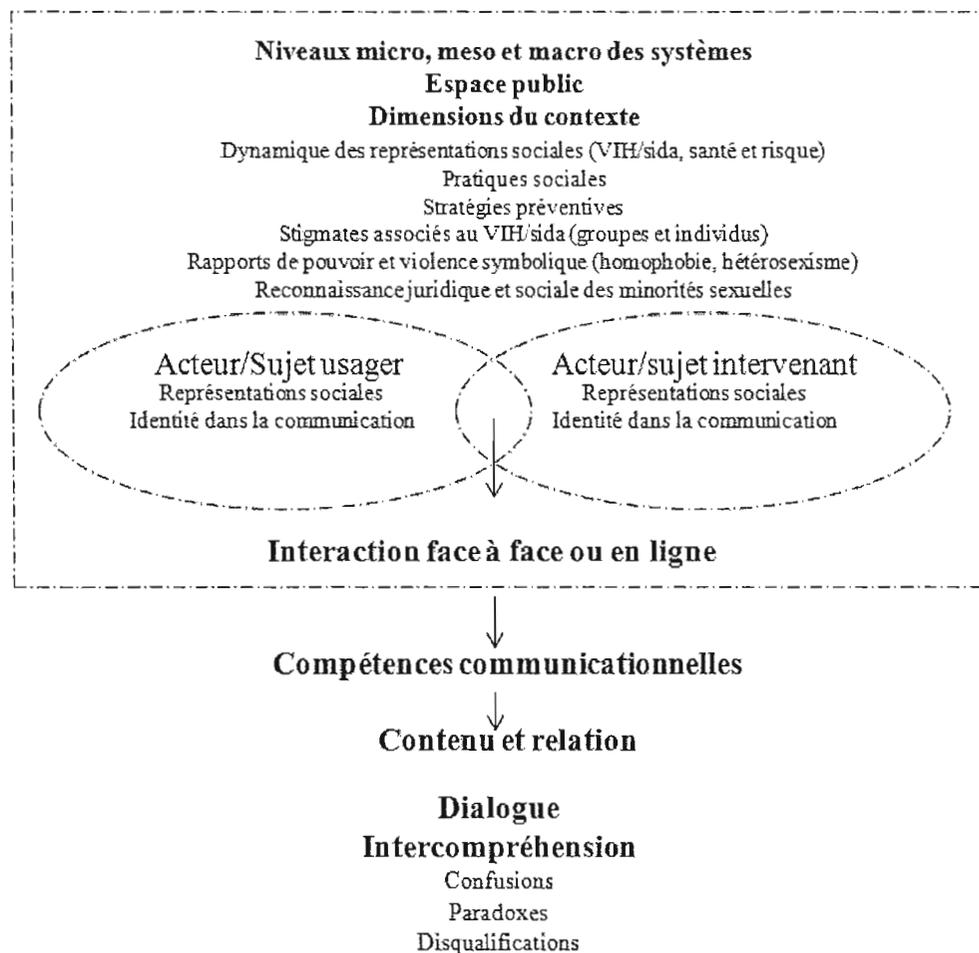


Figure 2.1 Articulation préliminaire des concepts-clés de la recherche

Les usagers et les intervenants interagissent et par conséquent, construisent le sens, donc leurs représentations (ce qui peut influencer leurs pratiques sociales, une pratique pouvant elle aussi influencer une représentation). Tel que nous l'avons suggéré dans les sections précédentes, les stratégies de prévention doivent être adaptées aux enjeux actuels en matière de prévention du VIH/sida auprès des hommes gais et bisexuels. Un des enjeux importants a trait aux changements dans les représentations de la maladie depuis l'arrivée des nouveaux traitements et les

conséquences de ces changements pour la prévention (la recrudescence des pratiques sexuelles comprenant des risques élevés de transmission des ITSS et du VIH/sida). Il appert que les conceptions réductrices de la communication nuisent à une meilleure compréhension de ces enjeux dans les stratégies de prévention élaborées à partir des recherches sur les facteurs liés à l'incidence de l'infection ou dans la compréhension du rôle des représentations sociales et de leur dynamique.

Les interactions que nous proposons d'étudier se déroulent dans des contextes différents, en ligne et en face à face, et comprennent nécessairement des caractéristiques propres qui peuvent varier en fonction de différents facteurs explorés dans les recherches que nous avons répertoriées. De manière plus spécifique, nous allons délaissier une approche purement classique de la communication qui se limite souvent à transmettre de l'information pour modifier les connaissances, les attitudes et les comportements. Nous allons explorer, dans la foulée des travaux de recherche sur les processus de la communication pour la santé, ce qui inclut notamment les compétences communicationnelles étudiées en praxéologie, quelles sont les avenues qui seraient offertes pour avoir une meilleure compréhension de la complexité du phénomène dans ses différentes dimensions dynamiques et interpersonnelles.

C'est à travers l'étude des dimensions *contenu* et *relation* de la communication pouvant conduire au *dialogue* et à l'*intercompréhension* qui facilitent le changement, que nous souhaitons apporter un éclairage pertinent et utile sur le rôle des interactions dans l'atteinte des objectifs de la prévention. Le chapitre suivant expose la méthodologie proposée pour atteindre les objectifs de cette recherche.

CHAPITRE III

MÉTHODOLOGIE

3.1 Introduction

Dans le chapitre précédent, nous avons exposé les éléments de notre cadre de référence heuristique pour l'étude des processus de la communication dans le contexte actuel de la prévention du VIH/sida. Nous pouvons résumer brièvement en rappelant que :

- 1) Le courant de l'interactionnisme symbolique permet de mieux saisir comment les significations fondent l'existence quotidienne des individus en situant le rapport entre le sujet et l'objet, l'action en fonction du sens, l'origine du sens dans l'interaction et le processus de modification du sens. Dans ce courant, les travaux sur le thème de la déviance permettent de saisir l'origine des stigmates et comment ceux-ci sont gérés ou performés par les individus.
- 2) Les représentations sociales ont deux fonctions : celle de nous orienter dans notre appréhension du réel et de faciliter la communication. Les éléments de leur structure et la compréhension de leur dynamique permettent de mieux saisir l'évolution des représentations de la santé, du risque et de la maladie (dont le VIH/sida).

- 3) Les éléments de l'écosystémique, dans lesquels les systèmes humains complexes sont ouverts et interdépendants, permettent de donner plus de poids aux éléments sociaux de contexte et à la complexité des liens entre les diverses composantes de ce contexte et les acteurs dans l'interaction.
- 4) L'axiomatique de la communication dans laquelle les dimensions du *contenu* et de la *relation* sont centraux permet de mieux saisir comment le dialogue peut favoriser l'intercompréhension et faciliter le changement ou, à l'opposé, provoquer des confusions, des paradoxes et des disqualifications. À ce titre, la praxéologie propose des manières de mieux communiquer dans le contexte de la communication interpersonnelle.
- 5) Les éléments de la pensée critique retenus soit les rapports entre les dominants et les dominés, l'espace public et l'identité dans la communication (notamment le processus de définition de l'identité sociale et la reconnaissance), permettent de mettre en évidence les rapports sociaux de pouvoir, la domination et les jeux idéologiques caractérisant le contexte social actuel.

On présente dans ce chapitre la démarche méthodologique qui a été utilisée pour répondre à la question de recherche et atteindre l'objectif de l'étude. Nous présentons en premier lieu les raisons qui ont motivé le choix d'une étude exploratoire de type mixte dans laquelle nous utilisons comme méthodes de collecte de données un questionnaire et des entretiens semi-dirigés. Nous procédons ensuite à la description des instruments pour la collecte de données, les stratégies d'échantillonnage et les étapes suivies pour l'analyse des données.

3.2 Une étude exploratoire de type mixte

Puisque le contexte du travail de proximité d'un organisme communautaire comme Action Séro Zéro a fait l'objet de très peu de recherches, notre étude est exploratoire, c'est-à-dire qu'elle vise à « à clarifier un problème qui a été plus ou moins défini » (Trudel, Simard et Vonarx, 2007, p. 39). Notre recherche est par

ailleurs mixte. Tel que défini par Creswell, ce type de recherche consiste à la «collection or analysis of both quantitative and qualitative data in a single study in which the data are collected concurrently or sequentially, are given a priority, and involve the integration of the data at one or more stages in the process of research» (Creswell et Plano Clark, 2011, p.212). Pour cette recherche, nous avons choisi une approche convergente. Aussi appelée «triangulation des méthodes », cette approche a comme objectif de «obtain different but complementary data on the same topic » (Morse, 1991, cité dans Creswell et Plano Clark, 2011, p.77), ce qui permet de «develop a more complete understanding of a phenomenon, and comparing multiple levels within a system (Cresswell et Plano Clark, 2011, p.77). Ainsi, dans un premier temps, l'usage du questionnaire en ligne a permis une collecte de données quantitatives auprès d'hommes gais et bisexuels. Dans un second temps, nous avons réalisé des entretiens semi-dirigés avec des usagers des services d'Action Séro Zéro et des intervenants de l'organisme. Nous considérons toutefois que les entretiens (certains repris et analysés sous forme de « récits de vie thématiques ») constituent la source qui a permis la meilleure illustration du phénomène à l'étude.

D'autres auteurs dont Creswell lui-même énumèrent les raisons pouvant justifier le recours aux études mixtes.

(a) better understand a research problem by converging numeric trends from quantitative data and specific details from qualitative data; (b) identify variables/constructs that may be measured subsequently through the use of existing instruments or the development of new ones; (c) obtain statistical, quantitative data and results from a sample of a population and use them to identify individuals who may expand on the results through qualitative data and results; and (d) convey the needs of individuals or groups of individuals who are marginalized or underrepresented (Hanson *et al.*, 2005, p. 226).

Notre recours à une méthode mixte pour notre recherche rejoint ces motifs. L'usage combiné du questionnaire et des entretiens a permis de croiser et d'approfondir les analyses, permettant ainsi une meilleure compréhension du processus de la communication. Nous avons développé un questionnaire

comprenant des variables utilisées dans des recherches antérieures de l'auteur et de ses collègues mais aussi développé d'autres outils de mesure pouvant être utilisés dans des recherches portant sur le thème de la communication pour la santé (voir les détails à la section suivante). L'usage du questionnaire a permis, combiné à d'autres méthodes de recrutement, d'inviter les participants à communiquer avec le chercheur pour un entretien. En dernier lieu, cette étude exploratoire a permis d'améliorer les connaissances sur de nombreuses préoccupations en matière de santé peu étudiées dans des recherches antérieures, telles que les préoccupations en matière de relations interpersonnelles et sociales de ces hommes parfois marginalisés en raison de leur orientation sexuelle.

Les thèmes retenus autant pour le questionnaire que les entretiens ont été déterminés en fonction de la recension de la littérature, des objectifs et des questions de recherche ainsi que des concepts-clés du cadre de référence heuristique pour l'étude des processus de la communication dans le contexte actuel de la prévention. Par exemple, les thèmes comprenaient l'aspect *contenu* et *relation* dans l'interaction ainsi que les facteurs pouvant contribuer à l'intercompréhension et faciliter le changement.

3.3 Population à l'étude et échantillonnage

À quelques exceptions près, les recherches psychosociales et comportementales menées auprès des hommes gais et bisexuels, étant donné l'absence de données populationnelles fiables sur l'orientation sexuelle, sont constamment confrontées à l'impossibilité de généraliser les résultats à l'ensemble d'une population donnée²⁵. Par ailleurs, étant donné que notre recherche mixte comprend des critères de validité des données basés sur l'émergence d'occurrences fortes dans le

²⁵ Un exemple d'exception est *l'Enquête sociale et de santé 1998* (Institut de la statistique du Québec (2001), qui, pour la première fois au Québec, comprenait des questions sur l'orientation sexuelle de près de 5 000 répondants. Toutefois, de l'avis même des auteurs, il est légitime de s'interroger sur la fiabilité des résultats étant donné les questions employées (identité vs attirance vs comportement) et le taux relativement faible des personnes qui ont divulgué leur orientation sexuelle homosexuelle ou bisexuelle pour cette enquête. Ce phénomène est sans doute lié à la désirabilité sociale entourant encore aujourd'hui l'orientation sexuelle, malgré le contexte social québécois actuel reconnu pour sa tolérance, sa reconnaissance des droits des minorités et sa législation en matière de discrimination.

matériel qualitatif recueilli et analysé, l'échantillonnage n'est pas soumis aux mêmes critères que les recherches populationnelles avec des objectifs d'inférences statistiques à partir d'un échantillon probabiliste. Dans ce contexte, le choix d'un « échantillon de convenance » est apparu légitime pour le questionnaire et un échantillon théorique pour les entretiens, tel que décrit par Glaser et Strauss (1967) à propos de la théorisation ancrée, ce qui consiste à renoncer à un échantillon représentatif de tous les cas dans une population mais plutôt à en choisir quelques-uns pour approfondir le thème de la recherche.

En matière d'objectifs de recrutement, voici quelques précisions concernant la taille des échantillons visés. Pour les personnes recrutées en ligne avec la collaboration des intervenants, un objectif de 150 questionnaires complétés devait nous permettre d'atteindre l'objectif de rencontrer cinq personnes pour des entretiens (personnes avec un historique de rencontres en ligne seulement). Pour le recrutement de personnes rencontrées en face à face, nous étions d'avis qu'une période de distribution d'un mois serait suffisante pour recruter cinq personnes qui se seraient rendues sur le site Internet, auraient complété le questionnaire de sélection et seraient disposées à participer à un entretien par la suite. Pour le recrutement des personnes sans historique de rencontre avec un intervenant, il était raisonnable de croire qu'une période similaire d'un mois serait nécessaire pour le recrutement de cinq personnes. Toutes les stratégies décrites pouvaient bénéficier, en fonction des résultats, d'une période de prolongation. Pour les entretiens avec les intervenants, un échantillon de cinq personnes²⁶ qui rencontrent les personnes en face à face ou en ligne était envisagé. En ce qui concerne le recrutement diverses techniques ont été utilisées. D'abord des messages « publics » ou des bannières-annonces placés dans les salons de clavardage de deux sites de rencontres, puis des affiches placées dans d'autres lieux stratégiques du Village gai de Montréal (cafés, restaurants, discothèques,

²⁶ L'invitation à participer à la recherche a été envoyée à tous les intervenants (une dizaine d'employés au moment de l'enquête). Au final, six d'entre eux ont accepté de rencontrer le chercheur en entretien.

saunas, etc.) et finalement une carte d'invitation à participer à l'étude (voir appendice B).

3.4 Les instruments pour la collecte de données : le questionnaire

Pour le volet quantitatif de cette recherche (voir le questionnaire à l'appendice C), nous avons repris certaines questions et échelles issues des travaux antérieurs de l'auteur tout en leur apportant des modifications visant à ajouter des dimensions aux éléments mesurés (certaines questions ont également été reprises et modifiées dans une recherche ayant eu lieu après celle-ci²⁷). Par ailleurs, nous avons construit une échelle inédite pour mesurer la satisfaction des usagers par rapport à plusieurs aspects de l'interaction ayant eu lieu avec un intervenant. Cette échelle, dont la consistance interne (coefficient alpha de Cronbach : $\alpha=0,93$) s'est avérée plus qu'acceptable selon les normes²⁸, peut notamment servir aux intervenants, autant comme outil d'évaluation mais aussi de réflexion sur le rôle de la communication dans le cadre de leur travail de proximité.

L'administration du questionnaire s'est aussi imposée pour une raison pratique, étant donné qu'une partie de l'échantillon visé était composé d'internautes rencontrés en ligne par le biais des activités d'Action Séro Zéro. Ils étaient donc impossibles à recruter de manière conventionnelle.

Le tableau 3.1 décrit en détail les thèmes explorés dans le questionnaire et les sections correspondantes. Le premier thème du questionnaire concerne les préoccupations en matière de santé des participants au cours de la dernière année. Cette section a été jugée essentielle afin de mesurer les motifs qui peuvent conduire ces hommes à consulter un organisme du réseau de la santé, y compris les organismes communautaires. Les préoccupations sont regroupées en deux

²⁷ Il s'agit d'une recherche quantitative réalisée à l'aide d'un questionnaire en ligne et portant sur les usages santé d'Internet parmi les minorités sexuelles au Canada (N=2187). Les questions reprises sont reliées aux préoccupations en matière de santé éprouvées par les personnes LGBT (lesbiennes, gaies, bisexuelles ou transgenres) au cours de la dernière année (santé physique, mentale et sexuelle, habitudes de vie, relations interpersonnelles et sociales). Plusieurs publications des résultats sont prévues au cours de l'année 2011.

²⁸ Dans la pratique, on considère généralement que l'homogénéité de l'instrument est satisfaisante lorsque la valeur du coefficient est au moins égale à 0,80.

ensembles de catégories soit 1) la santé mentale, la santé physique, la santé sexuelle et les habitudes de vie ainsi que 2) les relations interpersonnelles et sociales. Ces catégories ont été choisies puis adaptées à notre recherche à partir de travaux antérieurs de l'auteur et de plusieurs autres recherches menées tant au Canada que dans d'autres pays (Dumas *et al.*, 2007b; Pink Triangle Services, 2001; Wang, Häusermann, et Ajdacic-Gross, 2007; Warning, 2005). Tous ces chercheurs se sont intéressés à mesurer la prédominance des préoccupations en matière de santé autres que celles qu'on retrouve souvent dans les enquêtes épidémiologiques sur la progression de l'épidémie du VIH parmi les hommes gais (fréquentation des lieux de rencontre et socialisation des hommes gais et bisexuels, comportements comprenant des risques élevés de transmission du VIH, consommation de drogues et d'alcool, etc.).

Un autre aspect important par rapport aux préoccupations en matière de santé a été intégré au questionnaire. Il s'agit d'une mesure de l'intensité pour chacune des préoccupations relevées par le participant. À l'aide d'une échelle, le répondant devait indiquer si cette préoccupation l'a personnellement affecté (1) pas du tout, (2) un peu, (3) assez ou (4) beaucoup au cours de la dernière année. Une telle mesure d'intensité des préoccupations est, à notre connaissance, rarement ou jamais utilisée dans les enquêtes auprès des hommes gais et bisexuels que nous avons recensées. Elle permet notamment d'apprécier l'importance relative de chacune d'entre elles pour l'ensemble de l'échantillon.

Dans cette même section, le répondant était ensuite invité à indiquer s'il avait ressenti le besoin d'obtenir de l'aide ou des conseils à propos de ses préoccupations et de citer les principales sources d'information consultées. Ces informations sont utiles dans la mesure où elles peuvent notamment nous aider à: 1) distinguer parmi les types de sources d'informations, soit des professionnels de la santé ou d'autres intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, 2) indiquer les besoins qui apparaissent davantage comblés par le réseau social de l'individu et 3) apprécier l'importance d'Internet comme source d'information par rapport à d'autres moyens tels que la télévision, les magazines ou les livres.

Le deuxième thème du questionnaire avait comme sujet la communication pour la santé avec les organismes communautaires. Dans cette section, on demandait d'abord aux participants d'indiquer les noms des organismes communautaires consultés au cours de la dernière année. On demandait d'indiquer également si Action Séro Zéro figurait parmi ceux-ci. Cette section permet d'apprécier la variété des organismes consultés par les répondants et de situer Action Séro Zéro parmi ceux-ci.

Dans la section suivante, on demandait aux participants de décrire les sujets abordés pendant la dernière rencontre avec un intervenant et si ce dernier était un employé d'Action Séro Zéro. Cette section a permis de recueillir des données sur les sujets abordés entre les usagers et les intervenants et de situer les sujets abordés avec les intervenants de l'organisme par rapport aux autres organismes consultés.

Le troisième thème du questionnaire consistait en une échelle de mesure fournissant des indicateurs de satisfaction de l'utilisateur par rapport à sa dernière interaction avec un intervenant et aussi d'apprécier l'atteinte des objectifs de l'intervention. Cette échelle a été développée à partir d'exemples recensés dans la littérature, notamment les stratégies de communication développées par Saint-Arnaud (1995) que nous avons utilisées comme catégories de questions à poser. L'échelle comprend au total 23 énoncés présentés en quatre sections soit : 1) l'information transmise par l'intervenant durant la consultation, 2) le déroulement de la consultation, 3) la satisfaction globale par rapport à la consultation et 4) l'action prise ou non à la suite de l'interaction. Pour chacun des éléments mesurés, le répondant indiquait son niveau d'accord pour chacun des énoncés, soit de 1 (pas du tout d'accord) à 5 (tout à fait en accord) et 6 pour indiquer que l'énoncé ne s'appliquait pas à la consultation.

L'échelle a été construite de la manière suivante en se basant sur l'axiomatique de la communication exposée au chapitre II. En premier lieu, des énoncés mesuraient la satisfaction de l'utilisateur par rapport à la dimension *contenu* de l'interaction (les

informations). En deuxième lieu, l'échelle mesurait la satisfaction de l'utilisateur en ce qui a trait à la dimension *relation* de l'interaction c'est-à-dire : la clarification des préoccupations de l'utilisateur à l'aide de questions posées par l'intervenant, la perception de l'attitude de celui-ci, le sentiment d'aisance ressenti par l'utilisateur lorsqu'est venu le moment de parler de ses préoccupations ainsi que sa satisfaction globale par rapport à l'interaction avec l'intervenant. Finalement, les deux derniers énoncés mesuraient l'action entreprise ou non par l'utilisateur à la suite de l'interaction. Des espaces étaient proposés aux participants afin qu'ils puissent décrire ces actions ou, à l'opposé, les raisons qui ont fait en sorte qu'une action n'a pas eu lieu.

Les sections suivantes avaient comme objectif de préciser les variables contextuelles (spatiales et temporelles) de cette dernière interaction, à savoir si celle-ci avait eu lieu dans les bureaux de l'organisme, dans un des lieux visités par les intervenants (bar, sauna, rue), ou s'il s'agissait d'une intervention réalisée par téléphone ou Internet. On demandait ensuite au répondant de préciser la durée de cette dernière consultation (à l'aide d'une échelle de moins de cinq minutes à plus d'une heure) et si ce dernier avait échangé plusieurs fois au cours de la dernière année avec ce même intervenant.

Le dernier thème du questionnaire présentait une situation hypothétique au répondant au sujet de l'importance de l'anonymat pour ce dernier si le besoin de trouver de l'information ou de parler d'un sujet en rapport avec la santé sexuelle (sexualité, VIH/sida, autres infections transmises sexuellement, prise de risques) venait à se présenter dans les six prochains mois. Les trois énoncés permettaient de situer la préférence de l'utilisateur quant à la possibilité de chercher l'information sous le couvert de l'anonymat que procure Internet, à son aisance à parler de ses préoccupations avec un intervenant au cours d'une rencontre en face à face ou, à l'opposé, de sa préférence à parler de certains sujets en ligne de manière plus anonyme.

Tableau 3.1 Thèmes du questionnaire et sections correspondantes

Thèmes du questionnaire	Sections et questions
A. Préoccupations en matière de santé et sources d'information consultées au cours de la dernière année	Section A : A1, A2 et A3
1 a) Catégorie 1 : santé mentale, physique, sexuelle et habitudes de vie (12 préoccupations)	
1 b) Catégorie 2 : relations interpersonnelles et sociales (7 préoccupations)	
2) Intensité des préoccupations (m'a affecté pas du tout (1) à beaucoup (4) au cours de la dernière année)	
3) Sources d'information (9 sources proposées)	
B. Communication pour la santé avec des organismes communautaires	Section B : a) et b)
1) Nom des organismes communautaires consultés au cours de la dernière année	
2) Action Séro Zéro figure dans la liste des organismes consultés	
C. Satisfaction de l'utilisateur par rapport à l'interaction et de l'atteinte des objectifs de l'intervention	Section C : a) à e)
1) Évaluation de la dernière consultation auprès d'un intervenant d'un organisme communautaire :	
a) Sujets abordés lors de la dernière consultation (et si Action Séro Zéro est le dernier organisme consulté)	
b) Échelle de mesure de la satisfaction à propos des éléments suivants et explorant plusieurs dimensions de l'interaction	
Dimension 1 : <i>contenu</i> (information)	
Dimension 2 : <i>relation</i>	
i) clarification des préoccupations et attitude de l'intervenant	
ii) sentiment de confort	
iii) type de relation et d'interaction	
iv) satisfaction globale	
c) Action ou non à la suite de l'interaction	
d) Contexte de l'interaction	
e) Durée de l'interaction	
f) Nombre d'interactions avec le même intervenant	
D. Aisance à interagir en face à face ou en ligne avec un intervenant au cours des six prochains mois et importance de l'anonymat pour la recherche d'informations sur la santé sexuelle.	Section C : f)
Préférence pour les interactions de type face à face ou en ligne	
E. Données sociodémographiques	Section D : 1 à 16
Âge, sexe, lieu de résidence, niveau de scolarité, statut d'emploi actuel, revenu, groupe ethnique ou culturel, statut de résidence, attirance sexuelle, orientation sexuelle, dépistage à vie du VIH, résultat du dernier test, traitement contre le VIH s'il y a lieu année du dernier test, statut sérologique actuel probable, statut civil, durée du couple s'il y a lieu, connaissance du statut sérologique du partenaire, situation de vie.	

La dernière section du questionnaire avait comme objectif de préciser le profil sociodémographique du répondant, à savoir l'âge, le sexe, le lieu de résidence, le niveau de scolarité, le statut d'emploi actuel, le revenu, le groupe ethnique ou culturel, le statut de résidence, l'attirance et l'orientation sexuelle, le statut civil et la durée du couple s'il y a lieu. De plus, on demandait au répondant de préciser s'il avait déjà passé un test de dépistage du VIH, les résultats du dernier test, et, dans le cas d'une personne vivant avec le VIH, si celle-ci était sous traitement contre le VIH au moment de l'enquête. Dans le cas des personnes ayant déclaré que leur dernier test était négatif, on leur demandait d'indiquer leur statut sérologique actuel probable et si elles estimaient connaître le statut sérologique de leur partenaire.

Concernant l'administration des questionnaires, les techniques de recrutement proposées étaient les suivantes. Les intervenants recrutés pour la collaboration à la recherche étaient de deux types : les intervenants qui interagissent avec les personnes en ligne dans les salons de clavardage populaires parmi les hommes gais et bisexuels (notamment pour la recherche de partenaires sexuels) et les intervenants qui travaillent dans les lieux physiques de rencontre et de socialisation couverts par Action Séro Zéro (les bars, les saunas et la rue où les intervenants sont amenés à interagir avec les travailleurs du sexe).

Similaire à la technique employée pour la recherche menée en 2002-2004 pour l'évaluation du programme d'intervention en ligne (Dumas *et al.*, 2007a), le premier groupe d'intervenants proposait aux personnes rencontrées en ligne de se rendre à une adresse Internet où elles pouvaient compléter le questionnaire. Une fois le questionnaire complété, cette personne était invitée à communiquer avec le chercheur pour participer à un entretien. Le second groupe d'intervenants a participé à la recherche en remettant une invitation à participer à l'étude aux hommes rencontrés dans les lieux physiques. Ces personnes étaient elles aussi invitées à se rendre à la même adresse Internet décrite plus haut. Celles qui s'y sont effectivement rendues ont été également invitées à rencontrer le chercheur pour un entretien.

3.5 Les instruments pour la collecte de données : les entretiens semi-dirigés

Les entretiens réalisés pendant cette recherche étaient de type semi-dirigé et leur conduite s'appuyait sur une liste de thèmes plutôt que des questions prédéfinies (voir appendice G pour plus de détails). De type « parlez-moi de votre opinion sur... », cette technique a permis de laisser suffisamment d'ouverture afin que d'autres thèmes puissent émerger durant la rencontre. Nous aurions pu réaliser des entretiens de type impersonnel mais nous avons plutôt opté, dans l'esprit des études mixtes invitant le chercheur à s'ouvrir à la fois à l'objectivité et à la subjectivité, pour une approche qui s'apparente à l'entretien compréhensif tel que décrit par Kaufman : « L'entretien compréhensif s'inscrit dans une dynamique exactement inverse [de celle de l'entretien impersonnel] : l'enquêteur s'engage activement dans les questions, pour provoquer l'engagement de l'enquêté. Lors de l'analyse de contenu, l'interprétation du matériau n'est pas évitée mais constitue au contraire l'élément décisif » (Kaufmann, 2007, p. 19).

Les grands thèmes qui guidaient l'entretien avec les usagers portaient par exemple sur les représentations de la santé, du VIH et du risque et s'il y a lieu, l'historique de rencontre avec l'intervenant de l'organisme et sa satisfaction par rapport à cette interaction (voir le formulaire de consentement à l'appendice D, la grille d'entretien à l'appendice E et les catégories d'analyse à l'appendice H). Toutefois, c'est dans les thèmes émergents que la plus grande richesse des entretiens repose. En effet, ceux-ci nous ont permis de découvrir plusieurs thèmes importants liés au processus de la communication pour la santé tels que l'évolution des préoccupations en matière de santé à travers le parcours de vie des individus et les circonstances précises ayant amené les sujets à recourir à des services, y compris ceux d'Action Séro Zéro. Ainsi, nous avons retenu trois entretiens qui se distinguent des autres par leur caractère illustratif de parcours de vie très différents et avons procédé à une démarche qui s'apparente au « récit de vie thématique » (voir la section 3.7, analyse des résultats, pour plus de détails).

La grille d'entretien avec les intervenants comprenait elle aussi les thèmes sur les représentations de la santé, du VIH et du risque. Toutefois, d'autres thèmes liés aux dimensions organisationnelles et idéologiques du travail d'intervenant ont été abordés (voir appendices F, G et I).

3.6 Résultats de la collecte de données

Pour le volet quantitatif de la recherche, 305 participants ont amorcé le questionnaire proposé en ligne entre les mois de mars et septembre 2008. Parmi ceux-ci, 277 questionnaires suffisamment complétés ont été retenus pour les analyses. Un total de 16 entrevues ont été menées pour le volet qualitatif de la recherche entre les mois d'octobre 2008 et février 2009: dix entrevues avec des hommes gais et bisexuels et 6 avec des intervenants. Initialement, un total de 20 entrevues étaient prévues. En ce qui a trait au recrutement des intervenants (cinq prévus initialement, dix invités à participer), six personnes ont accepté de participer de manière volontaire à l'étude.

Tableau 3.2 Méthodes utilisées, échantillons visés et résultats de la collecte de données

Méthodes utilisées	Échantillons visés	Résultats de la collecte
Volet quantitatif		
a) Questionnaire en ligne	150	277
Volet qualitatif		
b) Entretiens : Hommes avec un historique d'échange	10	5
c) Entretiens : Hommes sans historique d'échange	5	5
d) Entretiens : Intervenants	5	6

3.7 L'analyse des données

Les données quantitatives, compilées à même le serveur qui a hébergé la plateforme informatique et les données, ont ensuite été transférées et analysées à l'aide

du logiciel SPSS. Cette recherche étant exploratoire et n'ayant pas de visée confirmatoire ou prédictive, seules des analyses statistiques descriptives simples ont été effectuées (proportions, moyennes, tableaux croisés khi-deux (X^2), corrélations bivariées de Pearson) afin de déterminer les résultats globaux pour l'ensemble de l'échantillon et relever les différences significatives en fonction des variations dans les profils (âge, lieu de résidence, statut sérologique, etc.).

Une partie importante des données qualitatives de cette étude provient du riche contenu issu des entretiens. Une fois la transcription intégrale des entretiens terminée, le contenu fut d'abord codé à l'aide de techniques d'analyse du contenu consistant à regrouper des segments de textes en catégories et en sous-catégories comprenant des thèmes apparentés. Le logiciel Nvivo a été utilisé, ce qui a facilité le codage et l'élaboration de la grille d'analyse de contenu thématique, dans laquelle les catégories se sont enrichies de thèmes émergents au fur et à mesure que le travail de codage a progressé. Une fois l'analyse de contenu explicite complétée, certaines citations ont été sélectionnées pour une analyse plus approfondie permettant une discussion sur les concepts-clés de la recherche dans le cadre conceptuel heuristique initial, par exemple les représentations sociales sur le VIH/sida et leur évolution.

De plus, dans le cas des hommes usagers ou non des services d'Action Séro Zéro, nous avons procédé à une analyse différente en ce qui concerne trois des dix entretiens. Ces derniers se distinguent des autres quant au processus de la communication examiné à travers le parcours de vie de ces personnes, dans une approche qui s'apparente aux « récits de vie thématique ». Selon Poupart « par-delà les histoires singulières, il s'agit ici aussi d'une mise en forme de la vie en société et de ses transformations » (Poupart dans Deslauriers *et al.*, 1997, p.283) mais en respectant certaines lignes directrices :

Un récit de vie n'est pas n'importe quel discours: c'est un discours narratif qui s'efforce de raconter une histoire réelle et qui de plus, à la différence de l'autobiographie écrite, est improvisé au sein d'une relation dialogique avec un chercheur qui a d'emblée orienté l'entretien vers la description d'expériences pertinentes pour l'étude de son objet (Bertaux, 1993, p. 68)

L'analyse des propos de ces trois cas de figure a permis d'établir 5 axes reliés au processus de la communication soit 1) les événements importants en lien avec la définition de l'orientation sexuelle et qu'on peut associer à l'identité de l'individu, 2) les périodes de crise, 3) les facteurs de risque pour la santé, 4) les facteurs de protection et de résilience et finalement 5) l'axe consultation et action avec un intervenant d'Action Séro Zéro dans lequel l'interaction peut avoir une influence sur les connaissances, les attitudes et les comportements.

3.8 Scientificité de la recherche

Comme l'échantillon de participants à cette recherche en est un de convenance (autant pour le questionnaire que les entretiens), on ne peut généraliser les résultats à l'ensemble de la population étudiée. Dans cette recherche de type mixte, nous avons combiné des données quantitatives et qualitatives complémentaires dans une démarche à la fois descriptive et compréhensive. Il s'agit d'une validation par triangulation, qui consiste en une stratégie au cours de laquelle on superpose et combine plusieurs techniques de recueil des données. Cette méthode permet de diminuer l'effet des biais qui sont inhérents à chacune des techniques utilisées et d'obtenir ainsi une meilleure compréhension de la complexité des phénomènes à l'étude.

CHAPITRE IV

RÉSULTATS

4.1 Présentation des résultats

Dans le chapitre précédent, nous avons présenté les aspects méthodologiques de cette recherche, une étude exploratoire de type mixte, combinant des outils quantitatifs et qualitatifs. Cette section de la thèse a comme objectif de présenter les résultats de l'analyse des données. La première partie de cette présentation sera plus descriptive, permettant surtout de répondre à la première question spécifique de notre recherche.

- Quelles sont les caractéristiques des processus de communication entre les sujets/acteurs sociaux dans le cadre de la prévention du VIH touchant les hommes gais et bisexuels?

La section 4.2 présente les résultats du questionnaire en ligne. Les sections 4.3 et 4.4 exposent les résultats de l'analyse de contenu des entretiens avec les acteurs/sujets de la prévention recrutés pour les entrevues suivi des résultats de l'analyse des entretiens avec les intervenants.

4.2 Résultats du questionnaire en ligne

Cette section présente les résultats de la collecte réalisée avec le questionnaire en ligne. Les sections 4.2.1 à 4.2.5 présentent le portrait sociodémographique des participants. Les sections 4.2.7 à 4.2.14 présentent les résultats pour les différentes sections du questionnaire : les préoccupations en matière de santé éprouvées par les participants au cours de la dernière année, l'intensité de ces préoccupations et,

lorsque le besoin a été ressenti, les sources d'information consultées. Viennent ensuite les résultats quant aux organismes communautaires consultés au cours de la dernière année, les sujets discutés durant les consultations, les indicateurs de satisfaction de l'utilisateur quant à la dernière interaction avec un intervenant communautaire de même que l'indicateur d'action ou non après cette interaction. La dernière section des résultats du questionnaire présente les résultats sur l'importance de l'anonymat que procure Internet pour l'utilisateur (les résultats détaillés du questionnaire sont présentés aux appendices J, K et L).

4.2.1 Portrait sociodémographique des participants

Les sections 4.2.2 à 4.2.5 présentent les résultats sociodémographiques soit : l'âge, le lieu de résidence et le niveau de scolarité, le statut d'emploi, le niveau d'études, les revenus bruts de l'année précédente, l'appartenance ethnique et culturelle. Viennent ensuite les résultats du profil des participants quant à leur attirance et leur orientation sexuelle, leur situation de vie, le dépistage à vie du VIH et leur statut sérologique.

4.2.2 Âge, lieu de résidence et niveau de scolarité

La moyenne d'âge des 277 participants est de 41,4 ans (écart type de 13,8 ans). Près du tiers de l'échantillon est composé de participants de 30 ans et moins (30,7 %, N=83). Au moment de l'enquête, près de six participants sur dix résidaient à l'extérieur de la région de Montréal (59,1 %). Près de la moitié des répondants vivent seuls (50,5 %) alors qu'environ un quart (25,6 %) vivent en couple avec un partenaire masculin ou féminin. Les participants de 30 ans et moins sont proportionnellement plus nombreux à vivre avec des membres de leur famille (26 vs 2,9 %, $p=0,0001$) ou avec des colocataires (18,2 vs 8,7 %, $p=0,0001$). Près de trois participants sur dix détiennent un diplôme de premier cycle universitaire (29,4 %) et un peu moins un diplôme d'études collégial (27,2 %). Environ un participant sur cinq a fait des études secondaires (21,7 %) et, à l'opposé, à peu près la même proportion (19 %) détient un diplôme de 2^e ou 3^e cycle.

4.2.3 Emploi, études, revenus et appartenance ethnique et culturelle

Plus de la moitié des 277 répondants occupent un emploi à temps plein (55,5 %) et 16,5 % à temps partiel. Un peu plus d'une personne sur dix dans l'échantillon sont retraitées (11,4 %). Au moment de l'enquête, une faible proportion est sans emploi (5,1 %). Il en va de même pour le nombre de répondants aux études à temps partiel (4,0 %) alors qu'un peu plus d'un participant sur dix sont étudiants à temps plein (12,9 %). Les participants de 30 ans et moins sont proportionnellement plus nombreux à étudier à temps plein (34,2 vs 2,3 %, $p=0,001$) ou à temps partiel (10,1 vs 2,7 %, $p=0,002$) mais moins nombreux à occuper un emploi à temps plein (46,1 vs 64 %, $p=0,008$) ou à être à la retraite (1,3 vs 16,9 %, $p=0,001$).

Un peu plus du quart des participants (27 %) déclarent des revenus supérieurs à 50,000 \$ au cours de la dernière année. Les participants qui déclarent des revenus inférieurs (de moins de 10 000 \$ à 49 999 \$) représentent 61,5 % de l'échantillon. Un participant sur 10 (11,5 %) déclare un revenu inférieur à 10 000 \$, 29,3 % entre 20 et 40 000 \$ et 13,5 % de 40 à 50 000 \$.

Parmi les répondants, une proportion de 92,4 % affirme être d'appartenance ethnique ou culturelle canadienne, québécoise ou canadienne-française et 7,6 % s'identifie à une autre appartenance (par exemple française, latino-américaine, etc.). Alors que la presque totalité de l'échantillon est constituée de citoyens canadiens, une proportion de 3,0 % déclare être des immigrants reçus.

4.2.4 Attirance, orientation sexuelle et situation de vie

Du point de vue de l'attirance sexuelle, plus des deux tiers des participants (69,6 %) affirment être exclusivement attirés par des personnes du même sexe et près d'un participant sur cinq (18,3 %) surtout par des personnes du même sexe. Une proportion de 7,7 % déclare être attirée autant par les personnes du même sexe que du sexe opposé. Une très faible proportion des participants affirme être attirée surtout ou exclusivement par les personnes du sexe opposé (2,9 et 1,5 %).

Près de la moitié des répondants se définit comme gai (47,5 %) et un peu plus du tiers comme homosexuel (35,3 %). Un peu plus d'un participant sur dix se définit comme bisexuel (12,8 %) et une très faible proportion se définit autrement (4,1%). Les participants résidants à l'extérieur de la région de Montréal sont proportionnellement plus nombreux à se déclarer bisexuels et moins nombreux à se déclarer homosexuels (respectivement 17,9 % vs 7,7 %, et 29,3 vs 43,6 %, $p=0,025$)

Au moment de l'enquête, près des deux tiers des 277 participants sont célibataires (64,2 %) et tout près du quart vit en couple avec un homme (24,8 %). Une proportion de 7,3 % déclare être en couple avec une femme et 3,6 % se dit être dans d'autres situations. La durée moyenne des couples est de cinq ans et 30 % sont en couple depuis plus de cinq ans.

4.2.5 Dépistage du VIH et statut sérologique

Les trois quarts des répondants de l'échantillon global affirment avoir subi un test de dépistage du VIH au moins une fois dans leur vie (75,9 %) et les répondants de 30 ans et moins sont proportionnellement moins nombreux dans cette situation (59,7 vs 82 %, $p=0,032$). Parmi ces participants, 64 % affirment que le dernier test remonte à un an et moins, 26 % de un à trois ans et 20 % plus de trois ans. Lorsqu'interrogés sur le résultat du dernier test de dépistage du VIH, 88,6 % des participants affirment avoir reçu un résultat négatif et 9,9 % un résultat positif. Une proportion de 1,5 % affirme ne pas connaître les résultats du dernier test. Les résidants de l'extérieur de la région de Montréal sont proportionnellement moins nombreux à se déclarer séropositifs (7,0 % vs 14,9 %).

Les personnes séropositives déclarent être sous traitement contre le VIH dans une proportion de 92,3 %. Lorsqu'interrogés sur leur statut sérologique probable actuellement, 62,2 % affirment être séronégatifs et 20 % probablement séronégatif. Une proportion de 7,8 % affirme ne pas le savoir. Parmi les répondants en couple au moment de l'enquête, près des deux tiers (66,7 %) affirment que leur partenaire est séronégatif. Une proportion de 18,8 % affirme

que celui-ci est probablement séronégatif et 10,4 % affirme ne pas le savoir. Parmi ces participants en couple, 4,2 % affirment que leur partenaire est séropositif. Aucun participant n'a affirmé que son partenaire est probablement séropositif.

4.2.6 Une population avec un profil similaire à d'autres recherches

Même si on ne peut conclure que ces résultats sont le reflet du profil général des populations d'hommes ciblés, comme on le ferait dans une enquête avec un échantillon aléatoire formé à partir de bases de données populationnelles²⁹, certaines données recueillies à l'aide du questionnaire³⁰ suggèrent que le profil des participants de cet échantillon est similaire à celui d'autres recherches réalisées à l'aide d'échantillons de convenance. Ainsi, plusieurs données sociodémographiques telles que la proportion d'hommes qui se définissent comme gais ou homosexuels (82,8 %) sont très similaires à des recherches telles que l'enquête ARGUS 2005 (Lambert *et al.*, 2006)³¹ (80 et 79 %, respectivement) et d'autres enquêtes menées par des organisations de santé publique ou communautaires.

²⁹ Les premières enquêtes populationnelles canadiennes produisant des données plus représentatives sur les minorités sexuelles sont par ailleurs très récentes. À titre d'exemple, c'est seulement en 2003 que Statistique Canada posait pour la première fois des questions sur l'orientation sexuelle. Selon les résultats de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC, Statistique Canada, 2003), 316 000 hommes et femmes se sont déclarés gais, bisexuel(le)s ou lesbiennes. Ces données suggèrent que 1,7 % de la population canadienne se définit comme une ou l'autre de ces minorités sexuelles sont critiquées car incomplètes puisqu'elles ne permettent pas d'y inclure des personnes qui peuvent avoir des attirances ou des comportements sexuels avec des personnes du même sexe ni les personnes se définissant comme transgenres ou transsexuelles.

³⁰ Les résultats détaillés du questionnaire sont présentés dans les appendices J, K, et L.

³¹ Menées sous la responsabilité de la Direction de la santé publique de Montréal, de l'Institut national de la santé publique du Québec et de l'Agence de santé publique du Canada, les enquêtes ARGUS sont réalisées à des intervalles réguliers depuis 2005 dans plusieurs villes. En l'absence de données populationnelles fiables pouvant permettre une enquête sur un échantillon représentatif d'hommes gais et bisexuels, ce sont des enquêtes menées aussi à l'aide d'échantillons de convenance. Elles visent la surveillance de l'infection au VIH, les hépatites, les ITSS et les comportements à risques associés. À l'aide d'un test biologique (une goutte de sang est prélevée pour chaque participant) on peut établir la prévalence des infections mais également le nombre de personnes qui ignorent leur infection au VIH au moment de l'enquête. À Montréal, en 2005 et en 2007 lors de sessions de recrutement, les hommes ont été recrutés (2005 : N=1957 et 2008 : N=1873) dans une grande variété de lieux de socialisation gais à Montréal (ex. : bars, saunas, cafés, regroupement de sports et loisirs).

Par ailleurs, la proportion d'hommes qui déclarent avoir subi au moins une fois un test de dépistage du VIH (75,9 %) est assez près de l'enquête ARGUS 2005 (83,7%). Finalement, la proportion d'hommes ayant déclaré avoir reçu un diagnostic positif au VIH lors du dernier test (9,9 %) est presque identique à l'enquête ARGUS 2005 (9 %). Toutefois, on relève certaines différences qui suggèrent des caractéristiques propres à cet échantillon recruté en ligne. Ainsi, la proportion d'hommes ayant déclaré des revenus supérieurs à 50 000 \$ au cours de l'année précédente à l'enquête est supérieure que dans le cas des enquêtes ARGUS recrutant les participants uniquement sur le terrain (27 % vs 18 % dans ARGUS 2005). Il en va de même pour la proportion d'hommes ayant complété des études de niveau universitaire (49 % vs 40 %). Ces données suggèrent que notre échantillon est composé d'hommes mieux nantis et dotés d'un niveau de scolarité plus élevé, comme d'autres recherches menées auprès d'internautes l'ont fréquemment suggéré.

4.2.7 Les préoccupations en matière de santé éprouvées par les participants au cours de la dernière année : santé physique, mentale, sexuelle et habitudes de vie

La section A du questionnaire en ligne interrogeait les participants sur les préoccupations en matière de santé éprouvées au cours de la dernière année. La question était formulée ainsi (voir appendice C) : *Parmi les préoccupations en matière de santé suivantes, indiquez celles qui vous ont affecté personnellement au cours de la dernière année.* Dans la colonne de droite, on pouvait lire : *Cette préoccupation m'a affecté au cours de la dernière année* (le répondant pouvant alors cocher pour indiquer oui). Tel qu'illustré au tableau 4.1, les trois préoccupations qui sont mentionnées par le plus grand nombre de participants (pourcentages calculés à partir de l'échantillon global de 277 participants) dans la catégorie santé physique ou mentale et habitudes de vie sont l'image corporelle, les ITS et le niveau de stress élevé ou anxiété. Plus de quatre participants sur dix affirment avoir été personnellement affectés par ces préoccupations au cours de la dernière année. À l'opposé, à l'exception de la catégorie *autre*, les trois

préoccupations qui ont le moins affecté les participants sont les troubles de l'alimentation, le VIH/sida et le processus de dévoilement de l'orientation sexuelle (processus de sortie ou *coming out*).

Tableau 4.1. Prédominance des préoccupations en matière de santé : santé physique, mentale, sexuelle et habitudes de vie

	Cette préoccupation m'a affecté au cours de la dernière année (OUI)
	N=277 %
image corporelle	49,1
infections transmises sexuellement (ITS)	44,4
niveau de stress élevé / anxiété	41,5
prise de risques sexuels	38,6
solitude ou isolement	37,5
dépression	36,8
consommation d'alcool	29,6
consommation de drogues	27,1
penser à se suicider, tenter de s'enlever la vie	24,2
processus de sortie ou <i>coming out</i>	23,1
VIH/sida	23,1
troubles de l'alimentation	10,5
autre	4,0

On demandait ensuite aux répondants d'indiquer l'intensité de leurs préoccupations de la manière suivante : *cette préoccupation m'a affecté pas du tout, un peu, assez ou beaucoup*. Lorsqu'on examine l'intensité de ces mêmes préoccupations (tableau 4.2), les trois préoccupations dont le nombre le plus élevé de participants a déclaré un niveau d'intensité plus élevé (assez ou beaucoup) sont

les mêmes que pour la prédominance de celles-ci soit l'image corporelle, le niveau de stress élevé ou anxiété et les ITS. Environ un tiers des participants se sont dits assez ou beaucoup affectés par ces préoccupations au cours de la dernière année. À l'opposé, à l'exception de la catégorie autre, les trois préoccupations dont le nombre de participants est le moins élevé quant à un niveau plus élevé d'intensité sont les troubles de l'alimentation, la consommation de drogue et les idéations ou tentatives suicidaires.

Tableau 4.2 Intensité des préoccupations en matière de santé : santé physique, mentale, sexuelle et habitudes de vie

	Cette préoccupation m'a affecté au cours de la dernière année ¹
	N=277
	%
image corporelle	38,6
niveau de stress élevé / anxiété	32,5
infections transmises sexuellement (ITS)	31,8
solitude ou isolement	26,4
prise de risques sexuels	22
dépression	20,6
VIH/sida	19,9
processus de sortie ou coming out	14,4
consommation d'alcool	12,6
penser à se suicider, tenter de s'enlever la vie	12,6
consommation de drogues	11,2
troubles de l'alimentation	10,8
autre	5,1

1. Valeurs 3 et 4 regroupées : (1) pas du tout, (2) un peu, (3) assez et (4) beaucoup

Pour ces préoccupations, environ un participant sur dix s'est dit davantage préoccupé par celles-ci au cours de la dernière année. Une seule différence significative apparaît parmi les sous-groupes de l'échantillon. Lorsqu'on compare les participants en fonction de l'âge, les hommes de plus de 30 ans sont proportionnellement plus nombreux à déclarer avoir été affectés (tous niveaux d'intensité confondus) par la solitude ou l'isolement au cours de la dernière année (52,9 vs 32,9 %, $p=0,046$).

4.2.8 Les préoccupations en matière de santé éprouvées par les participants au cours de la dernière année : les relations interpersonnelles et sociales

La section A du questionnaire en ligne interrogeait ensuite les répondants sur les préoccupations en matière de santé liées aux relations interpersonnelles et sociales. De la même manière que dans la section précédente, le tableau 4.3 indique, en ordre décroissant, les préoccupations qui ont affecté le plus grand nombre de participants. Les trois préoccupations liées aux relations interpersonnelles et sociales les plus rapportées parmi les répondants sont trouver un partenaire stable, trouver des amis et la vie de couple (58,5 ; 45,8 et 41,9 % respectivement).

À l'opposé, les trois préoccupations les moins rapportées sont, à l'exception de la catégorie autre, la violence dans une relation de couple, l'homophobie et les relations familiales. Près du quart des répondants se sont dits assez ou beaucoup affectés par l'homophobie et les relations familiales au cours de la dernière année.

Lorsqu'on compare les sous-groupes de l'échantillon, on remarque deux différences significatives dans les résultats. Les répondants de 30 ans et moins sont proportionnellement plus nombreux à avoir été affectés (tous niveaux d'intensité confondus) par l'homophobie (34,7 vs 20,3, $p=0,017$) et les résidents de l'extérieur de la région de Montréal sont plus nombreux à déclarer la violence dans une relation de couple comme préoccupation au cours de la dernière année (8,6 % vs 1,0 %, $p=0,012$).

Tableau 4.3 Intensité des préoccupations en matière de santé : les relations interpersonnelles et sociales

	Cette préoccupation m'a affecté au cours de la dernière année ¹
	N=277
	%
trouver un partenaire stable	58,5
trouver des amis	45,8
vie de couple	41,9
fin d'une relation	33,9
relations familiales	28,5
homophobie	27,4
violence dans une relation de couple	6,1
autre	2,5

1. Valeurs 3 et 4 regroupées : (1) pas du tout, (2) un peu, (3) assez et (4) beaucoup

4.2.9 Les besoins ressentis d'obtenir de l'information et les principales sources d'informations consultées

La section A du questionnaire en ligne donnait la possibilité aux participants d'indiquer, pour chacune des préoccupations, si le besoin d'obtenir de l'information a été ressenti et si oui, quelles ont été les sources d'informations consultées au cours de la dernière année. Le tableau 4.4 indique, en ordre décroissant, la proportion des participants qui ont ressenti ce besoin et les deux sources d'information les plus consultées.

Les trois préoccupations pour lesquelles les participants ont été les plus nombreux à déclarer le besoin d'obtenir de l'information sont les ITS (67,1 %), les idéations ou les tentatives suicidaires (61,5 %) et le VIH/sida (60 %). À l'opposé, les trois préoccupations pour lesquelles les participants ont été les moins nombreux à

déclarer le besoin d'obtenir de l'information sont la consommation d'alcool, la solitude ou l'isolement et l'image corporelle.

Tableau 4.4 Préoccupations éprouvées, besoins ressentis d'obtenir de l'information et deux premières sources d'informations consultées

M'a affecté durant la dernière année...	Besoin ressenti d'obtenir de l'information		Première et seconde sources d'information mentionnées par le plus grand nombre de participants
	OUI	% ¹	
infections transmises sexuellement (ITS)	(71/107)	67,1	médecin, Internet
penser à se suicider, tenter de s'enlever la vie	(21/35)	61,5	médecin, psychologue
VIH/sida	(33/55)	60,0	médecin, Internet
processus de sortie ou <i>coming out</i>	(21/40)	53,6	internet, famille ou amis
prise de risques sexuels	(32/61)	52,1	internet, médecin
niveau de stress élevé / anxiété	(45/90)	50,0	médecin, psychologue
consommation de drogues	(13/31)	42,4	internet, livres et magazines
dépression	(23/57)	41,1	médecin, psychologue
troubles de l'alimentation	(12/30)	40,0	médecin, famille ou amis
image corporelle	(38/107)	35,6	internet, livres et magazines
solitude ou isolement	(23/73)	31,6	internet, famille ou amis
consommation d'alcool	(8/35)	22,2	livres et magazines, autre

1. Le pourcentage représente le nombre de personnes ayant déclaré le besoin d'obtenir de l'information divisé par le nombre de personnes ayant éprouvé la préoccupation

En ce qui concerne les deux principales sources d'information consultées, le médecin arrive en tête pour l'ensemble des préoccupations avec six mentions dans le tableau comme première source d'information soit pour les ITSS, les idéations et les tentatives suicidaires, le VIH/sida, le niveau de stress élevé ou l'anxiété, la dépression et les troubles de l'alimentation.

Le médecin est cité comme deuxième source d'information pour la prise de risques sexuels. Internet est la deuxième source d'information la plus mentionnée par les participants.

Tel qu'indiqué dans le tableau, Internet est cité comme première source d'information pour cinq préoccupations soit le processus de sortie ou *coming out*, la prise de risques sexuels, la consommation de drogues, l'image corporelle et la solitude ou l'isolement. Internet est également mentionné par le plus grand nombre de participants comme deuxième source d'information pour les ITSS. Le psychologue est mentionné comme deuxième source d'information pour les idéations et les tentatives suicidaires, le niveau de stress élevé ou l'anxiété et la dépression. Il en va de même pour la famille ou les amis pour le processus de sortie ou *coming out*, les troubles de l'alimentation et la solitude ou l'isolement. En dernier lieu, les livres ou magazines sont la première source mentionnée par le plus grand nombre de participants en ce qui concerne la consommation d'alcool et la deuxième source pour la consommation de drogues et l'image corporelle.

4.2.10 Les organismes consultés au cours de la dernière année

La section B du questionnaire en ligne demandait d'abord aux répondants d'indiquer si un ou plusieurs organismes ont été consultés au sujet de leurs préoccupations en matière de santé au cours de la dernière année et si oui d'indiquer lesquels.

Pour l'ensemble de l'échantillon (N=277), 18,4 % des participants (N=51) ont consulté une ou plusieurs organisations au cours de la dernière année. Le tableau 4.5 indique que 51 personnes ont consulté (une ou plusieurs fois) et que le nombre total de consultations est de 65 dont 32 sont des consultations auprès d'organismes communautaires (incluant Action Séro Zéro). Parmi ceux-ci, 11 participants indiquent qu'Action Séro Zéro figure dans la liste des organismes mentionnés et qu'il s'agit de la dernière organisation consultée.

Tableau 4.5 Organismes consultés au cours de la dernière année et nombre de consultations

	Nombre de personnes ayant consulté (une fois ou plus)
	N=51
1. Centres locaux de services communautaires (CLSC)	19
<i>Note : maintenant regroupés dans des Centres de santé et de services sociaux (CSSS)</i>	
2. Organisations communautaires pour hommes gais ou bisexuels	16
<i>Exemples : Gai écoute, Prisme (région de Québec), Jeunesse Lambda,</i>	
<i>Projet 10</i>	
3. Action Séro Zéro	11
<i>Note : ces participants indiquent également qu'il s'agit la dernière organisation consultée au cours de la dernière année</i>	
4. Organisations communautaires dédiées au VIH/sida	5
<i>Exemples : CPAVIH, CATIE</i>	
5. Centres de traitement des dépendances (alcool, drogue, jeu) :	5
<i>Exemples : Centre Dollard-Cormier, Joueurs anonymes</i>	
6. Cliniques médicales	3
<i>Exemple : Clinique l'Actuel</i>	
7. Autre	7
<i>Exemples : groupes de soutien universitaires, Tel-Jeunes</i>	
Nombre total de consultations (tous types d'organisations)	65

4.2.11 Les sujets discutés lors de la dernière interaction

Les participants étaient invités à décrire brièvement les sujets discutés lors de la dernière interaction avec un intervenant ou un professionnel de la santé (section C, question a). Au total, 34 participants ont indiqué avoir discuté un ou plusieurs thèmes durant l'interaction pour un total de 49 occurrences comprenant 26 thèmes et regroupés en six catégories (tableau ci-dessous).

Tableau 4.6 Thèmes discutés lors de la dernière interaction avec un intervenant communautaire ou un professionnel de la santé

	Nombre de mentions des thèmes
	N=34
1. ITSS, VIH/sida et sexualité (sept thèmes) <i>Thèmes: niveaux de risques associés aux pratiques, symptômes, vaccination pour les hépatites, santé sexuelle, divulgation du statut sérologique, discrimination, sexualité en général.</i>	21
2. Santé mentale (six thèmes) <i>Thèmes: dépression, anxiété, isolement, fin d'une relation idéation ou tentative suicidaire, acceptation de l'orientation sexuelle, image corporelle.</i>	7
3. Action Séro Zéro (quatre thèmes) <i>Thèmes : activités ou programmes de l'organisme et thèmes de santé associés (ateliers et estime de soi ou vieillir gai, socialisation)</i>	6
4. Dépendances (trois thèmes): <i>Thèmes : Alcool, drogues, jeu</i>	5
5. Homosexualité (cinq thème) <i>Thème : processus de sortie ou coming out</i>	4
6. Autres (cinq thèmes) <i>Thèmes : Référence à un médecin, trouver un partenaire stable, lutte contre l'homophobie, relations sociales ou amoureuses</i>	8
Nombre de thèmes discutés	26
Nombre total d'occurrences des thèmes	49

La catégorie qui comprend le plus grand nombre de thèmes discutés (sept thèmes) et qui compte le plus d'occurrences (21) comprend les thèmes regroupés des ITSS, du VIH/sida et de la sexualité en général. La catégorie de la santé mentale arrive en deuxième position avec six thèmes et sept occurrences. En excluant la catégorie *autre* qui comprend cinq thèmes et huit occurrences, l'homosexualité est la catégorie la moins rapportée (un seul thème soit le processus de sortie ou *coming out*) durant les interactions avec les intervenants (quatre occurrences).

4.2.12 Éléments contextuels de la dernière interaction

Les participants étaient invités à préciser des éléments contextuels de leur dernière interaction avec un intervenant communautaire ou un professionnel de la santé. Le questionnaire demandait de préciser le lieu ou le média utilisé lors de la dernière interaction, sa durée et si le participant a interagi plus d'une fois avec ce même intervenant ou professionnel de la santé (section C, questions c à e).

Tableau 4.7 Contexte de la dernière interaction

	N=51	%
Dans les bureaux de l'organisme	30	58,8
Dans un bar	2	3,9
Dans un sauna	3	5,9
Sur la rue	0	0
Dans un atelier de discussion en petit groupe	4	7,8
Conversation téléphonique	6	11,8
Échange sur un babillard ou un forum de discussion sur Internet	4	7,8
Échange en direct à l'aide d'Internet (par exemple, <i>chat-room</i> , MSN)	2	3,9

Les tableaux 4.7 et 4.8 présentent les résultats pour les participants qui ont indiqué une ou plusieurs interactions au cours de la dernière année. La majorité des participants (58,8 %) a indiqué que la dernière interaction a eu lieu dans les bureaux de l'organisation. Un peu plus d'un participant sur dix (11,8 %) ont indiqué que cette dernière interaction consistait en une conversation téléphonique.

Tableau 4.8 : Durée de la dernière interaction et interaction avec le même intervenant plus d'une fois

	N=51	%
Moins de 5 min	3	5,8
Entre 5 et 15 min	9	17,3
Entre 15 min et 1/2 heure	13	25
Entre 1/2 heure et 1 heure	19	36,5
Plus de 1 heure	8	15,4
Interaction plus d'une fois avec le même intervenant ou professionnel de la santé (OUI)	25	44,6

Les autres contextes d'interaction ont été rapportés par des proportions plus faibles de participants, soit lors des ateliers en petit groupe ou sur un babillard ou un forum de discussion sur Internet (7,8 % respectivement) et finalement, lors d'un échange en direct avec un intervenant (3,9 %). En ce qui concerne la durée de la dernière interaction, un peu plus du tiers des participants a indiqué que celle-ci a duré entre 30 minutes et une heure (36,5 %). Un quart des participants a affirmé que l'interaction a duré entre 15 minutes et une demi-heure. Des proportions plus faibles de participants ont indiqué que l'interaction a duré plus d'une heure (15,4 %) ou, à l'opposé, moins de cinq minutes (5,8 %). La moyenne de la durée de la dernière interaction pour l'ensemble des participants est d'environ 30 minutes. En dernier lieu, plus de quatre participants sur dix ont

rapporté qu'ils ont interagi plus d'une fois avec ce même intervenant ou professionnel de la santé (44,6 %).

4.2.13 Évaluation de la dernière interaction par les participants

La section C du questionnaire en ligne (questions b) 1 à b) 4) demandait aux participants d'évaluer leur dernière interaction avec un intervenant ou un professionnel de la santé. Deux dimensions étaient évaluées et chacune comprenait des indicateurs de satisfaction de l'utilisateur par rapport à l'interaction, des indicateurs sous forme d'énoncés pour lesquels les participants devaient indiquer leur niveau d'accord de 1 (pas tout d'accord) à 5 (tout à fait en accord). La possibilité était également donnée aux répondants d'indiquer la valeur 6 (ne s'applique pas) aux énoncés jugés non pertinents à l'interaction. La dimension du contenu comprenait des indicateurs de satisfaction à propos de l'information donnée par l'intervenant durant l'interaction. La dimension de la relation mesurait la satisfaction de l'utilisateur à propos de la clarification des préoccupations par l'intervenant et son attitude, le sentiment de confort éprouvé par l'utilisateur durant l'interaction, son évaluation du type de relation avec l'intervenant et sa satisfaction globale par rapport à cette interaction. Le tableau 4.9 présente, en ordre décroissant, les moyennes des scores de 1 à 5 (pas du tout d'accord à tout à fait en accord) attribués par l'ensemble des participants en excluant la valeur 6 (ne s'applique pas). Toutes dimensions confondues, les trois scores moyens les plus élevés comprennent l'attitude d'écoute que l'intervenant a eue à l'égard de l'utilisateur (4,45), l'information obtenue qui était celle recherchée par l'utilisateur (4,39) et la satisfaction globale de l'utilisateur par rapport à la consultation (4,30). À l'opposé, les trois scores moyens les moins élevés concernent l'action de l'intervenant pour remettre en cause la croyance de l'utilisateur sur un sujet donné qui a eu comme conséquence une fermeture de l'utilisateur durant l'interaction à propos de l'information donnée (2,65), le fait que l'utilisateur a perçu l'intervenant comme un expert à propos de ses préoccupations et qu'il s'est senti inférieur à lui (2,95) et finalement au fait que l'intervenant a donné une information pour corriger une fausse croyance de l'utilisateur à propos d'un sujet donné (3,42). Le

tableau 4.9 présente, en ordre décroissant, les résultats des scores moyens cumulatifs pour toutes les dimensions mesurées

Tableau 4.9 Scores moyens aux indicateurs de satisfaction de l'utilisateur au sujet de l'interaction avec l'intervenant communautaire ou le professionnel de la santé

	\bar{X}
	N=46
Dimension 1 : contenu	
L'information transmise par l'intervenant durant la consultation :	
L'intervenant m'a transmis :	
Les informations que je recherchais	4,39
Des informations que j'ai pu comprendre facilement	4,36
Des informations nouvelles, que je ne connaissais pas	3,98
Dimension 2 : relation	
a) Clarification des préoccupations et attitude	
L'intervenant :	
a eu une attitude d'écoute à mon égard	4,45
m'a posé des questions pour bien comprendre mes préoccupations	4,33
s'est montré sensible à ce que j'éprouvais	4,24
b) Sentiments de confort durant l'interaction	
Je me suis senti à l'aise de parler :	
de mon orientation sexuelle	4,28
de mes préoccupations (en général)	4,21
du VIH/sida	4,20
des ITS en général	4,14
de mes prises de risques	3,84

Scores moyens sur 5 pour chacun des énoncés calculés à partir de l'échelle suivante : (1) Pas du tout en accord, (2) Plutôt en désaccord, (3) Ni en accord ni en désaccord, (4) Plutôt en accord et (5) Tout à fait en accord

Tableau 4.9 (suite) Scores moyens aux indicateurs de satisfaction de l'utilisateur au sujet de l'interaction avec l'intervenant communautaire ou le professionnel de la santé (suite)

Dimension 2 : relation	\bar{x}
c) Intervention sur les croyances durant l'interaction et rétroaction	N=46
L'intervenant :	
m'a donné des informations pour corriger une fausse croyance que j'avais à propos d'un sujet donné	3,42
a remis en cause ma croyance sur un sujet donné et je me suis ensuite fermé à cette information nouvelle qu'il m'a donnée	2,65
d) Type de relation :	
L'intervenant :	
m'a fait réfléchir	4,09
a su trouver les mots pour aborder les obstacles qui ont pu se produire durant notre échange	3,83
Durant cette consultation, j'ai eu l'impression :	
d'être partenaire en relation de collaboration avec l'intervenant afin d'atteindre mes objectifs	3,76
que l'intervenant était ouvert à discuter de la relation que nous avons établie entre nous	3,72
que l'intervenant était un expert sur le sujet touchant mes préoccupations et je me suis senti inférieur à lui	2,95
e) Satisfaction globale	
Globalement :	
Je suis satisfait de la consultation que j'ai eue avec l'intervenant	4,30
La consultation avec l'intervenant comprenait de bons conseils	4,27
La consultation avec l'intervenant m'a permis d'apprendre de nouvelles choses	3,96

Scores moyens sur 5 pour chacun des énoncés calculés à partir de l'échelle suivante : (1) Pas du tout en accord, (2) Plutôt en désaccord, (3) Ni en accord ni en désaccord, (4) Plutôt en accord et (5) Tout à fait en accord

Tableau 4.10 Scores moyens cumulatifs pour les dimensions contenu, relation et satisfaction globale

	\bar{X} N=46
1. Dimension 2 (relation) : clarification des préoccupations et attitude	4,34
2. Dimension 1 (contenu) : information transmise par l'intervenant durant la consultation	4,24
3. Satisfaction globale	4,17
4. Dimension 2 (relation) : sentiments de confort durant l'interaction	4,13
5. Dimension 2 (relation) : type de relation	3,08
6. Dimension 2 (relation) : intervention sur les croyances et rétroaction	3,04

Scores moyens sur 5 pour chacun des énoncés calculés à partir de l'échelle suivante : (1) Pas du tout en accord, (2) Plutôt en désaccord, (3) Ni en accord ni en désaccord, (4) Plutôt en accord et (5) Tout à fait en accord

Globalement, ce sont les énoncés concernant la clarification des préoccupations de l'utilisateur par l'intervenant et son attitude qui récoltent le score moyen cumulatif le plus élevé (4,34), suivi des énoncés sur l'information transmise par l'intervenant durant la consultation (4,24). Les scores moyens cumulatifs sont un peu moins élevés pour la satisfaction globale et les sentiments de confort de l'utilisateur pendant l'interaction (4,17 et 4,13, respectivement). Le type de relations et l'intervention sur les croyances et la rétroaction sont les dimensions mesurées qui affichent les scores moyens cumulatifs les moins élevés (3,08 et 3,04).

4.2.14 Action ou non à la suite de l'interaction

La section C du questionnaire (questions 4) a et 4) b) demandait aux participants d'indiquer si oui ou non une action a eu lieu à la suite de la dernière interaction avec un intervenant ou un professionnel de la santé. Dans l'affirmative, ils étaient invités à décrire brièvement cette action (26 participants ont décrit une ou plusieurs actions, voir les exemples ci-dessous). Dans le cas où un participant indiquait qu'il n'avait pas agi à la suite de l'interaction, on invitait celui-ci à

décrire les raisons (explications fournies par quatre participants). Le tableau 4.11 indique que les participants accordent un score moyen de 4,14 (sur l'échelle de 1 à 5) à l'énoncé suggérant une action à la suite de l'interaction et, à l'opposé, un score de 2,38 pour l'énoncé suggérant l'inaction.

Tableau 4.11 Action ou non à la suite de l'interaction avec l'intervenant communautaire ou le professionnel de la santé et exemples d'actions entreprises

	\bar{X}
	N=44
J'ai utilisé l'information ou les conseils donnés pour agir en lien avec mes préoccupations	4,14
Exemples d'actions mentionnées suite à l'interaction: faire plus attention aux risques, changer des comportements, dépistage, vaccination, voir un médecin ou un psychologue, poursuivre des réflexions entamées (affirmation de soi dans les relations sexuelles, relation de couple).	
Je n'ai pas agi ou je n'ai pu agir en lien avec mes préoccupations pour les raisons suivantes :	2,38
Exemples de raisons mentionnées pour ne pas avoir agi à la suite de l'interaction : d'autres événements ont empêché l'action, peur des préjugés, recherche de soi, mal de vivre, difficulté à obtenir l'information.	
Scores moyens sur 5 pour chacun des énoncés calculés à partir de l'échelle suivante : (1) Pas du tout en accord, (2) Plutôt en désaccord, (3) Ni en accord ni en désaccord, (4) Plutôt en accord et (5) Tout à fait en accord	

4.2.15 Les corrélations entre les indicateurs de satisfaction et l'action à la suite de l'interaction

Des analyses de corrélations statistiques (corrélations de Pearson) ont permis d'explorer les liens entre l'action et les indicateurs de satisfactions reliés à la dernière interaction. Le tableau 4.12 indique, en ordre décroissant de la puissance de la corrélation, les énoncés reliés à l'action à la suite de l'interaction avec l'intervenant ou le professionnel de la santé.

Tableau 4.12 Corrélations positives entre l'action et les indicateurs de satisfaction

	<i>r</i>	<i>p</i>
L'intervenant m'a transmis les informations que je recherchais	.557	0.0001
Durant cette consultation, j'ai eu l'impression d'être partenaire en relation de collaboration avec l'intervenant afin d'atteindre mes objectifs	.581	0.0001
La consultation avec l'intervenant comprenait de bons conseils	.585	0.0001
La consultation avec l'intervenant m'a permis d'apprendre de nouvelles choses	.517	0.001
Je suis satisfait de la consultation que j'ai eu avec l'intervenant	.503	0.001
L'intervenant s'est montré sensible à ce que j'éprouvais	.484	0.002
L'intervenant m'a posé des questions pour bien comprendre mes préoccupations	.440	0.004
L'intervenant a eu une attitude d'écoute à mon égard	.422	0.006
J'ai eu l'impression que l'intervenant était ouvert à discuter de la relation que nous avons établie entre nous	.373	0.013
L'intervenant a su trouver les mots pour aborder les obstacles qui ont pu se produire durant notre échange	.395	0.013
L'intervenant m'a transmis des informations nouvelles, que je ne connaissais pas	.404	0.016

Coefficient de signification (*r*) basé sur une corrélation bivariée de Pearson. Scores moyens sur 5 pour chacun des énoncés calculés à partir de l'échelle suivante : (1) Pas du tout en accord, (2) Plutôt en désaccord, (3) Ni en accord ni en désaccord, (4) Plutôt en accord et (5) Tout à fait en accord

Les trois énoncés dont les niveaux de corrélations à l'action sont les plus élevés ($p=0,0001$) sont ceux suggérant que l'intervenant a transmis l'information recherchée, que l'utilisateur a eu l'impression d'être partenaire en relation de collaboration avec l'intervenant afin d'atteindre ses objectifs et que la consultation comprenait de bons conseils. À l'opposé, les trois énoncés dont les niveaux de

corrélations à l'action sont les moins élevés sont liés à l'impression de la part de l'utilisateur que l'intervenant était ouvert à discuter de la relation établie entre eux, au fait que l'intervenant a su trouver les mots pour aborder les obstacles qui ont pu se produire durant l'échange et au fait que l'intervenant a transmis des informations nouvelles, que l'utilisateur ne connaissait pas. Le tableau 4.13 indique quant à lui les indicateurs de satisfaction qui sont, à l'opposé, en corrélation avec l'inaction. Ainsi, plus un utilisateur était d'accord avec l'énoncé suggérant qu'il a eu l'impression que l'intervenant était un expert sur le sujet touchant ses préoccupations et qu'il s'est senti inférieur à lui, plus il était susceptible de ne pas déclarer d'action à la suite de l'interaction. Le deuxième énoncé en corrélation avec l'inaction de l'utilisateur à la suite de l'interaction est celui suggérant le niveau d'aisance à parler de son orientation sexuelle avec l'intervenant.

Tableau 4.13 Corrélations négatives entre les indicateurs de satisfaction et l'action

	<i>r</i>	<i>p</i>
Durant cette consultation, j'ai eu l'impression que l'intervenant était un expert sur le sujet touchant mes préoccupations et je me suis senti inférieur à lui	-.416	0.039
Je me suis senti à l'aise de parler de mon orientation sexuelle	-.413	0.045

Coefficient de signification (*r*) basé sur une corrélation bivariée de Pearson. Scores moyens sur 5 pour chacun des énoncés calculés à partir de l'échelle suivante : (1) Pas du tout en accord, (2) Plutôt en désaccord, (3) Ni en accord ni en désaccord, (4) Plutôt en accord et (5) Tout à fait en accord

4.2.16 Aisance de l'utilisateur à parler de la santé sexuelle en face à face et importance de l'anonymat que procure Internet

En dernier lieu, la section C (question f), offrait aux participants la possibilité de donner leur opinion sur une situation hypothétique qui pourrait survenir au cours des six prochains mois. Les trois énoncés cherchaient à situer les écarts entre l'aisance à parler de toutes ses préoccupations en face à face ou en ligne avec l'intervenant et l'importance de l'anonymat que procure Internet pour la recherche d'information sur des sujets liés à la santé sexuelle (la sexualité, le VIH/sida et les

autres infections transmises sexuellement, la prise de risques). Le tableau 4.14 indique, en ordre décroissant, la proportion des participants de l'échantillon global (le nombre de participants est inférieur à 277 en raison des abandons durant la passation) qui se sont prononcé plutôt ou tout à fait en accord avec les trois énoncés (sur une échelle de 1 à 5, en excluant la valeur 6 « ne s'applique pas »). L'énoncé suggérant que l'utilisateur serait à l'aise de parler de toutes ses préoccupations au sujet de la santé sexuelle en face à face recueille le niveau d'accord le plus élevé avec 73,2 %.

Tableau 4.14 Importance de l'anonymat que procure Internet pour l'utilisateur

	N	Plutôt ou tout à fait en accord
<i>Au cours des six prochains mois, s'il m'arrivait d'avoir besoin de trouver de l'information ou de parler d'un sujet lié à la santé sexuelle (par exemple : la sexualité, le VIH/sida et les autres infections transmises sexuellement, la prise de risques) :</i>		
Je chercherai de l'information sur certains sujets sous le couvert de l'anonymat que procure Internet	194	68,3
Je serai à l'aise de parler de toutes mes préoccupations avec un intervenant lors d'une rencontre en face à face	186	73,2
Étant donné l'anonymat que procure Internet, je parlerai de certains sujets avec un intervenant lors d'un échange en ligne	186	64,5

1. Valeurs 3 et 4 regroupées et pourcentage calculé à partir de l'échelle suivante : (1) Pas du tout en accord, (2) plutôt en désaccord, (3) Ni en accord ni en désaccord, (4) Plutôt en accord et (5) Tout à fait en accord.

Près des deux tiers des participants accordent des niveaux d'accord élevés aux énoncés suggérant l'importance de l'anonymat que procure Internet soit pour la recherche d'information sur la santé sexuelle ou pour parler de certains sujets avec un intervenant lors d'un échange en ligne (68,3 % et 64,5 %, respectivement).

4.3 Résultats de l'analyse des entretiens semi-dirigés avec les hommes gais ou bisexuels

Cette section présente les résultats de l'analyse des entretiens semi-dirigés avec les 11 hommes gais ou bisexuels rencontrés pour cette recherche. La section 4.3.1 présente le profil général des personnes rencontrées. Les sections 4.3.2 à 4.3.9 présentent les résultats des analyses de contenu pour chacune des grandes catégories de la grille d'analyse (voir appendices G et H). Les sections 4.3.1 à 4.3.4 présentent les préoccupations des participants en matière de santé dans deux dimensions c'est-à-dire la santé physique, la santé mentale et les habitudes de vie et les relations interpersonnelles et sociales. La section 4.3.5 décrit les besoins ressentis par ceux-ci d'obtenir de l'information ou des conseils et les principales sources d'informations qu'ils ont utilisées. La section 4.3.6 présente les organismes communautaires consultés en général et les sujets discutés durant les interactions. La section 4.3.7 expose les circonstances dans lesquelles les hommes rencontrés ont été amenés à interagir ou non avec un intervenant d'Action Séro Zéro. La section 4.3.8 présente les propos recueillis au sujet de l'organisme et de ses programmes ou activités. Finalement, la section 4.3.9 présente l'analyse des propos des hommes rencontrés au sujet des défis actuels autour de la prévention des ITSS et du VIH/sida de même que d'autres préoccupations en matière de santé.

4.3.1 Le profil général des hommes rencontrés

Parmi les 10 hommes rencontrés en entretiens individuels, tous sont résidents de la ville de Montréal ou des banlieues. L'âge des participants varie de 19 à 55 ans (moyenne de 38,7 ans). Deux d'entre eux sont des personnes vivant avec le VIH/sida. Parmi les cinq hommes qui ont déjà interagi avec un intervenant d'Action Séro Zéro, trois l'ont fait en face à face à l'occasion de plusieurs services offerts: ateliers de discussion en petit groupe, centre de soir pour les travailleurs du sexe et clinique de dépistage offerte dans un bar. Deux participants ont interagi en ligne avec un intervenant dans le salon de clavardage offert par Priape. Cinq hommes n'ont jamais interagi avec un intervenant de l'organisme. Toutefois,

parmi ces derniers, quatre ont déjà consulté d'autres organismes communautaires comme Projet 10, Gai écoute, des refuges offrant un endroit pour dormir ou des banques alimentaires.

Le tableau suivant présente quelques caractéristiques du profil des participants.

Tableau 4.15 Profil des hommes rencontrés

Participant (nom fictif)	Âge	Orientation sexuelle	Consulté Action Séro Zéro	Programme ou service consulté
1. Paul	51	Bisexuel	oui	Information sur les ITSS (rencontre d'un intervenant dans les bureaux de l'organisme)
2. Ghislain	52	Gai	oui	Interaction en ligne
3. Éric	35	Gai	oui	Consultation en ligne et clinique de dépistage dans les bars
4. François	29	Hétérosexuel	oui	Centre de soir pour les travailleurs du sexe
5. Gilles	52	Gai	oui	Ateliers de discussions
6. Yvan	55	Gai	non	--
7. Simon	19	Gai	non	--
8. Sylvain	38	Gai	non	--
9. Claude	35	Gai	non	--
10. Tom	19	Gai	non	--

4.3.2 Les préoccupations en matière de santé parmi les participants

Afin de faciliter l'interprétation et la discussion à propos des données quantitatives et qualitatives au chapitre V, cette section présente d'abord les préoccupations en matière de santé rapportées durant les entretiens, et ce, de la même manière que dans la présentation des résultats du questionnaire (section A), c'est-à-dire selon deux grandes dimensions soit les préoccupations en matière de

santé physique, de santé mentale ou d'habitudes de vie (section 4.2.1.1) et les préoccupations en matière de relations avec les autres (4.2.1.2)³². Par ailleurs, afin de déterminer l'importance relative des préoccupations, celles les plus rapportées sont d'abord exposées, suivies de celles les moins rapportées.

4.3.3 Santé physique, santé mentale et habitudes de vie

Lorsqu'invités à parler de leurs préoccupations en matière de santé actuelles ou passées, les hommes rencontrés ont d'abord rapporté le processus de sortie ou *coming out*, les ITSS et la prise de risques sexuels. D'autres préoccupations sont moins communes à tous les participants, c'est-à-dire la dépression, la consommation problématique de drogues, les idéations ou tentatives suicidaires, l'image corporelle, les troubles de l'alimentation, le niveau de stress élevé ou l'anxiété, la solitude ou l'isolement et la dépendance à Internet.

Le processus de sortie est une préoccupation partagée par plusieurs participants. Les hommes rencontrés ont raconté les étapes jusqu'à l'annonce de l'orientation sexuelle dans leur entourage et comment cela s'est déroulé par la suite.

Tu te demandes : pourquoi moi je suis attiré vers les gars ? Tu dois essayer de comprendre le sentiment. [...] C'est comme un gros nuage, c'est compliqué dans le sens où l'attraction, démystifier tout ça, c'est quelque chose de vraiment compliqué, c'est un parcours en soi.

Simon, 19 ans (P7, par. 230)³³

Comme le montrent les deux exemples ci-dessous, pour la majorité des hommes rencontrés, ce processus et l'annonce de l'orientation sexuelle dans l'entourage s'est bien déroulé, même, dans un cas, à travers un mariage hétérosexuel.

Cela s'est fait au téléphone. Ma mère m'a dit : tu me parles beaucoup de (monsieur), est-ce que c'est ton petit ami ? J'ai répondu oui. J'ai eu des

³² Étant donné que les entretiens ont permis de dégager les parcours individuels en matière de santé, les préoccupations rapportées ne se limitent pas à la dernière année comme c'est le cas pour le questionnaire.

³³ La lettre P suivie d'un numéro désigne le numéro du participant (voir tableau 4.15). On indique également le numéro du paragraphe correspondant dans la transcription de l'entretien.

échos après, mais ça n'a pas été... Je n'ai pas eu de négatif face à cela. J'ai senti un inconfort mais pas de rejet.

Sylvain, 38 ans (P8, par. 36)

Je suis une personne qui est gaie et qui s'avoue ouvertement gaie, j'ai deux enfants et toute ma famille y compris mon épouse savent que je suis gai et même avant mon mariage.

Yvan, 55 ans (P6, par. 3)

À l'opposé, un autre participant raconte comment son processus d'acceptation et l'annonce aux parents ont été beaucoup plus difficiles.

Ils ne savaient pas [les parents]! Tout était caché... Je rencontre ce gars-là, puis là je ne le prends pas, je fais une tentative de suicide, le fait que j'étais gai, je ne le prenais pas... Le gars m'avait laissé et c'était la fin du monde. Et c'est à ce moment-là que je l'ai dit à mes parents, alors que j'étais à l'hôpital. Suite à cela, mes parents venaient me voir puis m'ont dit : t'es gai alors on a changé les serrures de portes et puis maintenant t'es dehors! Ils m'ont foutu à la porte!...

Éric, 35 ans (P3, par. 6)

Plusieurs hommes rencontrés sont préoccupés par les ITSS. Ils ont rapporté par exemple des inquiétudes quant aux niveaux de risques associées aux pratiques sexuelles ou aux rapports avec des personnes séropositives.

Moi, si je rencontre quelqu'un, je suis actif, je fais des choses, je me demandais qu'est-ce qui est dangereux et qu'est-ce qui ne l'est pas, est-ce vrai que c'est comme ci, comme ça ? [...] La fellation avec un condom, il y en a pour qui c'est vraiment, non! Il paraît que c'est dangereux mais c'est un risque faible. Il faut vraiment qu'il y ait sperme et sang, il faut qu'il y ait un contact des deux!

À ce moment, je connaissais des gens qui l'ont [le VIH], puis il y a en a qui m'attirait quand même, puis lui aussi, puis lui il avait déjà eu un *chum* puis il avait vécu bien des années avec... Alors je me disais que c'est peut-être possible de fréquenter un gars qui l'a [le VIH] quand même. Malgré que je l'aie embrassé, je ne pense pas que c'est... Mais j'avais un peu peur quand même.

Ghislain, 52 ans (P2, par. 208)

Des hommes ont également mentionné comment la prise de risques sexuels a été une préoccupation pour eux, à des niveaux différents d'intensité.

C'est quelque chose qui me préoccupe beaucoup, j'ai eu des relations [avec un risque élevé] et je ne me suis pas fait tester encore, puis je devrais sûrement le faire, logiquement je devrais faire cela.

Simon, 19 ans (P7, par. 124)

J'ai changé assez souvent de partenaire pendant un bout de temps, sans protection... Cela m'inquiétait un peu.

Paul, 51 ans (P1, par. 7)

C'était vraiment une crainte car j'avais un *chum*, j'avais eu des pratiques à risque, je ne voulais pas nécessairement le dire puis tout ça.

Éric, 35 ans (P3, par. 84)

Parmi les préoccupations moins mentionnées par les participants, on retrouve l'image corporelle et les troubles de l'alimentation. Un homme raconte cependant comment une insatisfaction par rapport à son poids l'a conduit à des comportements alimentaires nuisibles pour sa santé.

Le [dernier] épisode que j'ai fait [d'anorexie], c'est à cause de (nom du partenaire) puis je ne me sentais pas bien [...]. Là je commence à me détacher de (nom du partenaire), alors je recommence à manger un peu plus. Ces épisodes que j'ai, ces tendances, on est encore au désir de paraître... Parce que dans le fond, j'ai peur d'engraisser.

Simon, 19 ans (P7, par. 192)

4.3.4 Les relations interpersonnelles et sociales

Parmi les préoccupations en matière de santé comprises dans relations interpersonnelles et sociales, les ruptures amoureuses sont les plus communes parmi les participants rencontrés.

J'ai rencontré un gars qui s'appelait (nom) et puis j'ai eu une relation de trois mois, c'était bien intense, je suis vraiment tombé en amour puis c'est lui qui m'a quitté... Et là je ne l'ai pas pris; cela a été la grande crise chez moi...

Éric, 35 ans (P3, par. 16)

Cette année-là était difficile... Pas tant de me permettre d'aller voir dans la communauté gaie qui a été difficile, autant que cesser ma relation avec (ma femme) qui était pour moi une relation de très grande qualité.

Sylvain, 38 ans (P8, par. 32)

Quand t'es en fin de relation, tout le monde passe par là, t'es tout seul... Bien oui, c'est ça! Arrange-toi, t'es pas mort, tu vas trouver quelqu'un d'autre... Là tu vois je suis avec quelqu'un puis on est en fin de relation. J'ai essayé moi d'y mettre fin et là moi je suis confronté à l'autre côté, c'est épouvantable.

Éric, 35 ans (P3, par. 234)

Les expériences d'homophobie ou d'autres types de discrimination sont parmi les autres préoccupations les plus rapportées par les hommes rencontrés, dans la dimension « relations interpersonnelles et sociales ». Un homme gai raconte l'opinion de ses parents au sujet de l'homosexualité.

Plus jeune j'étais du genre timide, plus réservé, puis pour mes parents le fait d'être gai, c'était bien épouvantable, ils voyaient des gais à la télévision; c'est épouvantable, des tapettes!

Éric, 35 ans (P7, par. 6)

Un homme séropositif raconte comment il a parfois rencontré des difficultés avec son entourage.

C'est très dur à vivre, qu'on prenne les draps d'un lit double qu'on sait qu'ils font parfaitement sur le lit d'un autre, mais qu'on refuse que ces draps-là aillent sur un autre lit que dans cette chambre-là où toi tu couches... Qu'on passe en arrière de toi après avoir été aux toilettes puis qu'on nettoie le siège à la grandeur puis le bain puis tout.

Yvan, 55 ans (P6, par. 89)

Un travailleur du sexe ayant traversé des épisodes de toxicomanie raconte comment il a fréquemment rencontré des problèmes avec le système de santé et les forces policières.

Il me traitait comme un *junkie* : t'as un problème de drogues, on va évaluer ton dossier. J'ai été maltraité à cause de ma consommation puis à cause que j'étais dans la rue. Je n'étais pas comme une personne normale pour eux autres, je suis à côté, à part!...

À cause du comportement que j'avais envers eux et le fait que je travaillais sur la rue, bien ils m'ont reconnu puis là ils me poussaient à bout puis voulaient m'accuser et m'arrêter.

François, 29 ans (P4, par. 52)

4.3.5 Les besoins ressentis d'obtenir de l'information ou des conseils et les principales sources d'information

Plusieurs hommes rencontrés ont décrit un moment où un besoin d'obtenir de l'information ou des conseils s'est manifesté. Parmi les sources d'information mentionnées, Internet et les médecins sont les deux principales.

Un homme raconte que son besoin de s'informer résulte d'épisodes de prises de risques sexuels ou de préoccupations à propos du VIH et qu'Internet a été sa principale source d'information.

C'est quand j'ai commencé à m'informer, bon j'avais des rapports non protégés, je me suis informé sur ça [sur Internet] et j'ai commencé à lire sur le *barebacking*³⁴, sur les risques et tout.

Je peux être séropositif sans avoir de symptômes, pendant des années, puis au fond de moi ça me préoccupe un peu, donc je voulais savoir, m'informer sur les données. J'avais appris des choses théoriques mais je voulais savoir plus au niveau humain, au niveau population.

Simon, 19 ans (P7, par.196)

Un homme explique que pour lui, Internet est une source d'information qui peut lui permettre de trouver des renseignements précis et d'éviter d'être embarrassé en posant la question à quelqu'un en personne.

³⁴ Le terme origine du sport équestre et désigne la « chevauchée à cru » (sans selle). Repris dans le contexte de la sexualité, le terme désigne les comportements à risque élevé de transmission du VIH et des autres ITSS et non protégés par le condom.

Autant j'aimerais cela avoir quelqu'un en face à face pour parler de ces sujets-là, par exemple les ITS, j'ai l'impression que ce serait plus facile par Internet. J'ai peut-être encore une petite gêne avec ça mais... Peut-être je suis d'une autre génération. Moi, je trouve, l'avantage d'Internet ce serait cela, si j'ai des recherches bien pointues à aller faire, cela me gênerait peut-être moins que de les poser à quelqu'un... Même si j'avais bien confiance en quelqu'un, je n'aurai peut-être pas le jugement porté si je la pose sur Internet.

Ghislain, 52 ans (P2, par. 108)

Un autre homme, professionnel de la santé, raconte comment Internet est une source d'information fiable pour lui en complément aux informations obtenues auprès du médecin.

Si j'ai quelque chose, je vais aller voir pour moi, on parle de pathologies, de voir toutes les complications, je vais aller chercher des informations complémentaires car mes livres sont périmés et ça va très vite ! Si on m'informe que j'ai telle ou telle maladie, je vais prendre ce que le médecin va dire et je vais aller chercher d'autres informations puis oui, je serai porté à dire : Mais crois-tu que cela peut arriver vraiment ? As-tu des cas ? Est-ce que cela arrive souvent que ?

Claude, 35 ans (P9, par. 122)

Un homme séropositif raconte que son médecin est sa source d'information principale et qu'il a des réserves par rapport à Internet.

Il ne faut pas faire confiance à tout ce qu'il y a sur Internet. Ça vaut la peine d'être retenu, ça vaut la peine d'être étudié en profondeur mais en collaboration avec le médecin [...]. Il peut y avoir des bonnes choses sur Internet. Mais il peut y avoir aussi des choses qui sont contraires à la médication, contraire à un état de santé.

Yvan, 55 ans (P6, par. 85)

4.3.6 Les organismes communautaires consultés en général et les sujets discutés durant les interactions

Parmi les hommes rencontrés, quatre ont déjà consulté des organismes communautaires autres qu'Action Séro Zéro³⁵ pour des motifs variés. Deux hommes racontent qu'ils ont consulté un organisme pour jeunes hommes gais qui

³⁵ L'utilisation des services d'Action Séro Zéro est abordée dans la section suivante

organisait des groupes de discussion et des rencontres individuelles pour aider les gens à cheminer dans le processus d'acceptation de leur orientation sexuelle.

J'étais vraiment dans une perspective de négation, j'allais là pour tâter le pouls un peu, voir si cela se pouvait.

Éric, 35 ans (P3, par. 86)

On avait discuté de comment on peut vivre le *coming out*. Je me souviens que je suis allé plus qu'une fois, car j'avais certaines inquiétudes, je n'étais pas prêt à répondre à toutes mes questions par rapport à ça, comment en être sûr à 100 %.

Tom, 19 ans (P10, par. 31)

Ce même participant explique qu'il a téléphoné à une ligne d'écoute pour s'informer sur les questions de genres.

Oui, c'était pour moi, pour savoir jusqu'à quel point on peut se situer par rapport à son sexe. Je ne me sens pas femme là, je me sens plutôt masculin que féminin mais j'ai quand même une sensibilité. Donc je me posais des questions par rapport à cela puis j'ai aussi un intérêt pour le sujet, je voulais avoir des lectures. Je connais des transsexuels alors j'avais quand même un intérêt.

Tom, 19 ans (P10, par. 224)

Un homme raconte comment il cherchait de l'aide dans la période où il venait de révéler son orientation sexuelle à son épouse et à ses enfants.

Au moment où c'est arrivé, moi je ne savais pas quel bord prendre, je me disais : « Les enfants ne me parlent plus, c'est quoi, est-ce que c'est correct, est-ce que je les laisse faire, est-ce que je serais mieux d'essayer de communiquer avec eux ?... » J'ai téléphoné à trois ou quatre places.

Ghislain, 52 ans (P2, par. 170)

Un travailleur du sexe raconte comment certains organismes offrent de la nourriture et du soutien mais que certains ont des critères d'admission.

[nom], un organisme avec des intervenants puis tu peux aller manger là, il y a aussi un café, des rencontres. Il y a [nom] mais je suis trop vieux, le

dimanche seulement je peux y aller. Là on mange, on nous donne des conseils, des bonnes affaires. Il y a aussi [nom], le nouveau local, c'est bien ça.

François, 29 ans (P4, par. 78)

4.3.7 Les circonstances ayant amenées les hommes à interagir ou non avec un intervenant d'Action Séro Zéro

Les entretiens avec les hommes gais et bisexuels rencontrés nous éclairent sur les circonstances qui peuvent les amener à interagir ou non avec un intervenant d'Action Séro Zéro. Parmi les raisons qui ont motivé les hommes rencontrés à interagir avec des intervenants de l'organisme, des participants ont mentionné le besoin d'obtenir de l'information ou des conseils sur les ITSS ou le VIH/sida. D'autres participants ont mentionné le besoin de rencontrer d'autres hommes gais ou d'obtenir de l'aide dans une situation difficile (par exemple, relation de couple difficile, pratique à risque et toxicomanie).

Après une certaine peine d'amour, j'ai changé assez souvent de partenaire pendant un bout de temps, sans protection... Cela m'inquiétait un peu. Je suis allé voir un intervenant de l'organisme Séro Zéro. Il m'avait beaucoup conseillé d'aller voir un médecin pour suivre un test de dépistage.

Paul, 51 ans (P1, par. 12)

Un homme a consulté un intervenant en ligne sur le site de Priape pour les mêmes raisons :

J'ai souvent posé des questions (à un intervenant en ligne de Séro Zéro (quatre fois pendant une année) sur les maladies vénériennes au début car il y en avait qui disait : « Oh! Tu attrapes cela rien qu'à embrasser! » Je voulais savoir si moi je rencontre quelqu'un, je suis actif, je fais des choses, je me demandais qu'est-ce qui est dangereux et qu'est-ce qui ne l'est pas, est-ce vrai que c'est comme ci, comme ça ?

Ghislain, 52 ans (P2, par. 320)

Un autre participant a consulté à deux occasions un intervenant en ligne, également sur Priape.

Sur Priape, cela disait : un intervenant de Séro Zéro est présent... Je crois que j'avais parlé une fois d'une relation qui était plus difficile, dans le temps d'une rupture absolument épouvantable et l'autre fois d'une pratique à risque.

Éric, 35 ans (P3, par. 120)

Un participant mentionne comment il avait besoin d'être rassuré par l'intervenant en ligne à la suite d'une possible prise de risque et avant d'aller passer un test de dépistage. Le même participant explique comment l'anonymat que lui a procuré Internet était important pour lui.

Je me demandais si j'avais pris des risques avec (mon *chum*), j'avais été en contact avec son sperme, puis on n'avait pas encore passé le test. Je suis allé passer un test puis tout était correct, je m'étais inquiété absolument pour rien.

Sur MSN³⁶, j'étais un peu gêné, puis je me suis dit : C'est sur MSN, la personne ne te voit pas, ce n'est pas si pire, on peut donc essayer d'avoir des sujets et d'en parler.

Donc c'est important pour toi l'anonymat ?

À ce moment-là, je ne me serais pas vu en train de parler de cela avec quelqu'un devant moi. Je trouvais que c'était quand même plutôt intime.

Tom, 19 ans (P10, par. 128)

Un participant décrit les raisons qui l'a conduit à participer à plusieurs ateliers de discussion en petits groupes (par exemple : Estime et affirmation de soi, les relations avec les autres) offerts par Action Séro Zéro :

Cela me permettait de rencontrer d'autres gens; j'ai été isolé pendant plusieurs années, de mon plein gré, j'avais une crise personnelle à passer, c'était volontaire mais là il était temps que je recommence à essayer d'entrer un peu dans le réseau.

Gilles, 52 ans (P5, par. 23)

Un participant décrit comment il a été amené à communiquer avec plusieurs intervenants de l'organisme (équipe travail du sexe).

³⁶ Logiciel de messagerie instantanée.

Quand je travaillais sur la rue Champlain, j'avais des clients « comme on dit »... Ils étaient [les intervenants] sur la rue Maisonneuve, puis j'ai commencé à les connaître là. Beaucoup de rencontres avec eux pour savoir c'est quoi le milieu. Dès le départ, j'ai demandé de l'aide pour aller en thérapie, pour me trouver une place en « détox » pour me reposer.

François, 29 ans (P4, par. 9)

Quant aux hommes qui n'ont jamais interagi avec Action Séro Zéro, certains fournissent des explications en rapport avec leur manque de connaissances sur les organismes communautaires en général, au besoin non ressenti de faire appel à leurs services ou bien au fait que ceux-ci ne correspondent pas à leurs préférences personnelles.

Je pense que le fait que je ne les utilise pas, c'est peut-être parce que justement, je ne connais pas bien leurs services ou ce que je connais de leurs services s'applique plus à la santé mentale qu'à la santé physique [...]. C'est un peu un cercle vicieux dans le sens où lorsqu'on ne pense pas avoir besoin de quoi que ce soit, on ne regarde pas vraiment et parce qu'on ne regarde pas vraiment, on ne sait pas ce qui existe. Oui, effectivement, je suis quelqu'un d'assez assidu dans la lecture du *Fugues*, mais je ne connais pas vraiment les ressources.

Sylvain, 38 ans (P7, par. 63)

L'atelier sur l'estime de soi, quand j'étais plus jeune, ça m'intéressait, puis finalement je n'ai jamais embarqué, parce que les ateliers de groupes, ça ne me tente pas... Une gang, puis mon estime, puis « gnagnagna ».

Claude, 35ans (P9, par. 172)

4.3.8 Les propos au sujet de l'organisme et de ses programmes ou activités

Parmi les hommes qui connaissent Action Séro Zéro ou ont déjà utilisé leurs programmes ou activités, les propos au sujet de l'organisme sont tous favorables. Un homme raconte pourquoi il a préféré consulter cet organisme plutôt que son médecin et comment il a été satisfait de l'accueil et du service offert par un intervenant pour des conseils au sujet du dépistage.

Je savais d'avance que cet organisme-là s'occupait des personnes comme moi qui sont bisexuelles ou gaies et ça m'intéressait davantage d'avoir leur

point de vue à eux que d'aller directement au médecin [...]. Il m'a même dit que si j'ai besoin de quoi que ce soit d'autre, de revenir le voir et que je serai toujours le bienvenue!

Paul, 51 ans (P1, par. 101)

Un homme témoigne qu'il a été agréablement surpris et satisfait d'un service de dépistage offert par l'organisme dans un bar du Village. Ce même homme avait d'ailleurs constaté la difficulté d'obtenir un rendez-vous pour un test de dépistage dans un organisme de santé publique.

À un moment donné, j'ai fait une plainte à (nom du service public) parce qu'il n'y avait plus moyen d'avoir un rendez-vous pour un test de dépistage [...]. Puis la dernière fois c'était au (nom du bar) et vraiment c'est une très très bonne idée. C'est certain qu'au (nom du bar), tu prends quelques verres (rires) et tu n'es pas nécessairement prêt à passer un test du VIH puis des MTS, mais au moins là c'est fait !

Éric, 35 ans (P3, par. 100)

Un homme raconte qu'il a été satisfait de son interaction avec un intervenant à l'aide de MSN. Il émet également son opinion sur les avantages des rencontres en ligne ou en face à face.

La personne avec laquelle j'ai communiqué m'a rendu à l'aise, les informations étaient claires, il y avait beaucoup d'exemples, c'était quelqu'un qui étudiait en sexologie ou un sexologue, donc qui avait déjà une bonne connaissance; c'est quelqu'un qui a pris son temps...

Le face à face, ce qu'il y a d'intéressant, tu peux prendre ton temps, discuter avec la personne, il peut y avoir des livres ou cassettes que la personne peut te prêter, que tu ne peux pas avoir par Internet. La personne peut aussi t'emmener sur Internet pour te montrer autre chose... Il y a quand même des avantages pour les deux. Dépendamment du temps que tu as devant toi, l'intérêt que tu portes ou les questions que tu te poses, si tu ne sais pas comment faire ton *coming out* puis que tu as besoin de faire beaucoup de lectures et tout ça, tu veux vraiment avoir une rencontre avec quelqu'un qui va te guider, je crois que c'est mieux face à face.

Tom, 19 ans. (P10, par. 124)

Un homme raconte comment sa participation aux ateliers de discussion en petits groupes a été bénéfique pour lui, notamment pour briser son isolement et réfléchir sur plusieurs aspects de sa vie.

Cela m'a permis de sortir de ma petite coquille, ma bulle que je m'étais faite où j'avais l'impression de devenir fou mais je ne l'étais pas tant que ça; ce côté a été positif [...] Rencontrer du monde, recommencer à aller dans les bars, cela ne m'intéressait pas... Les autres côtés positifs, c'est certainement une prise de conscience de certains aspects de ma personnalité, on avait des lectures à faire si on voulait, moi j'ai trouvé cela très pertinent car cela permet aussi de réfléchir en dehors du contexte des ateliers.

Gilles, 52 ans (P5, par. 68)

Un travailleur du sexe explique qu'un sentiment d'aisance s'est développé avec les intervenants et qu'il apprécie leur approche et le soutien qu'il leur a apporté durant plusieurs périodes de crises. Il souligne également comment il apprécie le travail commun de l'équipe et la stabilité du personnel.

Je suis plus à l'aise avec du monde que je connais, comme Séro Zéro, ça fait un bon bout de temps que les connais, je suis à l'aise de leur parler [...] J'ai parlé avec les intervenants puis ils m'ont dit que l'approche c'est toi qui décides dans ta vie. [...] J'ai même eu des tendances suicidaires et c'est pour ça que je suis content d'avoir rencontré Séro Zéro... J'ai eu beaucoup de chagrin [en apprenant que j'ai le VIH] mais ils m'ont conseillé, ils m'ont apporté beaucoup d'aide là-dessus. C'est tellement une belle famille cette équipe-là ! Ce qui est le fun aussi, c'est que ces intervenants-là vont rester !

François, 29 ans (P4, par. 118)

4.3.9 Les propos au sujet des défis actuels autour de la prévention des ITSS et du VIH/sida et des autres préoccupations en matière de santé.

Au cours des entretiens, un des sujets abordés était les défis actuels autour de la prévention. Un homme explique sa vision de l'évolution des comportements préventifs par rapport au VIH et les liens avec les perceptions de la gravité de la maladie, notamment parmi les plus jeunes et la visibilité des personnes séropositives.

Je ne sais pas si cela a eu un impact, si les jeunes de 20-21 ans qui n'ont jamais vu l'époque du sida mourant. En 1982, 1985, les gens mouraient un après l'autre, ce n'était pas beau. Puis là, parfois tu en vois sur la rue, tu te dis : « Lui, il l'a, ok », puis après tu entends : « Lui, il l'a ». Tu réponds que « tu serais surpris des gens qui l'ont! », car cela ne paraît pas ! Puis cette époque, les jeunes, la génération Y, je pense qu'ils ont changé complètement, ils ne voient pas du tout cela de la même manière, la protection a changé. La génération X, quand même, on se protège et tout ça, mais les jeunes beaucoup moins.

Éric, 35 ans (P3, par. 218)

Un autre homme, qui a lui aussi vécu les premières années de la maladie, ne partage pas l'opinion que la maladie est moins grave qu'avant mais constate également le relâchement des pratiques sexuelles plus sécuritaires. À son avis, il y a un problème en matière de messages de prévention. Il explique également que sa perception de la gravité de la maladie est liée au fait que plusieurs de ses amis ont contracté le virus au cours des dernières années. Il donne son avis sur les causes du relâchement et déplore également la moins grande présence des campagnes de prévention aujourd'hui.

On voyait des visages émaciés, des sarcomes... C'est quelque chose de toujours présent pour moi... J'ai toujours fait attention, j'ai toujours eu peur en même temps, on ne sait jamais... Je constate le relâchement partout... Au sauna, il n'y a pas trop de protection, je trouve cela incroyable... Je ne comprends pas, il y a comme un message qui ne passe pas quelque part.

J'ai deux amis qui ont contracté le VIH au cours des dernières années. Je trouve cela bien dommage. Je ne crois pas que le relâchement est relié aux thérapies plus efficaces... C'est selon moi plutôt que les gens ne voient pas les conséquences de la maladie à long terme [...]. Dans les années 80 et 90, il y avait des campagnes ici et ailleurs, il me semble que c'était plus publicisé [...]. Il y a avait des images qui marquent [le sarcome]. Ce sont des choses qu'on ne voit plus aujourd'hui.

Claude, 35 ans (P9, par. 208)

Un homme raconte sa vision de l'évolution des perceptions du VIH, d'une maladie mortelle qui engendrait autrefois la peur à une maladie parmi d'autres et souligne que ce sentiment est à son avis trompeur, selon son expérience en tant que personne séropositive.

Maintenant, ce n'est plus la peur, on ne va pas chercher la peur, on va chercher la science. On dit maintenant : « Regarde, on peut vivre longtemps avec ça! C'est des médicaments et on n'en meurt plus nécessairement! On peut mourir à peu près de 50 maladies, mis à part du VIH! [...]. Finalement, t'as pas mal plus de chances de mourir d'à peu près n'importe quoi sauf du sida. C'est de l'abus de confiance!

Yvan, 55 ans (P6, par. 62)

Un des hommes rencontrés donne son opinion sur l'origine des prises de risque élevées intentionnelles (*barebacking*) parmi les hommes gais, notamment les jeunes et les modèles auxquels ils sont exposés à travers la pornographie et le désir de vivre le moment présent.

Les rôles modélisant des jeunes, les films pornos, c'est du *bareback*. [Tu crois que la pornographie a une influence sur les comportements?] Oui, je pense qu'il peut y avoir un impact à ce niveau-là... Puis, vivre le moment présent, *bing bang* c'est le *fun* puis pas de condoms, ça se fait très rapidement!

Éric, 35 ans (P3, par. 197)

Le même participant donne son opinion sur les associations qui sont faites entre les personnes qui consomment des drogues et les prises de risques, notamment par les jeunes.

Il y a une gang qui dérange, oui, qui est souvent je crois, je me demande si ce n'est pas lié au visage, c'est des gens « tripeux »... Usage de drogues,

disons tout ça, et ils se foutent un peu de cela... Et je pense que cela augmente de plus en plus chez les jeunes.

Éric, 35 ans (P3, par. 200)

Un homme explique que selon lui, parmi les personnes qui ont des valeurs très individualistes, il y a un danger réel que certains individus aient des intentions malveillantes par rapport à leur statut de personne séropositive.

Étant donné qu'il n'y a plus de valeurs en arrière, il a peut-être l'esprit de vengeance. Ah! oui, on m'a donné ça! Ben il y en a qui vont payer pour! Dans les saunas, ce monsieur est hyper dangereux! Lui il n'en portera pas de condom, il a l'intention de se venger, puis il a l'intention de faire payer la société avant de partir. [Vous pensez qu'il y a des gens comme ça ?] Ah! oui c'est définitif, je suis certain qu'il y en a!

Yvan, 55 ans (P6, par. 70)

Le même participant donne son opinion sur les stratégies de prévention pour les personnes séropositives.

La prévention n'est plus dans le port du condom, elle est dans la mise en garde du conjoint qu'on va rencontrer, ce n'est plus le condom qui nous protège, c'est de savoir qui on va rencontrer puis quelles sont les conditions.

Yvan, 55 ans (P6, par. 72)

Un homme qui a utilisé un forum de discussion sur le *barebacking* offert par Action Séro Zéro estime que ce moyen est utile et pertinent pour favoriser les discussions sur le sujet.

J'avais vu un carton d'information [sur le *barebacking*] et je voulais passer mon commentaire... C'est intéressant un forum sur un sujet comme ça.

Sylvain, 38 ans (P8, par. 83)

Le même participant souligne toutefois que selon lui les campagnes de prévention sont à revoir, par exemple en reproduisant des formats déjà utilisés par l'organisme dans le passé.

On ne fait plus attention aux messages car les affiches sont ennuyeuses. Il n'y a rien qui a attiré mon intérêt depuis des années par rapport au VIH. [...] J'ai déjà vu des feuillets de Séro Zéro, comme des espèces de bandes

dessinées ou des romans photos dans les bars puis ça parlait des MTS... C'est différent et amusant.

Sylvain, 38 ans (P8, par. 108)

Un autre homme explique qu'il serait important de faire de la sensibilisation dans les écoles auprès des adolescents et de poursuivre les recherches auprès des jeunes pour mieux comprendre leurs réalités.

Je pense, peut-être revenir dans les écoles, dès le début, 13 ans, recommencer les campagnes de prévention dans les écoles, et que les écoles soient prêtes par contre à cette ouverture-là. Je ne suis pas certain qu'on soit rendu là à Montréal. Les campagnes de peur, je ne suis pas certain que cela accroche... Le sida tue! Il tuera mais pas moi! C'est les autres, pas moi. Chercher plus loin, est-ce qu'il peut y avoir des recherches pour comprendre pourquoi les jeunes [...] ne se protègent pas [...], allez vers où ils sont.

Éric, 35 ans (P3, par. 220)

4.4 Résultats de l'analyse des entretiens avec les intervenants d'Action Séro Zéro.

Cette section expose les thèmes présents dans les entretiens menés avec les six intervenants d'Action Séro Zéro rencontrés pour cette recherche (voir la grille d'entretien à l'appendice G). Le tableau 4.16 ci-dessous présente la liste des services dans lesquels les intervenants travaillent.

Tableau 4.16 Profil des intervenants

Numéro de l'entretien	Programme ou service offert
Intervenant no.1	Services offerts aux personnes d'origines culturelles variées
Intervenant no.2	Centre de soir pour les travailleurs du sexe
Intervenant no. 3	Centre de soir pour les travailleurs du sexe
Intervenant no. 4	Groupes de discussion (ateliers)
Intervenant no. 5	Interventions saunas et Internet
Intervenant no. 6	Interventions bars et Internet

La section 4.4.1 présente les propos des intervenants au sujet de l'évolution du rôle d'Action Séro Zéro. La section 4.4.2 présente les opinions des intervenants au

sujet du rôle de la communication durant les interactions. La section 4.4.3 présente les propos sur les avantages et les limites des interactions de type face à face ou en ligne. La section 4.4.4 présente en dernier lieu les propos des intervenants au sujet des défis actuels liés au travail de proximité ainsi qu'à la prévention dans une perspective de santé globale.

4.4.1 Les propos des intervenants au sujet de l'évolution du rôle de l'organisme

Les intervenants ont exprimé leurs opinions au sujet du rôle de l'organisme et de son évolution.

C'est certain qu'avant, Séro Zéro, c'était surtout la prévention du VIH et ITSS. Maintenant on se dirige plus vers la promotion de la santé donc on prend plus la personne dans sa globalité et non seulement un problème précis.

Je trouve cela important le mouvement dans lequel l'organisme est actuellement... Je crois qu'ils vont ici répondre de manière plus adéquate aux besoins de la clientèle plus vulnérable.

Intervenant no. 2, centre de soir pour les travailleurs du sexe (par. 35)

Le mandat d'Action Séro Zéro était très axé sur la prévention VIH et ITSS... En ce moment il y a un changement qui se fait au niveau de la visibilité puis du message de fond qui veut porter davantage sur la santé sexuelle globale des hommes gais ou bisexuels.

Je suis en total accord avec cela [le changement au sein de l'organisme]. Cela fait un an que je travaille à Séro Zéro puis je comprends que la santé sexuelle n'est pas qu'une question de transmission d'infection comme le VIH mais que le problème demeure la pointe de l'iceberg.

Intervenant no. 5, saunas et Internet (par. 27)

Un autre intervenant, animateur d'atelier, raconte comment l'évolution du rôle de Séro Zéro est aussi basé sur des expériences concrètes menées dans les programmes de l'organisme.

Suite à cet atelier [un projet pilote d'atelier sur la toxicomanie], il est apparu clair qu'on ne pouvait parler que de toxicomanie... On a très vite réalisé que la toxicomanie est reliée à des problèmes d'estime de soi, des manques affectifs durant l'enfance, à l'homophobie intériorisée, des problèmes au

niveau de l'acceptation de l'orientation sexuelle, des gens qui consomment pour mieux approcher les personnes. Il y a donc plusieurs liens entre sexualité, santé mentale, santé physique. Je suis persuadé qu'on ne peut pas toucher uniquement à une dimension de la santé. C'est dans ce sens que je crois que l'élargissement du mandat est bien.

Intervenant no. 4, ateliers (par. 8)

4.4.2 Les propos des intervenants au sujet du rôle de la communication durant les interactions

Lorsqu'interrogés sur le rôle de la communication durant les interactions, plusieurs intervenants expliquent le rôle de l'organisme par rapport à la communication.

L'organisme est là pour donner de l'information et pour entrer en relation avec les gens qui vont signifier leur besoin de communiquer, d'avoir du soutien.

Intervenant no. 5, saunas et Internet (par. 2)

« Entrer en relation » signifie aussi, comme l'expliquent d'autres intervenants, mettre une personne en confiance, ce qui facilite le développement d'un lien significatif.

Une des premières choses que je fais, c'est de mettre la personne en confiance : je vais d'abord parler de moi et de Séro Zéro et du programme. Je vais le remercier d'appeler, d'avoir pris contact avec nous car souvent je remarque que c'est un effort pour eux. Ils ont peut-être mis des semaines avant de prendre cette décision d'appeler, de prendre un rendez-vous. Il faut souligner leur courage, car cette personne se rend compte qu'on va parler de sujets tels que la sexualité.

Intervenant no. 3, communautés culturelles (par. 26)

Moi, j'essaie d'instaurer un climat de confiance. Je trouve que c'est une de mes premières préoccupations. Que ce soit en individuel ou dans l'atelier, il est extrêmement important de développer un climat de confiance. Mon défi c'est d'amener les gens à parler d'eux-mêmes.

Intervenant no. 4, ateliers (par. 45)

4.4.3 Les propos sur les avantages et les limites des interactions de type face à face ou en ligne

Lorsqu'interrogés sur les avantages et les limites de ces deux types d'interaction, plusieurs intervenants ont décrit leur opinion sur ce sujet et basé sur des expériences concrètes. Deux des six intervenants ont expérimenté les deux types d'interaction. Ils expliquent comment les interactions en ligne ont l'avantage de permettre la transmission rapide d'informations techniques précises de façon anonyme et de rejoindre des personnes résidentes des régions éloignées.

Moi je considère qu'Internet c'est bon pour les choses techniques et pour les gens qui sont loin [...]. Sur Internet, c'est efficace pour l'anonymat, la rapidité et l'efficacité d'un questionnement qui est assez direct.

Intervenant no. 5, saunas et Internet (par. 29)

L'avantage que procure l'anonymat d'Internet pour des personnes avec des profils et des besoins différents est également constaté par d'autres intervenants.

Il peut y avoir des jeunes qui ne sont pas nécessairement à l'aise de parler de leur sexualité [...]. Les personnes très gênées ou mal à l'aise, pas bien dans leur peau, dans leur vie, vont passer par Internet. Celui qui cherche un anonymat le plus complet, les hommes mariés comme j'ai dit. Souvent aussi, les personnes d'un certain âge, les gens qui ont fait leur sortie sur le tard. Ils sont beaucoup moins à l'aise, dans la communauté, alors eux aussi vont passer par Internet.

Il y a les gens de communautés ethniques qui vivent une dynamique familiale différente. J'ai un latino qui m'a abordé sur Internet en disant : « Ma famille n'est pas au courant que je suis homosexuel, ils attendent juste que je puisse me marier, que je trouve une fille. Je ne peux pas faire cela à ma mère ! » Et là il voulait aussi se faire dépister pour le VIH.

Intervenant no. 1, communautés culturelles (par. 47)

On travaille sur un guide pour les clients [des travailleurs du sexe] en version papier qui sera aussi accessible sur Internet pour les messieurs qui ne veulent pas être surpris par leur femme.

Intervenant no. 3, centre de soir pour les travailleurs du sexe (par. 86)

Un autre avantage d'Internet est de permettre de faire les premiers échanges en vue d'une rencontre en face à face.

J'ai eu aussi une personne via Internet qui m'a contacté directement par courriel puis elle voulait avoir de l'information sur le VIH et [je l'ai invité ensuite à me rencontrer] pour l'accompagnement.

Intervenant no. 5, bars et Internet (par. 15)

Le même intervenant explique qu'Internet lui permet de poursuivre en ligne une ou plusieurs interventions qui s'étaient déroulées en face à face.

En ce moment, j'ai trois personnes nouvellement séropositives que j'ai rencontrées d'abord ailleurs que sur Internet mais avec qui j'ai des échanges en ligne maintenant.

Intervenant no. 5, bars et Internet (par. 74)

Toutefois, les échanges en ligne ne sont pas sans difficulté et plusieurs intervenants reconnaissent les limites de ce type d'interaction. Parfois les échanges en ligne sont rapides et la facilité avec laquelle une personne peut mettre fin à l'interaction ne permet pas toujours de s'assurer qu'elle a bien compris les informations données ou d'approfondir un sujet, tel que le souhaiterait l'intervenant.

Oui, la majorité des discussions sur l'Internet se termine par : « OK merci! » Mais moi ça m'est arrivé souvent de me demander si la personne a bien compris... Sur le plan physique, je lui ai dit que oui il peut attraper une gonorrhée, la gonorrhée se transmet de telle façon, la gonorrhée est une bactérie, mais en même temps j'ai essayé de lui apprendre autre chose, donc la réflexion sur sa santé sexuelle, sur ce qu'il veut, sur les risques qu'il prend, sur la question sexuelle en général... C'est certain que je n'ai pas toujours l'impression que la personne est intéressée... Parfois tu vas dans des pistes et tu vois que la personne n'est pas intéressée.

Intervenant no. 5, saunas et Internet (par. 23)

D'autres difficultés résident dans la confusion qui peut se produire en raison des nombreux échanges qui peuvent avoir lieu simultanément, l'absence de signaux

verbaux et non verbaux, les éclaircissements à fournir fréquemment, les reprises, les temps d'attentes, ce qui peut provoquer des malaises de part et d'autre, etc.

Sur Internet, ce qui se passe, c'est que quand tu es en train d'écrire une phrase, il y en a peut-être deux qui viennent d'apparaître à l'écran puis il y a beaucoup plus facilement de confusion. Quand tu amènes une personne vers une réflexion, cela peut porter à confusion, car les questions peuvent paraître finales, parce que tu n'as pas l'intonation, donc il y a une finalité à chaque phrase, donc souvent tu as la question : « Qu'est-ce que tu veux dire ? » Donc je dois reprendre. Et souvent l'individu te répond une autre phrase pour éclaircir son discours. Dont tu recules et tu reviens, il y a beaucoup de : « Je dois effacer et je recommence », et quand le temps d'attente est un peu long et que justement tu viens de prendre conscience de ce que la personne dit, tu repars dans une nouvelle direction avec elle. Elle est confuse elle aussi. La personne n'a pas nécessairement confiance dans son discours et ce qu'elle exprime parce qu'elle se pose des questions donc cela peut créer des malaises autant chez la personne que chez toi.

Intervenant no. 5, saunas et Internet (par. 19)

Par ailleurs, l'interaction en ligne, lorsque comparée à l'interaction en face à face, ne permet pas d'établir un rapport aussi complet.

[Sur Internet] je pense que ce n'est jamais complet, il y a toujours un vide dans la relation d'aide si ce n'est pas pour des choses qui sont concrètes et techniques. Moi je ressens le vide dans tout cela, dans ce type d'intervention là. [...] Il m'est arrivé d'avoir, tout dépendant des sites, de voir des personnes qui vivent de la solitude. Lorsque tu es face à face avec quelqu'un, ça influence autrement le bris de solitude que lorsque tu es sur Internet. Lorsque tu es sur Internet, il n'y a pas vraiment d'émotions qui circulent [...]. En personne, tu peux rire avec la personne, la faire sentir belle, il y a quelque chose qui se véhicule car il y a un corps humain en face de toi, il y a une expression qui est sentie dans le visage, donc le rapport est plus complet.

Intervenant no. 5, saunas et Internet (par. 7)

Afin de combler certaines de ces limites, les intervenants peuvent inviter la personne à communiquer par téléphone pour poursuivre l'interaction.

Mais oui, ça m'est arrivé qu'il y ait eu des profondes angoisses et ça peut se terminer par le téléphone, car à un moment donné avec Internet, tu ne peux pas aider la personne à sortir de sa tête. Ça reste dans la tête quand tu es sur

Internet ! Donc tu dois te rapprocher du téléphone, le téléphone c'est davantage humain.

Intervenant no. 5, saunas et Internet (par. 8)

4.4.4 Les propos des intervenants au sujet des défis actuels liés au travail de proximité ainsi qu'à la prévention dans une perspective de santé globale

Parmi les défis actuels liés au travail sur le terrain et à la prévention, les intervenants parlent des facteurs pouvant expliquer la banalisation du VIH/sida tels que l'évolution des perceptions sur la maladie et des changements dans la vie des personnes séropositives.

C'est certain que les nouvelles générations n'ont plus l'image visuelle de la personne atteinte. Moi je suis de la génération qui a cette image dans la tête... Je suis de la génération condom et je suis quasiment né avec! Mais les plus jeunes, cette génération ne l'a plus... Il y a quelque chose de vrai à propos de la trithérapie qui amène à une plus longue durée de vie et qu'on ne parle plus de morts des maladies indirectes... On va de moins en moins dire il est mort du sida. Il y a certainement moins d'impact à ce niveau. Puis je crois aussi qu'ils voient les personnes qui vivent avec la trithérapie, des personnes qui continuent à travailler, à être actives... Je ne dirai pas qu'il y a une banalisation moi... Je dirais que les gens s'aperçoivent qu'il y a des changements dans la vie des personnes qui sont atteintes... Et que ces personnes peuvent avoir une meilleure qualité de vie... À quelque part, ils n'ont pas tort non plus!

Intervenant no. 2, centre de soir pour les travailleurs du sexe (par. 74)

Un intervenant, lui-même séropositif, explique les impacts multiples que la banalisation peut entraîner dans le travail sur le terrain mais également comment le discours des médecins et d'autres professionnels de la santé peut y contribuer.

Oui il y a un impact car on doit travailler encore plus fort à faire passer le message de l'importance de la prévention, du dépistage, de la prise en charge de la santé individuelle, que ce soit pour un séropositif ou un séronégatif... C'est une réalité qu'on doit travailler plus fort! Justement, il y a une banalisation du VIH et il y a banalisation aussi au niveau médical... Ça c'est très important! Parce que maintenant on a des thérapies multiples, que les molécules sont de moins en moins néfastes, qu'il y a moins d'effets secondaires, il y a une banalisation du VIH dans le monde médical. C'est clair que lorsqu'on annonçait à quelqu'un qu'il était séropositif à la fin des années 80 ou au début des années 90, on disait : « J'ai des mauvaises

nouvelles à annoncer, tu es séropositif et il te reste probablement deux ou trois ans à vivre... » Maintenant, aujourd'hui, on va dire : « Je n'ai pas des bonnes nouvelles à annoncer, tu es séropositif mais ce n'est qu'une maladie chronique. On n'en meurt plus ». Personnellement, je trouve qu'en premier lieu, il y a une banalisation au niveau de l'impact psychologique de l'annonce de la séropositivité à une personne... Traitement ou non, avoir le VIH ce n'est pas amusant ! En deuxième lieu, c'est de banaliser déjà à la source le fait d'être séropositif. Si ton médecin vient de te dire que ce n'est plus grave comme avant, que c'est juste une maladie chronique, déjà au niveau psychologique tu as un message de banalisation. Ce n'est plus aussi grave qu'avant, donc je n'ai plus besoin de me protéger ou je n'ai pas à me protéger, je n'ai pas à aviser personne de mon statut puis je fais comme si de rien n'était !

Intervenant no. 6, bars et Internet (par. 88)

Chercheur : Mais les médecins sont conscients de cela, ils font quand même des messages de prévention en même temps qu'ils annoncent le statut ?

Non ! Pas tous les médecins que j'ai rencontrés et surtout pas les gens avec qui j'ai parlé... J'en ai même un qui a consulté un psychiatre pour une assurance travail et des congés de maladie... Quand il a reçu son rapport, le médecin psychiatre aurait dit : « Le VIH n'est qu'une maladie chronique donc tu ne peux être en arrêt de travail ! » Je ne suis pas certain que c'est une bonne approche. Il y a donc banalisation dans le milieu de la santé et une banalisation de l'effet psychologique d'avoir le VIH... Puis on a des bons médicaments mais il faut les prendre ! À tous les jours !

Intervenant no. 6, bars et Internet (par. 89)

Un intervenant explique qu'il rencontre des hommes au cours d'interventions dans les saunas qui mentionnent leurs inquiétudes au sujet du *barebacking*. À son avis, il y a une augmentation de ces pratiques sexuelles à risque élevé à Montréal.

On se fait souvent dire : « Vous devriez faire quelque chose », ou alors : « C'est fou ce que le monde ne se protège pas, c'est hallucinant ! » Il y a une remontée du *barebacking* à Montréal puis il y en a davantage qu'on pourrait imaginer et on est en train de surpasser les autres grandes villes. C'est comme un fléau à Montréal.

Intervenant no. 5, saunas et Internet (par. 61)

Un second intervenant explique les causes possibles du *barebacking* et les profils différents qu'on peut trouver parmi les personnes qui le pratiquent.

Je crois qu'il s'agit du résultat d'une attitude d'écœurement de messages de prévention en partie, c'est un résultat de gens séropositifs qui ont décidé entre eux qu'ils ne pouvaient plus se surinfecter donc pourquoi porter le condom ? Et il y a une autre cellule, plus inquiétante à mon avis, ceux qui veulent jouer à la roulette russe, ceux qui se disent : « Je joue avec le feu pour voir si je serai assez fort pour ne pas attraper le VIH ». Et ceux bien sûr qui s'en foutent! Ceux-là ils le font sans doute depuis longtemps le *barebacking*, ce n'est pas nouveau dans leurs vies.

Intervenant no. 6, bars et Internet (par. 94)

Deux intervenants expliquent les difficultés associées au travail de prévention avec ces personnes.

Je n'ai pas beaucoup de clients qui viennent me voir et me disent : je ne me protège pas. Ceux qui ne se protègent pas à mon avis n'ont pas nécessairement envie de le dire ou ils n'ont pas envie de parler avec moi car ils savent ce qu'ils font! J'ai l'impression qu'il s'agit d'un mouvement marginal [...]. Si les personnes qui pratiquent le *barebacking* venaient nous voir, je leur ferais comprendre que je ne les juge pas mais je pourrais leur donner des trucs pour réduire les risques.

Intervenant no. 5, saunas et Internet (par. 63)

Oui, ces gens-là m'ont fait comprendre que c'était peine perdue d'essayer de les convaincre. C'est arrivé dans un bar. Pour eux, c'est très rare qu'ils vont accepter de porter un condom pour une relation sexuelle. Si la personne en propose un, ils vont répondre : « Oublie cela je n'aurai pas de relation sexuelle avec toi. »

Intervenant no. 6, bars et Internet (par. 98)

Les conflits de valeurs peuvent également survenir durant les interventions et peuvent se manifester par des réactions émotives.

Je ne suis pas encore capable d'être libre de mon discours devant une personne qui me dit : « J'ai une charge virale indétectable et je ne baise qu'avec d'autres séropositifs. » Je vais réagir en disant : « Ah! ok! » [...] Ça me choque aussi beaucoup quelqu'un qui est VIH positif. C'est un peu pour ça que je travaille là-dedans : je ne comprends pas comment il se fait que les gens se transmettent de manière aussi insouciance le VIH! Je sais profondément que ce n'est pas juste une question de VIH et que c'est une question beaucoup plus profonde mais quelqu'un qui me dit qu'il est séropositif et qu'il n'a plus besoin de se protéger et qu'elle s'en balance, je n'ai pas beaucoup de respect pour cette personne-là!

Intervenant no. 5, saunas et Internet (par. 69)

L'enjeu de la formation pour répondre aux besoins et des situations à gérer avec les personnes séropositives est par ailleurs souligné par le même intervenant.

Je ne me sens pas outillé pour intervenir avec des personnes séropositives ! Je me sens plus outillé pour intervenir avec des personnes qui ne sont pas séropositives ou qui ne le savent pas, des personnes qui vivent des angoisses, des interrogations, des problèmes d'estime, c'est plus avec cette personne que je serai capable de faire une intervention.

Intervenant no. 5, saunas et Internet (par. 69)

Lorsque l'infirmière est ici et qu'on a affaire à un dévoilement de séropositivité, il faut savoir comment procéder! Il y a un besoin de formation évident pour les intervenants.

Intervenant no. 3, centre de soir pour les travailleurs du sexe (par. 82)

Les intervenants travaillent dans les lieux de rencontres, tels que les saunas. Comme l'explique un intervenant, le personnel des établissements est généralement ouvert à la présence de Séro Zéro. Depuis quelques années, les intervenants expérimentent leur travail dans d'autres lieux, comme les bars, et cela ne se fait pas toujours sans difficulté, particulièrement pour ce qui est des clients qui fréquentent ces lieux.

La plupart sont ouverts à la présence de Séro Zéro. Généralement, on a quand même de bons contacts dans la plupart des établissements. Au niveau de la clientèle par exemple, c'est assez mitigé. J'ai eu des commentaires de certaines personnes : « Bordel, vous êtes partout! On vous voit tout le temps. Vous êtes dans les saunas et maintenant dans les bars! On peut-tu avoir la paix! »

Intervenant no. 6, bars et Internet (par. 27)

Un autre défi est de changer la perception des gens par rapport à la mission de l'organisation, notamment sur son rôle quant à la communication et de favoriser une prise en charge et un discours commun dans la communauté.

La majorité des gens ne viennent pas vers nous pour un besoin spécifique autre que de l'information par rapport aux infections et au VIH, dont des informations plus techniques car les gens ne savent pas et perçoivent surtout l'organisme comme un transmetteur d'information... Donc je pense que le

rôle de Séro Zéro dans la communauté ce serait de réunir les hommes et faire en sorte qu'ils aient un discours commun et qu'il y ait prise en charge commune, une conscientisation commune [...]. Il faut avant tout créer un tissu social dans la communauté avant de donner une image à l'extérieur, mais je crois que Séro Zéro lui pourrait, parce qu'il est là depuis longtemps, parce qu'il est je pense assez bien établi comme transmetteur d'information, alors oui je crois qu'il pourrait trouver des activités et des façons d'aborder son monde pour arrêter de n'être qu'un transmetteur d'information et devenir créateur de la communauté.

Intervenant no. 5, saunas et Internet (par. 2)

Toutefois, comme l'explique le même intervenant, la création de cette communauté est limitée par des contraintes organisationnelles affectant la qualité du travail sur le terrain. Ces contraintes nuisent à l'atteinte de l'objectif de l'organisme qui est de favoriser la santé dans une perspective globale.

L'impression que j'ai c'est que Séro Zéro se dirige vers une approche de quantité et non de qualité. Moi, m'intégrer dans tous les milieux tout le temps, je trouve que c'est de la quantité plus que de la qualité. [...] Je ne crois pas à la quantité, si les patrons c'est cela qu'ils veulent!... Je crois que si on ne travaille pas au tissu social dans la communauté, eh bien il n'y en aura pas, c'est tout ! C'est que Séro Zéro se donne ce mandat! Et moi je crois que si tu veux te donner le mandat de participer à la santé globale, émotive, physique et sexuelle, il faut que tu participes dans la communauté et que ton rôle c'est de créer ce tissu...

Intervenant no. 5, saunas et Internet (par. 85)

L'intervenant explique que le positionnement de l'organisme et certaines de ses initiatives sont prometteurs pour la création d'un tissu social dans une perspective globale mais que selon lui, le manque d'ouverture vers d'autres communautés peut nuire à ces objectifs.

Je crois que Séro Zéro est assez bien positionné et a assez bien fait sa place dans la communauté gaie pour en venir à créer un tissu social et de santé sociale et je crois que la santé de la communauté va avec la santé des individus. Quand on fait des activités comme la semaine de la santé et du mieux-être, je trouve que cela est vraiment pertinent, je trouve que cela peut vraiment aller chercher [les gens]. Là où je vois un problème, c'est qu'on ne veut pas s'adresser du tout aux lesbiennes et pourtant pour toutes les autres activités ça va mais pas pour la semaine de la santé et du mieux-être. Cela

devrait s'adresser aux homosexuels, aux bisexuels, aux lesbiennes et aux hétérosexuels. Tu veux avoir une vision globale, alors il faut agir en conséquence d'une vision globale. Je pense qu'il faut arrêter de ghettoïser les homosexuels, je crois que tant qu'on va continuer en tant qu'organisme communautaire de ghettoïser les homosexuels, eh bien on arrivera toujours au même résultat. Je crois qu'il faut ouvrir, on devrait être un pionnier dans l'ouverture sur le monde et ouvrir le monde aux homosexuels.

Intervenant no. 5, saunas et Internet (par. 77)

Les contraintes d'ordre éthique associées au travail sur le terrain nuisent également à la création de ce tissu social et au développement de liens significatifs permettant le dialogue.

On parle beaucoup de participer dans la communauté en étant partout et comme je l'ai dit, il s'agit de quantité mais non de qualité! Séro Zéro devrait par exemple faire une fête à tous les mois dans un bar et amener les gens à boire ensemble! Se saouler est une des activités principales des homosexuels dans le Village gai! Pourquoi ne pas utiliser cette activité mais le faire au nom de Séro Zéro! Premièrement je dis aux gens que Séro Zéro ce sont des êtres humains, Séro-Zéro participe à la communauté... Tant que Séro Zéro ne fera pas partie de la communauté, tant que Séro Zéro sera différent, distancié, au-dessus, ailleurs et à côté de la communauté, Séro Zéro n'aura pas d'impact sur les individus dans la communauté gaie. Séro Zéro devrait commencer par s'insérer dans la communauté en faisant des fêtes, en disant, oui on peut aussi consommer! Moi je travaille dans les bars, et je devais avoir le droit de prendre un verre pendant que je travaille avec mon chandail de Séro Zéro! Si je prends un verre, tu vas comprendre que je fais partie moi aussi de la communauté... Tu seras plus ouvert à comprendre et peut-être tu seras plus ouvert à te poser des questions sur toi-même. Et à chaque mois on va prendre un verre ensemble et à un moment donné on pourra s'ouvrir...

Intervenant no. 5, saunas et Internet (par. 79)

4.5 Faits saillants de l'analyse des résultats

Les principaux résultats présentés dans ce chapitre peuvent se résumer ainsi. Dans le cas des données du questionnaire, elles nous apprennent que :

- Les répondants ont éprouvé diverses préoccupations en matière de santé au cours de la dernière année, notamment des préoccupations rarement mesurées dans le cadre des recherches auprès des hommes gais et

bisexuels telles que l'image corporelle, le stress et l'anxiété et plusieurs aspects de leurs relations interpersonnelles et sociales qui figurent parmi les préoccupations prédominantes.

- Ces préoccupations ont des degrés variés d'intensité et peuvent engendrer le besoin de consulter ou non des sources d'information en fonction des divers aspects de la santé. On constate par exemple que certaines préoccupations ont engendré le besoin de consulter d'abord des professionnels du secteur public ou privé alors que pour d'autres, c'est Internet qui est rapporté comme première source.
- Le questionnaire a également permis de dresser une liste des organismes consultés et des sujets discutés lors des interactions. Les sujets les plus discutés sont en fait les préoccupations liées à la santé sexuelle et la santé mentale, c'est-à-dire celles qui préoccupent un plus grand nombre de participants.
- Une liste d'indicateurs sous forme d'échelle a permis aux participants d'indiquer leur satisfaction quant à leur dernière interaction avec un intervenant. L'échelle présentait plusieurs énoncés à propos de deux dimensions de l'interaction : le *contenu* et la *relation*. Les résultats aux scores moyens indiquent clairement qu'une relation de collaboration perçue comme horizontale est associée à une action à la suite de l'intervention.

Les entretiens ont permis d'approfondir plusieurs thèmes abordés dans le questionnaire en plus d'explorer d'autres thèmes. Pour les hommes rencontrés qui ont eu recours aux services d'Action Séro Zéro, on apprend ainsi que :

- Le processus de sortie, les ITSS et la prise de risque sont des préoccupations communes.

- Les ruptures amoureuses et les expériences d'homophobie ou d'autres types de discrimination sont parmi les autres préoccupations rapportées parmi les hommes rencontrés.
- Les préoccupations qui ont engendré le plus un besoin d'obtenir de l'information sont le VIH et la prise de risque.
- Parmi les sources d'information mentionnées, Internet et les médecins sont les deux principales. Les hommes rencontrés expriment leurs opinions sur les avantages et les limites d'Internet, et pour certains, l'anonymat qu'il peut procurer est un facteur important à son utilisation.
- Outre Action Séro Zéro, les organismes consultés ont répondu à différents besoins tels que du soutien dans le processus de sortie, les questions de genre et les besoins alimentaires.
- Les circonstances ayant amené ces hommes à consulter Action Séro Zéro en ligne ou en face à face sont des besoins d'information liés aux niveaux de risques associés aux pratiques sexuelles, aux ruptures amoureuses, au désir de partager ses préoccupations avec des hommes à l'occasion d'ateliers de discussion en petits groupes ou d'obtenir de l'aide pour le traitement de la toxicomanie.
- Tous les propos au sujet de l'organisme et de ses activités sont favorables. Les participants soulignent qu'ils se sentent confortable de consulter cet organisme, qu'il offre des services uniques comme le dépistage dans les bars et que les intervenants rencontrés savent mettre les gens à l'aise.
- Au sujet des défis actuels autour de la prévention des ITSS et du VIH/sida, les hommes rencontrés dénoncent la banalisation actuelle du VIH/sida et l'augmentation de la prise de risque dans les lieux de rencontres, la pornographie et son influence possible sur les jeunes et les gens qui prennent des risques de manière volontaire.

- Parmi les solutions proposées par les hommes rencontrés pour contrer la banalisation, on retrouve l'utilisation d'Internet pour favoriser les discussions sur des sujets sensibles comme la prise de risque, de repenser les campagnes de prévention pour qu'elles soient moins ennuyeuses et de recommencer à faire de l'éducation sexuelle dans les écoles secondaires.

Les entretiens avec les intervenants nous apprennent que :

- Dans le contexte actuel, l'élargissement du mandat d'Action Séro Zéro vers la santé globale est pertinent et nécessaire.
- Au sujet du rôle de la communication durant les interactions, les intervenants sont tous d'avis qu'il importe de développer un lien de confiance avec les usagers.
- À propos des avantages et des limites des interactions de type face à face ou en ligne, les intervenants préfèrent nettement le face à face même s'ils sont d'avis que les interventions en ligne sont nécessaires pour rejoindre d'autres populations.
- Au sujet des défis actuels liés au travail de proximité ainsi qu'à la prévention dans une perspective de santé globale, les intervenants rejoignent les propos des usagers sur l'importance de lutter contre la banalisation du VIH/sida dans l'espace public mais également dans le milieu médical. Ils décrivent des difficultés avec certaines catégories d'hommes ciblés par les interventions.
- Les défis entourant la création d'un tissu social dans la communauté sont évoqués et comment Action Séro Zéro pourrait y participer ou non.

CHAPITRE V

DISCUSSION

5.1 Introduction

Dans le chapitre précédent, nous avons présenté les résultats de la collecte de données à l'aide du questionnaire et des entretiens semi-dirigés. Ce chapitre a comme objectif de proposer une interprétation plus large des résultats et de reprendre plus systématiquement nos questions de recherche afin de se rapprocher d'une posture paradigmatique de la complexité, notamment en discutant du caractère dialogique des données quantitatives et qualitatives recueillies et en les mettant en relation avec le modèle proposé et les concepts retenus du cadre de référence heuristique.

La section 5.2 rappelle l'ensemble des questions de recherche et présente le modèle proposé pour l'étude des processus de la communication en trois temps (avant, pendant et après l'interaction entre les acteurs/sujets de la prévention). Les sections 5.4 à 5.8 présentent une interprétation des résultats quantitatifs, une partie plus descriptive de la discussion. L'analyse des entretiens avec les usagers est présentée sous forme de « récits de vie thématiques » et débute à la section 5.9. Viennent ensuite plusieurs analyses combinées des propos des usagers et des intervenants sur plusieurs thèmes, dont les avantages et les limites d'Internet. La partie plus critique de la discussion, notamment sur les représentations du VIH/sida, de la santé, de la maladie et de la prise de risques, débute à la section 5.11. Nous présentons par la suite une réflexion sur l'incidence de ces

représentations sur le travail de proximité des intervenants et une démonstration de comment le modèle proposé peut être utilisé pour améliorer l'atteinte des objectifs.

5.2 Le modèle proposé pour l'étude des processus de la communication³³

Tel que nous l'avons exposé au chapitre II et III, cette étude a comme objectif, à l'aide d'une collecte de données quantitatives et qualitatives, de décrire et analyser les processus de la communication associés à divers contextes d'interaction entre les intervenants et les populations ciblées dans le cadre des activités d'Action Séro Zéro (acteurs/sujets de la prévention), incluant les communications interpersonnelles de type face à face ou en ligne. Nous rappelons d'abord ici les questions de recherche, puis les réponses à ces questions sont présentées à partir du modèle développé dans les pages suivantes.

Question centrale : *Comment une meilleure saisie des processus de la communication pour la santé peut-elle apporter des pistes pour améliorer l'atteinte des objectifs de la prévention ?*

Cette question centrale comprend les questions spécifiques suivantes :

- Quelles sont les caractéristiques des processus de communication entre les sujets/acteurs sociaux dans le cadre de la prévention du VIH touchant les hommes gais et bisexuels ?
- Quelles sont les caractéristiques des processus de communication mis en cause dans deux contextes sociaux différents dans lesquels se produisent les interactions de type face à face ou en ligne ?
- Comment prendre en compte, dans les interactions analysées, des enjeux sociaux et de pouvoir liés aux contextes sociohistoriques de la question de la santé et du VIH en relation avec les hommes gais et bisexuels ?

³³ Modéliser correspond à un effort de représentation de l'objet à l'étude comme étant un système (Ouellet, 1981). C'est une manière de saisir le sens de la réalité et de tenter de la communiquer. Il y a donc une subjectivité certaine « qu'il est nécessaire ultérieurement de mettre à l'épreuve du réel » (Brouillet, 1990, p. 128).

L'analyse des données recueillies nous permet de proposer ici le passage du cadre heuristique qui nous avons utilisé au cours de la recherche à un modèle pour aborder dans toute sa complexité le genre de terrain et de problématiques étudiées dans des contextes d'interaction entre les professionnels de la santé auprès des acteurs/sujets de la prévention, un modèle utile pour enrichir les étapes de formulation des stratégies de prévention. Les figures 5.1 et 5.2 présentent une illustration du modèle dans lequel on peut situer en trois temps les usagers des services offerts par Action Séro Zéro et les intervenants, c'est-à-dire avant, pendant et après l'interaction. Le tableau 5.1 explique les composantes du modèle proposé.



Figure 5.1 Le processus de communication dans lequel s'engage l'utilisateur

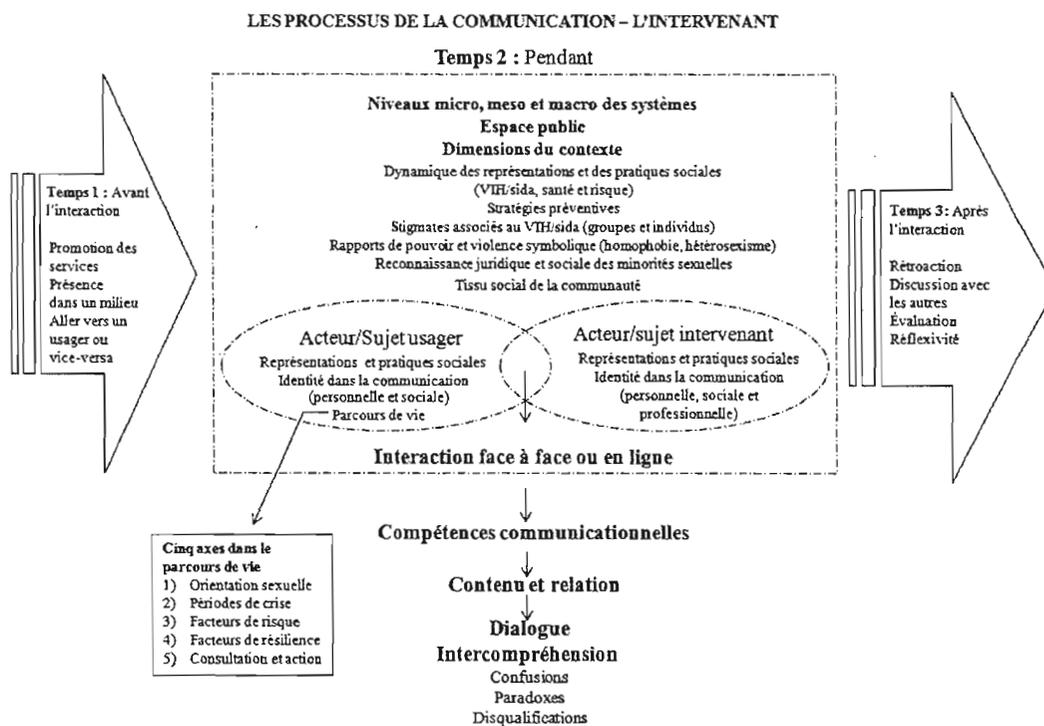


Figure 5.2 Le processus de communication dans lequel s'engage l'intervenant

Le modèle permet de mettre en lumière certaines dimensions de la construction de sens entre les acteurs/sujets de la prévention, de même que les dimensions du contexte présents dans les interactions. Par exemple, dans le cas du processus de communication dans lequel s'engage l'utilisateur, l'intervenant peut s'interroger sur ses préoccupations en matière de santé, son besoin ressenti ou non de consulter des services y compris ceux d'Action Séro Zéro. Si une interaction a effectivement lieu, l'intervenant peut s'interroger sur le parcours de vie de l'utilisateur, le contenu et la relation durant l'interaction et dans quelle mesure on assiste au dialogue et à l'intercompréhension ou, à l'opposé, des formes de confusions, de paradoxes ou de disqualifications. Finalement les dimensions du contexte dans lesquels évoluent les acteurs/sujets peuvent également faire l'objet d'une réflexion sur le processus de la communication.

Tableau 5.1

Composantes du modèle proposé pour l'étude du processus de la communication

Temps 1	
Usager	Intervenant
<ul style="list-style-type: none"> • Un individu éprouve une préoccupation liée à sa santé. • Il peut ressentir ou non un besoin de consulter une source d'information quelconque. • Il peut choisir de consulter ou non un intervenant comme ceux d'Action Séro Zéro. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'organisme propose ses services à travers divers canaux d'information. • Un intervenant est disponible dans un lieu et un temps donné • Il peut attendre qu'on vienne vers lui ou aller vers les usagers.
Temps 2	
Usager/intervenant	
<ul style="list-style-type: none"> • La rencontre met en relation deux interlocuteurs qui évoluent dans leurs sous-systèmes respectifs avec leurs représentations de la santé, de la maladie (notamment le VIH) et du risque de même que des pratiques sociales. On retrouve aussi dans cet espace public d'autres dimensions du contexte telles que les stigmates. • Pendant la rencontre, c'est l'entrée en jeu de l'interaction et de ses dimensions <i>contenu et relation</i>, qui se produit dans un contexte spatio-temporel précis (en ligne, dans les bureaux de l'organisme, dans un sauna, dans un bar, sur la rue, pour une durée de temps donnée, rencontre répétée ou non dans le temps). • Dans le <i>contenu et la relation</i>, on retrouve d'autres éléments tels que les informations données, les questions posées par l'intervenant pour bien comprendre les préoccupations (facilitation), l'aisance ressentie par l'usager durant l'échange, le type de relation développée (symétrique, asymétrique ou complémentaire), le partenariat dans la relation et la rétroaction vers l'intervenant. • Dans la <i>relation</i>, on retrouve aussi d'autres éléments tels que le dialogue qui peut permettre la méta-communication. Il y a aussi la rencontre de deux identités et de ses composantes (personnelle, sociale et professionnelle). • Tous ces facteurs peuvent faciliter l'intercompréhension. • Des phénomènes peuvent toutefois nuire à l'intercompréhension, tels que la confusion, le paradoxe et la disqualification. 	
Temps 3	
Usager	Intervenant
<ul style="list-style-type: none"> • L'usager peut évaluer sa satisfaction par rapport à l'interaction. • Il peut y avoir une action à la suite de l'interaction. • Il peut y avoir un changement d'attitude ou de comportement. • Il peut s'engager dans une réflexivité. • Les usagers évoluent dans un tissu social de la communauté et peuvent y participer. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'intervenant peut évaluer son travail au cours de cette interaction. • Il peut en discuter avec les autres intervenants. • Il participe à l'élaboration des stratégies de prévention dans l'organisme, mais aussi en collaboration avec d'autres acteurs de la santé publique. • Il peut s'engager dans une réflexivité. • Les intervenants travaillent à la création du tissu social de la communauté.

5.3 Illustration des composantes de modèle

Les sections suivantes proposent d'illustrer les trois temps et les éléments du modèle, d'abord à l'aide de l'interprétation des données quantitatives (sections 5.4 à 5.8), ensuite à l'aide de l'analyse des entrevues avec les usagers et les intervenants.

5.4 Un nombre important de participants préoccupés par diverses problématiques de santé (temps 1 du modèle)

Dans la première section du questionnaire, nous demandions aux répondants de préciser leurs préoccupations en matière de santé éprouvées au cours de la dernière année, et ce, pour deux grandes catégories regroupant des préoccupations reliées à : 1) la santé physique, mentale, sexuelle et les habitudes de vie; et 2) aux relations interpersonnelles et sociales. Une caractéristique unique de cette recherche est que nous avons ajouté une mesure d'intensité pour chacune des préoccupations (à l'aide d'une échelle de (1) pas du tout, (2) un peu, (3) assez ou (4) beaucoup préoccupé, au cours de la dernière année), ce qui à notre connaissance n'a jamais été fait dans les recherches que nous avons recensées.

Dans la première catégorie, les résultats indiquent qu'un nombre important de participants sont préoccupés par diverses problématiques de santé, notamment en ce qui concerne la santé mentale et les ITSS. Fait intéressant à souligner, c'est l'image corporelle qui est la préoccupation rapportée par le plus grand nombre de participants. Dans la littérature scientifique, la préoccupation de l'image corporelle est rarement mesurée, mais nous avons cru intéressant de l'ajouter dans la liste des préoccupations, car certains travaux ont rapporté chez les hommes gais un important souci de l'apparence physique, qui, à l'instar des jeunes filles notamment, peut entraîner d'autres problèmes de santé tels que les troubles alimentaires. Des recherches récentes ont par ailleurs démontré que les hommes gais sont proportionnellement plus nombreux à éprouver des troubles alimentaires que les hommes hétérosexuels (Feldman *et al.*, 2007).

Plusieurs préoccupations en matière de santé mentale sont aussi rapportées parmi les participants (niveau de stress élevé/anxiété, solitude ou isolement, dépression), c'est-à-dire par plus du tiers des participants. Ces résultats nous réfèrent à d'autres données de la littérature, cette fois-ci provenant d'échantillons probabilistes plus représentatifs des minorités sexuelles. En effet, dans l'*Enquête sur la santé des collectivités canadiennes* (ESCC), les résultats indiquent que les hommes gais et bisexuels ont déclaré des niveaux de troubles de l'humeur ou de troubles anxieux supérieurs à ceux de la population hétérosexuelle (Statistique Canada, 2008). Ces données sont similaires à celles de recherches menées aux États-Unis, qui indiquent que ces populations sont proportionnellement plus nombreuses à souffrir d'anxiété et de dépression (Omoto *et al.*, 2006; Cochran *et al.*, 2003; Meyer *et al.*, 2003, 2007), des troubles qui peuvent être liés aux idéations ou tentatives suicidaires (Meyer *et al.*, 2007).

La préoccupation de la solitude et de l'isolement est d'ailleurs plus marquée parmi les participants de plus de 30 ans. Ce résultat de notre enquête concorde avec d'autres recherches qui ont démontré la proportion importante d'hommes gais plus âgés affectés par cette préoccupation (Brotman *et al.*, 2003).

Dans la dimension relations interpersonnelles et sociales, les résultats du questionnaire indiquent que la préoccupation de trouver un partenaire est celle la plus éprouvée parmi les participants (près de six participants sur dix). Peu de recherches ont été menées sur cette difficulté souvent rapportée par les hommes gais. La littérature clinique rapporte pourtant que cette préoccupation est fréquente parmi les hommes rencontrés dans le contexte de soins de santé psychologique (Scasta, 1998). D'autres résultats suggèrent que les participants sont grandement préoccupés par leurs relations intimes. En effet, les deux autres préoccupations les plus rapportées sont celles de trouver des amis et la vie de couple (plus de quatre participants sur dix). De même, plus d'un tiers des participants se sont déclarés fortement préoccupés par la fin d'une relation au cours de la dernière année. Dans les sphères plus élargies de la vie sociale, on constate qu'un peu plus du quart des participants ont été préoccupés par les relations familiales et que les hommes de

30 ans et moins sont proportionnellement plus nombreux à avoir été affectés par l'homophobie. Ces données suggèrent des difficultés dans la sphère intime, familiale et sociale qui sont importantes à considérer dans une perspective de santé globale. Les diverses formes d'homophobie subies par les hommes plus jeunes sont fréquemment rapportées dans la littérature, ceux-ci étant plus nombreux à traverser un processus de sortie (*coming out*), qui peut être ponctué de réactions négatives de la part de leur entourage, voire d'agressions physiques et sexuelles.

5.5 Des sources d'information ou de conseils qui répondent à des besoins spécifiques (temps 1 du modèle)

À notre connaissance, peu de chercheurs se sont attardés à répertorier les sources d'information sur la santé des hommes gais et bisexuels. Bien que la littérature souligne les sources d'information sur la santé de la population en général, telles que les médecins et les professionnels de la santé et la place de plus en plus importante qu'occupe Internet parmi celles-ci, ces recherches n'ont pas répertorié ces sources en fonction de préoccupations variées (en lien avec la santé physique, mentale ou sexuelle, par exemple), mais plutôt en fonction d'autres thèmes comme les symptômes de diverses maladies et leurs traitements. Les résultats de cette recherche proposent un aperçu de la variété des sources d'information, et ce, en fonction de ces diverses préoccupations. Il apparaît ainsi que les préoccupations de santé mentale et de santé sexuelle semblent davantage engendrer le besoin d'obtenir de l'information ou des conseils auprès d'un médecin et qu'on retrouve le psychologue comme source d'information ou de conseils en ce qui concerne trois préoccupations en matière de santé mentale (idéations ou tentatives de suicide, niveau de stress élevé ou anxiété et dépression). Quant aux besoins d'information et de conseils au sujet des relations interpersonnelles et sociales, ceux-ci semblent plutôt comblés au sein du réseau social primaire composé par la famille et les amis.

Internet est mentionné comme première source d'information pour trois préoccupations associées à des formes de stigmatisation et de désirabilité sociale, soit la prise de risques sexuels, le processus de sortie et la consommation de drogues. Cela suggère que l'anonymat offert par Internet, tel que rapporté dans la littérature, peut s'avérer intéressant pour certaines personnes dans certaines situations (Berger et *al.*, 2005). Nous reviendrons plus loin sur le thème de l'anonymat, lequel a été abordé pendant les entrevues avec les hommes gais et bisexuels et les intervenants (avec les autres avantages et limites d'Internet).

5.6 Des organismes consultés et des sujets discutés qui reflètent la prédominance et l'intensité des préoccupations (temps 2 du modèle)

Dans le questionnaire, nous interrogeons les participants sur les organismes consultés au cours de la dernière année et les sujets discutés lors de la dernière interaction. Nous demandons aux participants d'indiquer seulement les noms des organismes communautaires consultés, en omettant les organismes du réseau public de la santé tels que les hôpitaux et les cliniques médicales. Or, cette distinction a semblé difficile à faire pour certains répondants, qui ont indiqué avoir consulté des organismes du réseau public comme les Centres locaux de services communautaires (CLSC, maintenant inclus dans les Centres de santé et de services sociaux – CSSS). Cette incompréhension de la part de certains répondants a toutefois permis d'obtenir des résultats plus contrastés au regard des organismes consultés. Ainsi, 18,4 % des participants (N=51) ont déclaré une ou plusieurs consultations au cours de la dernière année et, parmi les 65 consultations, 50 % ont été faites auprès d'organismes communautaires, ce qui semble indiquer le rôle important que jouent ces organisations dans l'offre de services de santé. Ce constat rejoint diverses études sur les services offerts par ce réseau dans l'ensemble des réseaux de la santé et des services sociaux au Québec (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 2001).

Lorsqu'interrogés sur les sujets discutés au cours de la dernière interaction, les participants ont rapporté principalement des thèmes liés à la santé sexuelle et à la

santé mentale. L'importance de ces dimensions de la santé rapportées dans les consultations est corroborée par d'autres données quantitatives de cette recherche, soit la prédominance et l'intensité élevée des ces préoccupations parmi les participants au cours de la dernière année, de même que les préoccupations qui semblent engendrer davantage le besoin d'obtenir de l'information ou des conseils, tel que nous l'avons mentionné dans les sections précédentes.

5.7 Des éléments illustrant la diversité des contextes d'interventions (temps 2 du modèle)

Le questionnaire a permis de préciser les éléments contextuels de la dernière interaction des participants avec un intervenant communautaire ou un professionnel de la santé. La majorité des participants qui ont consulté ont indiqué que la dernière interaction a eu lieu dans les bureaux de l'organisation (58,8 %), 11,8 % pendant une conversation téléphonique et 7,8 % dans un atelier de discussion en petit groupe. Les échanges réalisés à l'aide d'Internet, que ce soit en différé (babillard ou forum de discussion) ou en direct (salon de clavardage ou MSN), représentent conjointement la même proportion que les échanges par téléphone (11,7 %). Ces données illustrent que la presque totalité (90,1 %) des interactions se sont déroulées à partir des bureaux de ces organismes. Les interactions qui se sont déroulées dans les lieux de rencontres et de socialisation comme les bars et les saunas ne représentent que 10,0 % des rencontres rapportées. Tel que nous l'avons expliqué précédemment, ces données ne sont pas le reflet du travail d'Action Séro Zéro, mais plutôt de l'ensemble des organismes rapportés par les usagers.

La moyenne de la durée des interactions est de 30 minutes, et près de la moitié des usagers affirment avoir interagi plus d'une fois avec le même intervenant ou professionnel de la santé. Ces données contrastent avec les résultats d'autres recherches, notamment les recherches portant uniquement sur la communication patient-médecin, dans lesquelles les interactions sont de plus courte durée (Autmann, 2006). Ces données suggèrent que la durée rapportée de la dernière

interaction avec un intervenant et sa répétition dans le temps sont deux éléments contextuels importants des interactions qui peuvent caractériser les rencontres entre les usagers et les intervenants communautaires.

5.8 Les évaluations de la dimension contenu et relation lors de l'interaction et leurs corrélations avec l'action (temps 2 et 3 du modèle)

L'examen approfondi des interactions entre les sujets/acteurs de la prévention (intervenants et usagers) constitue en quelque sorte le noyau de cette recherche sur les processus de la communication pour la santé, et le questionnaire a permis de recueillir des données importantes à cet égard. L'échelle de mesure de la satisfaction constituée proposait aux participants d'apprécier plusieurs éléments de leur dernière interaction avec un intervenant communautaire ou un professionnel de la santé, soit la dimension du *contenu* (information donnée par l'intervenant durant l'interaction) et la dimension *relation* (clarification des préoccupations par l'intervenant et son attitude, sentiment de confort éprouvé par l'utilisateur durant l'interaction, évaluation du type de relation avec l'intervenant et satisfaction globale par rapport à cette interaction). Les scores moyens aux indicateurs de satisfaction et les éléments *contenus* ou *relation* de l'interaction en corrélation avec l'action³⁴ sont les plus révélateurs des conditions pouvant favoriser ou non l'action à la suite de la rencontre avec l'utilisateur, l'action étant souvent un des objectifs sous-jacents à l'intervention (par exemple, aller passer un test de dépistage ou adopter des comportements sexuels plus sécuritaires). Ainsi, plus un usager a déclaré un niveau d'accord élevé avec l'énoncé décrivant le sentiment d'être partenaire en relation de collaboration avec l'intervenant afin d'atteindre ses objectifs, plus celui-ci était susceptible de déclarer qu'une action a été entreprise à la suite de l'interaction. À l'opposé, plus un usager a déclaré un niveau d'accord élevé avec l'énoncé décrivant l'impression que l'intervenant était

³⁴ Rappelons ici que seulement 46 personnes (sur l'échantillon total, N=277) ont complété l'échelle de satisfaction par rapport à l'interaction avec un intervenant communautaire, c'est-à-dire le nombre de personnes qui ont déclaré avoir consulté un organisme au cours de la dernière année. Bien que le coefficient de consistance interne est élevé ($\alpha=0,93$), une recherche ultérieure devrait être menée avec un échantillon plus élevé et avec des procédures statistiques plus complexes.

un expert sur le sujet touchant ses préoccupations et qu'il s'est senti inférieur à lui, plus celui-ci était susceptible de déclarer qu'une action n'a pas été entreprise après l'interaction. Ces résultats concordent avec les propositions théoriques de l'axiomatique de la communication (voir chapitre II) à l'effet que la nature de la relation contraint l'apport du contenu et que les interactions comprenant des rapports plus horizontaux dans une relation de collaboration favorisent le dialogue et la construction de sens qui peut ouvrir à une intercompréhension facilitant le changement. À l'opposé, les rapports asymétriques (l'utilisateur s'est senti inférieur à l'intervenant) nuisent à l'atteinte des objectifs de l'intervention.

5.9 Analyse des entretiens à l'aide de trois parcours de vie (temps 1, 2 et 3 du modèle)

Cette section propose une interprétation des entretiens réalisés avec les hommes usagers ou non des services d'Action Séro Zéro et permet d'illustrer d'une autre manière les composantes du modèle. Ces entrevues semi-dirigées ont permis d'explorer en profondeur plusieurs thèmes abordés dans le questionnaire, tels que leurs préoccupations en matière de santé, leur historique d'utilisation des services de santé, y compris ceux des organismes communautaires comme Action Séro Zéro, et leur satisfaction par rapport aux services offerts tant en ce qui a trait au contenu que dans la relation élaborée durant les interactions. De plus, ces entrevues ont permis de mieux comprendre plusieurs éléments du processus de la communication, tels que les circonstances pouvant entraîner un besoin d'interagir ou non avec un intervenant. Les sections suivantes présentent l'analyse de trois parcours de vie différents dans lesquels ces circonstances sont illustrées. Par ailleurs, l'analyse de ces trois cas met en relief cinq axes qu'on peut repérer dans leurs parcours, soit : 1) les événements importants en lien avec la définition de l'orientation sexuelle et qu'on peut associer à l'identité de l'individu; 2) les périodes de crises; 3) les facteurs de risque pour la santé; 4) les facteurs de protection et de résilience; et finalement 5) l'axe consultation et action avec un intervenant d'Action Séro Zéro dans lequel l'interaction peut avoir un impact sur les connaissances, les attitudes et les comportements.

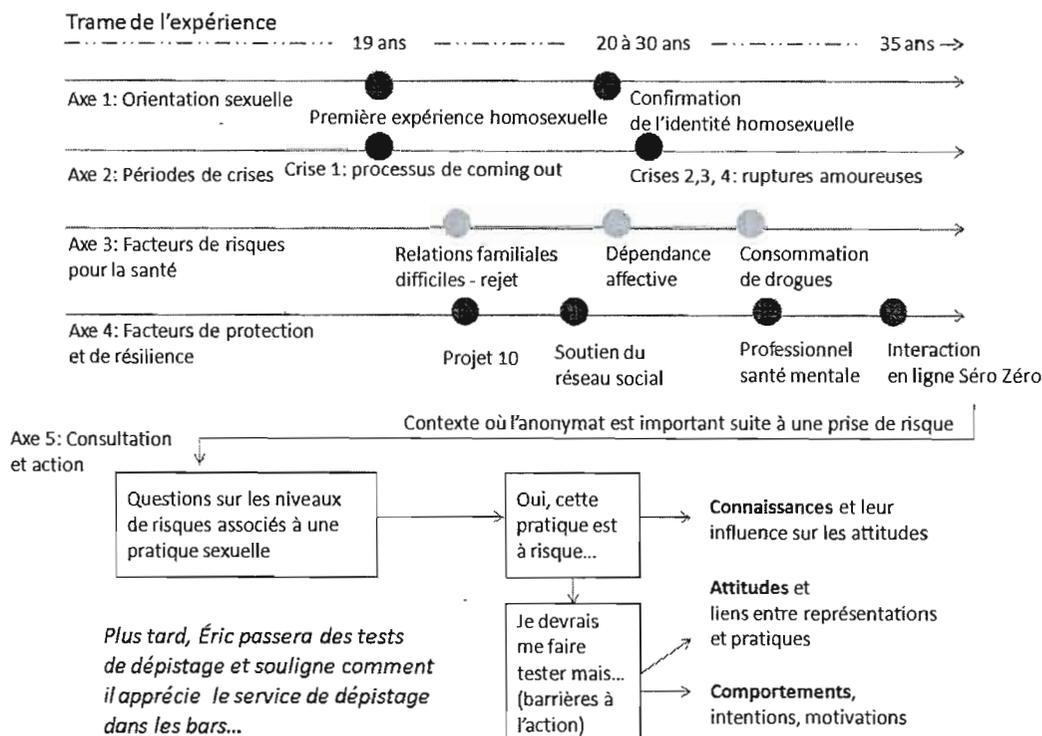
5.9.1 Le parcours de vie d'Éric, homme gai, 35 ans

Lorsque nous avons demandé à Éric de parler de ses préoccupations en matière de santé, il a spontanément abordé son parcours de vie et fait des liens avec des périodes de crises qu'il a traversées. Ayant fait ses premières expériences sexuelles avec des garçons vers l'âge de 19 ans, il éprouvait beaucoup de difficulté à accepter la possibilité d'être gai ou homosexuel. Éric vient d'une famille avec des croyances culturelles et religieuses très conservatrices à l'égard de la sexualité, qui affirme clairement sa réprobation à l'égard des homosexuels. Un tel climat familial n'a pas aidé le jeune homme dans son processus d'acceptation, et cette situation laissait entrevoir des difficultés importantes quant au dévoilement de son orientation sexuelle. Cela constitue donc la première crise liée à son identité personnelle. Souffrant d'une grande détresse psychologique à ce moment, il tente de s'enlever la vie. Lorsqu'il annonce à ses parents les raisons qui ont motivé son geste, ceux-ci réagissent très mal et lui demande de quitter le foyer familial. Rejeté comme fils, il est très en colère contre la réaction de sa famille et coupe presque entièrement les liens avec celle-ci pendant de nombreuses années. Les relations familiales difficiles deviennent donc une préoccupation majeure dans son parcours de vie. Il y a toutefois des facteurs de protection et de résilience qu'on peut déceler dans sa trajectoire. Ayant trouvé du soutien qu'il qualifie de très important pour lui au sein d'un cercle d'amis, il avait aussi participé à des rencontres pour les jeunes organisées par l'organisme Projet 10 (offrant des services de soutien pour les 15 à 25 ans), ce qui l'avait aidé à évoluer dans le processus d'acceptation de son homosexualité.

D'autres crises sont également marquantes pour lui dans son parcours de vie. Se considérant comme dépendant affectif, il raconte comment plusieurs ruptures amoureuses ont été particulièrement difficiles à traverser. À travers ces moments de détresse, des épisodes de consommation de drogues se sont aussi produits.

Figure 5.3

Analyse du parcours de vie d'Éric, homme gai, 35 ans



Il décide alors de consulter un psychologue. C'est dans l'année précédente à l'entretien qu'une interaction en ligne avec un intervenant d'Action Séro Zéro a eu lieu. Il était à ce moment-là dans une relation qu'il considérait insatisfaisante et avait rencontré un autre homme avec lequel il a eu une relation sexuelle comprenant un certain risque de transmission des ITSS et du VIH. Toutefois, il éprouvait un doute quant au niveau de risque réel. Ne souhaitant pas en discuter avec son partenaire à ce moment, il savait que des intervenants d'Action Séro Zéro sont présents à des heures régulières dans un salon de clavardage. Préférant clairement l'anonymat dans sa situation, il pose alors une question à l'intervenant en ligne, qui l'informe qu'effectivement le niveau de risque associé à la pratique est élevé et qu'il devrait, par conséquent, passer un test de dépistage, ce qu'il fera un peu plus tard.

En ce qui concerne l'accessibilité des services de dépistage, il explique qu'il avait porté plainte à un service de santé publique qui n'offrait plus de rendez-vous pour les tests de dépistage, situation qui oblige les gens à se présenter dans les services et à attendre de longues heures, ce qui représente selon lui une barrière structurelle importante à l'action préventive. Il se dit très satisfait de l'initiative d'Action Séro Zéro, qui offre des cliniques de dépistage dans les bars auxquelles il a eu recours.

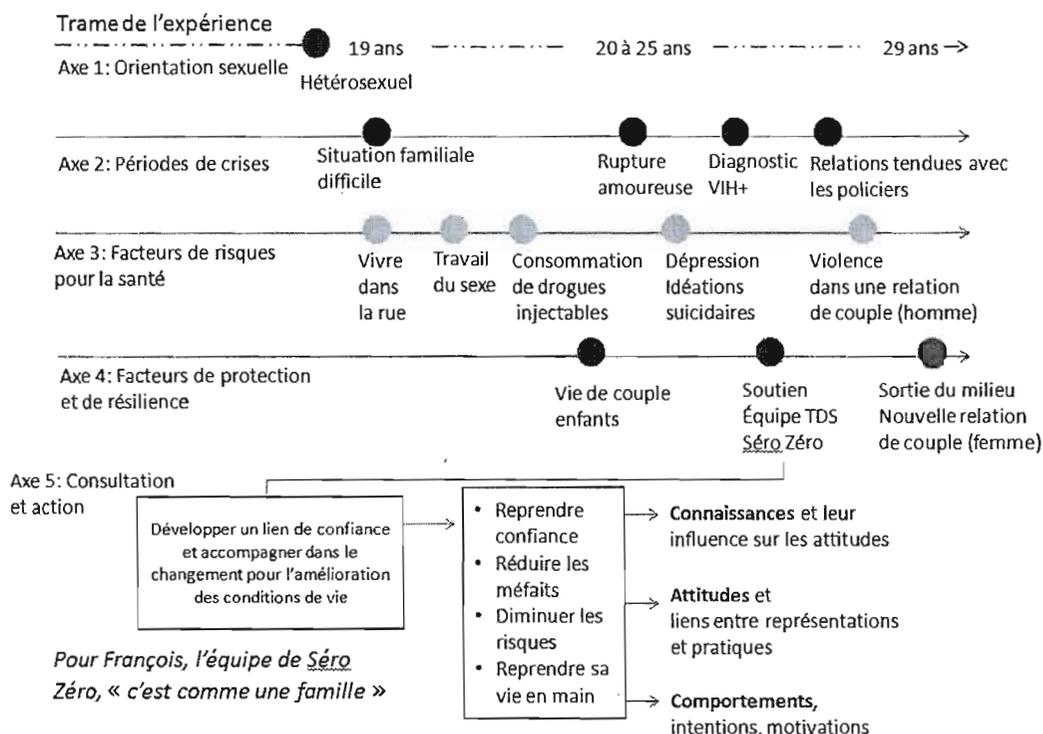
5.9.2 Le parcours de vie de François, homme hétérosexuel et travailleur du sexe, 29 ans

L'analyse de ce deuxième entretien permet lui aussi de repérer des éléments propres aux cinq axes, mais le portrait global de l'entretien avec François contraste fortement avec celui d'Éric, tout d'abord sur le plan identitaire. Même si à plusieurs moments de sa vie il a pratiqué le travail du sexe avec des clients masculins, il se considère comme hétérosexuel. Lorsque nous avons demandé à François de nous parler des circonstances l'ayant mené au travail du sexe, il explique que durant l'adolescence, le climat familial difficile faisait en sorte qu'il partait souvent de la maison et se retrouvait sans domicile fixe. Cette situation précaire, combinée à la consommation de drogues dures entraînant une forte dépendance, a contribué à forger un réseau social dans lequel le travail du sexe était très présent. Le travail du sexe devient alors une solution, sinon la seule solution, pour répondre à ses besoins dans cette situation de survie. Vers le début de la vingtaine, il rencontre une compagne avec laquelle il fonde une famille. Il ne vit plus dans la rue et ne pratique plus le travail du sexe pendant plusieurs années. Il parle de cette période de sa vie comme l'une des plus stables qu'il a connue.

Toutefois, le couple rencontre des difficultés et une rupture s'ensuit. Succède alors une période qu'il décrit comme très difficile (dépression sévère et idéations suicidaires), où il se retrouve de nouveau sans domicile fixe et se voit contraint de recourir au travail du sexe pour survivre. C'est également dans cette période que l'infection au VIH est diagnostiquée chez lui.

Figure 5.4

Analyse du parcours de vie de François, homme hétérosexuel, 29 ans



Le travail du sexe sur la rue l'expose également à des tensions avec les forces policières, qui interviennent fréquemment auprès des travailleurs du sexe (il peut s'agir par exemple de lui ordonner de circuler ou de remettre des constats d'infraction, qui peuvent s'accumuler au point de devenir un motif d'arrestation). L'une de ces interpellations s'est même terminée par une confrontation physique. Au cours de cette période, il rencontre également un homme qui l'héberge, mais cette situation dégénère et se termine par des épisodes de violence.

C'est dans ces circonstances très difficiles que François obtiendra le soutien des intervenants d'Action Séro Zéro, qu'il considère comme une famille. Il explique comment le lien de confiance développé avec les intervenants a contribué à l'accompagner dans le changement pour l'amélioration de ses conditions de vie. Au moment de l'entretien, il est dans une nouvelle relation de couple qu'il

considère très satisfaisante et a entrepris des démarches pour s'éloigner du milieu. Le parcours de François est donc ponctué de nombreuses périodes de crises sévères et comprend plusieurs facteurs de risque pour sa santé. Ses propos sur la relation qu'il a développée avec l'équipe d'intervenants d'Action Séro Zéro indiquent qu'il s'agit pour lui d'un facteur important de protection et de résilience, qui a clairement contribué à ce qu'il puisse reprendre sa vie en main.

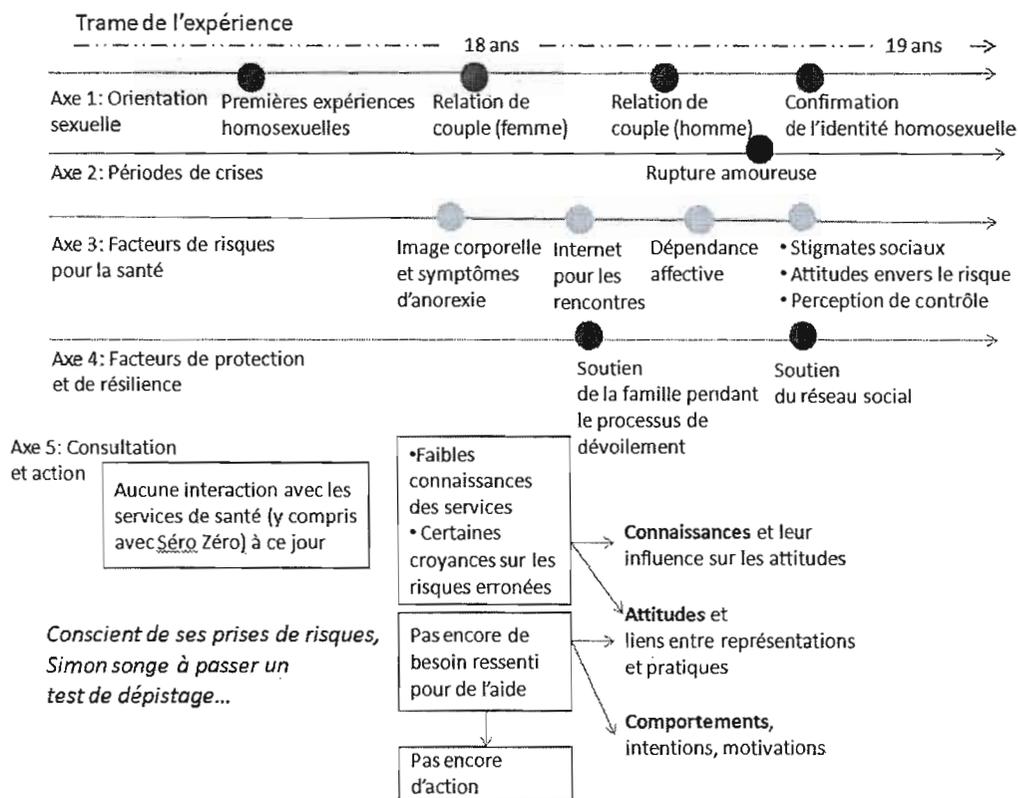
5.9.3 Le parcours de vie de Simon, homme gai, 19 ans

L'analyse de l'entretien avec Simon permet également de situer les éléments propres aux cinq axes. Sur le plan identitaire, sa vie sexuelle débute tôt à l'adolescence avec ses premières expériences avec des garçons. Il commence alors à parler à la maison de son attrait pour les copains à l'école et reçoit du soutien de la part des membres de sa famille, notamment de sa mère avec laquelle il se dit très proche. Il explique toutefois qu'il avait aussi envie d'explorer sa sexualité avec des filles et a commencé une relation avec une copine pendant deux ans. Bien que la relation soit satisfaisante pour les deux partenaires, son attrait pour les garçons est remarqué par sa copine, et ils décident de rompre tout en restant amis. Il noue par la suite une relation avec un copain de classe qui dure quelques mois mais, plus avancé dans son processus d'acceptation, il met fin à la liaison, car il se rend compte que ce dernier n'est pas encore prêt comme lui à accepter et à vivre ouvertement son homosexualité.

Cette rupture s'avère difficile, mais lui permet de confirmer chez lui son orientation sexuelle. Simon est ouvert par rapport à son homosexualité avec ses amis et souligne qu'il n'a jamais rencontré de difficultés avec eux à ce sujet. Aussi bien à la maison qu'avec ses amis, il bénéficie d'un soutien social qui favorise clairement l'acceptation et le dévoilement de son orientation sexuelle. On note toutefois des facteurs de risque pour la santé dans sa trajectoire. Très soucieux de son apparence physique, il considère très tôt qu'il doit maintenir un certain poids pour plaire.

Figure 5.5

Analyse du parcours de vie de Simon, homme gai, 19 ans



Il traverse alors quelques épisodes d'anorexie et limite sa consommation d'aliments au strict minimum pour atteindre le poids désiré, particulièrement dans la période suivant la rupture avec son dernier copain. Les émotions intenses ressenties à la suite de de cette séparation l'incitent à penser qu'il est dépendant affectif.

Il explique par ailleurs que l'usage d'Internet pour rencontrer des partenaires sexuels est devenu à un certain moment une préoccupation importante. Insatisfait de ce type de rencontres, il décide de réduire les séances de clavardage et de chercher un partenaire plus sérieux à l'aide d'autres moyens.

Assez bien informé des niveaux de risques de transmission des ITSS et du VIH associés aux pratiques sexuelles malgré quelques croyances erronées, il raconte les circonstances qui ont mené à un comportement à risque élevé. Il s'agit selon lui de l'intensité du moment qui l'a conduit à un manque de contrôle (comme l'illustre le processus de séduction développé par Émond, 2005). Préoccupé par cet événement au moment de l'entretien, il explique qu'il ressent la nécessité, voire l'obligation de passer très bientôt un test de dépistage. Lorsqu'interrogé sur sa connaissance des services communautaires offerts par Action Séro Zéro, il répond de façon manifeste qu'il ne les connaît pas, ni ceux offerts par d'autres organismes. Cela peut s'expliquer par son âge, mais aussi par le fait qu'il a longtemps habité une banlieue de Montréal où les informations à ce sujet sont moins accessibles.

5.9.4 Discussion sur les trois parcours de vie

L'analyse des parcours de vie de ces trois hommes permet d'apporter un éclairage différent sur plusieurs thèmes de cette recherche, tout d'abord pour ce qui est des préoccupations en matière de santé. Alors que le questionnaire permettait de mesurer la prédominance et l'intensité des préoccupations en matière de santé au cours de la dernière année dans l'ensemble de l'échantillon (temps 1 du modèle), les entretiens ont permis de situer ces préoccupations tout au long de leurs parcours de vie. Les cinq axes proposés sont interdépendants et s'inscrivent dans un des éléments importants de notre cadre de référence, c'est-à-dire une perspective écosystémique. Un de ces axes est particulièrement révélateur d'événements qui peuvent amener un déséquilibre dans l'homéostasie de ces sous-systèmes, c'est-à-dire les épisodes qu'on peut qualifier de périodes de crises touchant l'identité de l'individu, tant sur les plans personnel (niveau micro des systèmes) que social (niveau méso et macro des systèmes). Dubar (2000, p. 4) définit l'identité personnelle et sociale comme « le résultat à la fois stable et provisoire, individuel et collectif, subjectif et objectif, biographique et structurel des divers processus de socialisation qui, conjointement, construisent les individus et définissent les institutions ». Les périodes de crises sont des « perturbations des

relations stabilisées entre les éléments structurées de l'activité », cette activité renvoyant à l'identification ou le fait de « caractériser les autres et soi-même ».

À travers l'analyse des trois parcours, on peut clairement observer des périodes de crises identitaires. Dans les trois cas, des moments de crise sont associés à des ruptures, des périodes rapportées comme étant très difficiles à traverser. Dans le cas d'Éric, une crise est liée à l'acceptation de son orientation sexuelle et au rejet familial entraînant une tentative de suicide. François décrit une crise liée au climat familial difficile l'ayant conduit à vivre dans la rue, à la consommation de drogues entraînant une forte dépendance et au travail du sexe. Tous ces moments de crises sont des perturbations des relations stabilisées telles que décrites par Dubar. Toutefois, ces crises sont associées à des facteurs de risque pour la santé et à des facteurs de protection et de résilience qui peuvent avoir une incidence sur leur intensité. Dans un cas, le rejet familial lié au dévoilement de l'orientation sexuelle était une crise d'une telle intensité que cet événement a conduit la personne à une tentative de suicide. Dans un autre cas, une rupture amoureuse est associée à un épisode d'anorexie. Une telle analyse de ces périodes de crises associées aux facteurs de risque pour la santé permet d'apporter un éclairage différent à la notion de préoccupation en matière de santé et de leur intensité, tel que nous l'avons présenté dans les résultats quantitatifs de la recherche. Un bon soutien social de l'entourage apparaît clairement relié à des périodes de crises moins éprouvantes, comme dans le cas de Simon, qui bénéficie d'une grande ouverture de la part de ses parents et amis au sujet de sa sexualité. Malgré les difficultés dans la sphère familiale qu'a éprouvées Éric à la suite de l'annonce de son orientation sexuelle, il trouvera plus tard soutien et réconfort parmi ses amis proches.

Ces trois cas de figure mettent également en lumière un des moments charnières du parcours de la reconnaissance et de ses luttes, tel que proposé par Honneth (2000 et 2004), c'est-à-dire la reconnaissance de niveau 1, 2 et 3 (voir p. 44). Dans le cas de Simon, les relations de soutien et d'ouverture de sa famille et de ses amis sont clairement associées à la reconnaissance inhérente aux différentes

manifestations de l'amour et des relations affectives (reconnaissance de niveau 1). À l'opposé, pour Éric et François, c'est le manque de reconnaissance et le mépris qu'ils ont subis par rapport à leur orientation sexuelle ou au travail du sexe qui sont associés aux crises exposées plus tôt. Fait intéressant à souligner, l'identité professionnelle et la reconnaissance au travail qui devraient y être associées n'ont pas fait l'objet de discussion durant les entrevues avec les hommes rencontrés durant cette recherche. Le manque de reconnaissance à l'égard du travail du sexe et le mépris qu'a subi François, notamment de la part des forces policières, ont toutefois été abordés. Une question peut alors être posée ainsi : est-ce que la reconnaissance de l'orientation sexuelle comme composante de l'identité au travail est problématique ? Même si on ne peut prétendre que ces trois cas sont représentatifs de l'ensemble des hommes, on peut penser que c'est le cas pour bon nombre d'entre eux, comme le suggèrent des recherches sur la question de l'homophobie dans les milieux de travail, qui fait en sorte que nombreux sont ceux qui choisissent de taire leur orientation sexuelle par crainte de discrimination, de rejet ou d'exclusion (Chamberland, 2007). La reconnaissance au travail est une composante essentielle de la réalisation de soi, telle que l'ont suggéré plusieurs auteurs comme Dejours (2009) et De Gaulejac et Taboada Léonetti (1994). Les gens ont besoin de trouver du sens dans leur vie, et l'augmentation de la pression à la productivité au travail prend de plus en plus de place aux dépens d'autres sphères d'activités humaines, comme le temps passé avec les amis et les loisirs.

L'analyse du parcours de vie de ces trois hommes a également permis de mettre en lumière les circonstances ayant mené ou non à une interaction avec un intervenant (temps 1 et 2 du modèle), que ce soit en ligne ou en face à face, dans un cinquième axe que nous avons appelé *consultation et action* (qui comprend également le temps 3 du modèle). Dans le cas d'Éric, l'anonymat que procure Internet est un facteur important ayant mené à une interaction. Pour François, c'est la réputation des services offerts aux travailleurs du sexe qui a mené à une première interaction en face à face avec les intervenants. Pour Simon, la

méconnaissance des services, le fait d'avoir vécu en banlieue durant son adolescence et son âge sont des facteurs pouvant expliquer le non-recours aux services d'Action Séro Zéro. Le recours à des services offerts par des organismes communautaires ou des professionnels de la santé apparaît ici comme un facteur pouvant diminuer l'intensité des crises et favoriser la santé. L'exemple de François est révélateur à ce sujet. Ses propos indiquent clairement que le lien de confiance qu'il développe avec les intervenants d'Action Séro Zéro et le soutien qu'il a reçu ont été essentiels dans ses efforts pour reprendre sa vie en main. Les rencontres d'Éric avec les intervenants de Projet 10 l'ont aidé dans son difficile processus d'acceptation de son orientation sexuelle. Ces formes de soutien sont clairement associées à l'axiomatique de la communication dans laquelle la relation optimale favorise un recadrage amenant l'utilisateur à changer ses perceptions de la situation.

5.10 Des contextes d'intervention avec leurs avantages et leurs limites

L'analyse des données sur les contextes d'intervention révèle des avantages et des limites pour chacun d'entre eux. Pour ce qui est des interactions à l'aide d'Internet, les propos des usagers révèlent que l'anonymat qu'il peut procurer constitue un avantage dans certaines situations. Le parcours d'Éric exposé précédemment est un exemple d'une situation où l'utilisateur choisit d'interagir en ligne pour éviter d'être mal à l'aise en racontant une prise de risque dans une relation de couple. Un autre usager de 19 ans compare les avantages et les limites d'Internet en affirmant que l'interaction en face à face est préférable lorsqu'un soutien plus important d'un intervenant est nécessaire, comme lors du processus d'acceptation de l'orientation sexuelle.

Les propos des intervenants rejoignent ceux des usagers, mais comportent davantage de précisions sur ce qui distingue les deux types d'interaction. Tout d'abord, ils nous renseignent sur le profil des usagers qui, selon eux, préfèrent l'anonymat que procure Internet. Il peut s'agir de personnes qui ont cette préférence en raison de leur âge, de leur aisance à parler de la sexualité ou de

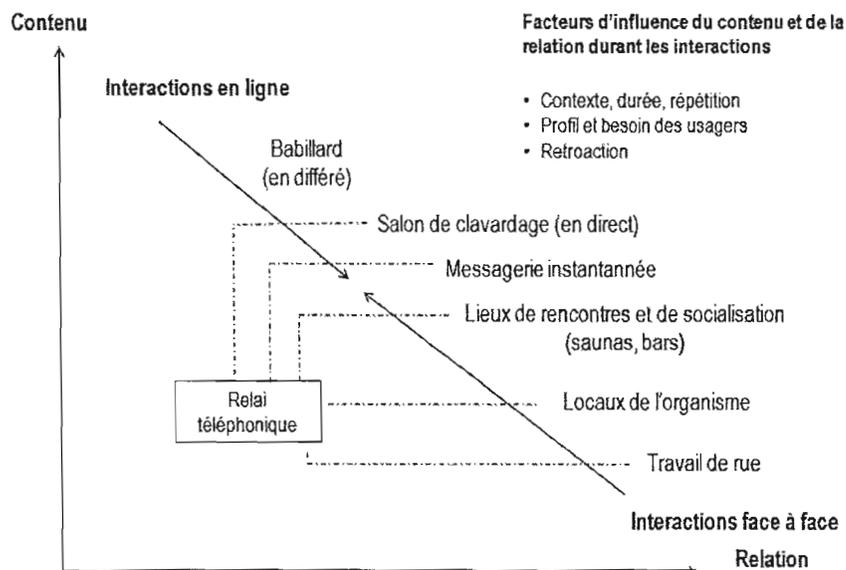
fréquenter les lieux de socialisation de la communauté. « Des jeunes qui ne sont pas nécessairement à l'aise de parler de leur sexualité », « les personnes d'un certain âge, les gens qui ont fait leur sortie sur le tard. Ils sont beaucoup moins à l'aise, dans la communauté », « les personnes très gênées ou mal à l'aise, pas bien dans leur peau, dans leur vie » (Intervenant no. 1, communautés culturelles, page 105). Il peut aussi s'agir de personnes d'origines culturelles pour lesquelles les sujets reliés à la sexualité (et encore plus l'homosexualité) sont particulièrement tabous : « les gens de communautés ethniques qui vivent une dynamique familiale différente » (*ibid.*) ou alors des hommes se trouvant dans une situation qui oblige à une grande discrétion : « Celui qui cherche un anonymat le plus complet, les hommes mariés » (*ibid.*).

Mis à part l'anonymat, les intervenants soulignent les autres avantages d'Internet, comme celui de la transmission rapide d'informations techniques précises, la possibilité de rejoindre des résidents des régions éloignées, celle de permettre de faire les premiers échanges en vue d'une rencontre en face à face ou de poursuivre en ligne une ou plusieurs interventions qui s'étaient déroulées en face à face (à l'aide d'une adresse de messagerie instantanée).

Toutefois, selon eux, les échanges en ligne peuvent aussi comporter de nombreuses difficultés telles la rapidité des échanges et la facilité avec laquelle une personne peut mettre fin à l'interaction, ce qui ne permet pas toujours de s'assurer qu'une personne a bien compris les informations données ou d'approfondir un sujet, tel que le souhaiterait l'intervenant. Les intervenants mentionnent également la confusion qui peut se produire en raison des nombreux échanges qui peuvent avoir lieu simultanément, les éclaircissements à fournir fréquemment, les reprises, les temps d'attentes, ce qui peut provoquer des malaises de part et d'autre, etc. Par ailleurs, l'interaction en ligne, lorsque comparée à l'interaction en face à face, ne permet pas d'établir un rapport aussi complet en raison de l'absence de signaux verbaux et non verbaux. Afin de combler certaines de ces limites, les intervenants peuvent inviter la personne à communiquer par téléphone pour poursuivre l'interaction.

L'analyse des propos des intervenants révèle une nette préférence pour les interventions de type face à face malgré qu'ils reconnaissent la pertinence et la nécessité des interventions en ligne. Les avantages des interventions face à face peuvent être résumés par la possibilité qu'elles offrent d'établir un rapport plus complet avec l'utilisateur : « En personne, tu peux rire avec la personne, la faire sentir belle, il y a quelque chose qui se véhicule car il y a un corps humain en face de toi, il y a une expression qui est sentie dans le visage » (Intervenant no. 5, saunas et Internet, page 107). Pour les intervenants, l'essentiel est de développer un lien de confiance avec la personne rencontrée. Cela est particulièrement important pour les interventions de longue durée et répétées dans le temps. Ce travail de mise en confiance est d'ailleurs rapporté par les usagers eux-mêmes, notamment par les travailleurs du sexe, dont plusieurs ont indiqué que c'est ce lien de confiance qu'ils ont développé avec les intervenants d'Action Séro Zéro et le soutien qu'ils ont reçu qui ont été des facteurs importants dans leurs efforts pour améliorer leur qualité de vie. La figure 5.6 présente les caractéristiques des deux types d'interaction à l'aide des axes *contenu* et *relation*.

Figure 5.6
Caractéristiques des deux types d'interaction



Les types d'échange sont situés par rapport à l'axe *contenu* et *relation* alors que les interactions en ligne sont plus associées au contenu et les interactions face à face à la relation. Par exemple, une interaction par le biais du babillard du site de l'organisme se prête davantage à du contenu (par exemple, de l'information sur les niveaux de risque associés aux comportements sexuels) qu'au développement d'une relation de soutien avec un intervenant. À l'opposé, le travail des intervenants, qu'il soit sur la rue ou au centre de soir pour les travailleurs du sexe, se prête beaucoup plus au développement d'un lien de confiance et de collaboration entre l'utilisateur et l'intervenant. Tel que souligné par un intervenant, le téléphone peut jouer le rôle de relais pouvant servir à poursuivre une interaction plus approfondie : « Ça reste dans la tête quand tu es sur Internet! Donc tu dois te rapprocher du téléphone; le téléphone c'est davantage humain. » (Intervenant no. 5, saunas et Internet, p. 108).

5.11 Les représentations sur les enjeux actuels de la prévention

Maintenant que nous avons exposé les résultats de notre recherche qu'on peut qualifier de descriptifs, nous allons maintenant revenir plus en détail sur les entretiens afin d'en extraire les éléments qui font référence aux représentations sociales des répondants tout en soulevant divers enjeux sociaux actuels. Nous nous référerons également à notre revue de littérature et à d'autres travaux pertinents.

Tel que nous l'avons exposé au chapitre II, les représentations sociales ont deux fonctions : s'orienter dans l'environnement et faciliter la communication entre les membres d'une communauté (Moscovici, 1961). Jodelet en a proposé une définition (1994, p. 36) que nous trouvons éclairante : « C'est une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social ». Cette forme de connaissance se distingue de la connaissance scientifique. Jodelet a aussi identifié les éléments dans leur structure, à savoir les éléments informatifs, idéologiques ou normatifs, soit des croyances, des attitudes, des valeurs, des

opinions et des images (Jodelet, 1989). L'existence d'un noyau central dans la structure, proposé par Abric (1991), s'accompagne d'une explication de leur dynamique, un système circulaire d'objectivation et d'ancrage où les pratiques et les représentations peuvent s'influencer réciproquement et où le noyau peut rester stable ou subir une modification résistante, progressive ou brutale.

Durant la première décennie de l'épidémie du sida, Herzlich et Pierret (1988) ont montré comment « la représentation du sida s'est construite à partir du savoir scientifique en fonction de critères culturels et normatifs » (Gosling, 1996, p. 117). À l'époque, les discours associaient « le mystérieux mal » à une mort certaine. Dans le processus d'ancrage de « l'image du sida », la maladie a été associée aux hommes homosexuels, considérés « à risques » en raison de leurs comportements. Dans le processus d'objectivation, « l'objet représenté est intégré dans des systèmes de pensée qui lui préexistent, mais, de part et d'autre, des transformations découlent de cette intégration » (*ibid.*) Ainsi, à cette époque, on a comparé le sida au cancer et on a assisté à des « dérives discursives », certains allant jusqu'à affirmer que le sida est la « peste gaie » ou le « cancer des gais ».

Les entretiens effectués dans le cadre de cette recherche permettent de mieux comprendre la dynamique des représentations sociales du VIH/sida depuis l'arrivée des nouveaux traitements vers 1996. On remarque à cet égard des similitudes importantes entre l'opinion des hommes rencontrés et celle des intervenants. On peut regrouper les représentations selon plusieurs catégories que nous présentons ci-dessous.

5.11.1 La visibilité du sida dans l'espace public

Un des hommes avec qui nous nous sommes entretenu fait remarquer qu'il y a aujourd'hui moins de campagnes de prévention : « Dans les années 80 et 90, il y avait des campagnes ici et ailleurs » (Claude, 35 ans, P9, p. 99). Selon lui, les personnes qui n'ont pas connu l'époque du « sida mourant³⁵ », notamment les

³⁵ Quelques campagnes à grande échelle menées plus récemment, dont une par le gouvernement du Québec en 2003, ont tenté de contrer la banalisation en utilisant l'approche controversée de la

jeunes, ont une représentation différente de la maladie. « On voyait des visages émaciés, des sarcomes »³⁶. Un intervenant est du même avis : « C'est certain que les nouvelles générations n'ont plus l'image visuelle de la personne atteinte » (Intervenant no. 2, centre de soir pour les travailleurs du sexe, p. 108).

Pour illustrer cette évolution qui peut avoir un effet sur les représentations du sida que se font les plus jeunes (car les représentations sont aussi modelées en fonctions d'images), nous pouvons nous référer à une campagne publicitaire controversée qu'avait lancée Benetton en 1994. Des affiches de grande taille montraient un homme atteint du sida, squelettique et sur le point de mourir, entouré des membres de sa famille visiblement en état de grande détresse. Cette représentation du drame familial et social qu'inflige le sida a secoué l'opinion publique de l'époque, qui considérait la campagne trop choquante. Or, aujourd'hui, on ne présente plus les personnes séropositives de cette manière étant donné que le développement du sida est beaucoup moins fréquent chez les personnes vivant avec le virus.

Par ailleurs, plusieurs chercheurs se sont intéressés à l'évolution de la visibilité du VIH/sida dans les médias écrits. Par exemple, l'étude de Mensah *et al.* (2008) a constitué un large corpus de 15 000 articles de journaux québécois traitant du VIH/sida ou des personnes séropositives pour la période comprise entre 1988 et

peur. Intitulée « Le sida circule toujours », les affiches présentaient des statues de marbre blanc (deux hommes ou bien une femme et un homme s'enlaçant) placées au-dessus de pierres tombales dans un cimetière. D'autres campagnes avaient par exemple comme slogan « Le sida tue encore » ou encore montraient des cercueils ouverts dans lesquels reposaient des personnes bien vêtues et sans aucune apparence de maladie visible ayant pu causer la mort.

³⁶ De nombreux ouvrages ont exploré les représentations de la maladie et surtout des malades à de nombreuses époques, notamment lors des grandes épidémies de peste et de choléra au Moyen Âge et à la Renaissance. Mise à part la représentation de la mort sous la forme de la Grande Faucheuse, ces « figures inquiétantes » ont été représentées de diverses manières (par la peinture, mais aussi, par exemple, sous la forme de tracts qu'on pouvait facilement distribuer à plus grande échelle pour « mettre en garde »). Ces images sont, au même titre que celles du sida, une représentation de la peur de « l'autre » ou de « l'étranger ». Par exemple, une gravure sur bois de Albrecht Dürer, *L'Homme atteint de la grosse vérole*, illustration de l'ouvrage de Theodoricus Ulsenius, *Vaticinium in epidemicam scabiem*, Nuremberg, 1496, qui, selon Chantoury-Lacombe (2008, p. 66) « relève de la caricature du Français, considéré comme le principal agent de la syphilis (aussi appelé "le Mal de Naples") que l'on rattachait aux excès sexuels et aux déviances, selon le mythe allemand tramé autour de cette pathologie ».

2004. L'analyse de contenu a démontré que le nombre d'articles parus a connu un sommet vers 1993 et 1994, alors que le VIH/sida était un thème très populaire dans les médias, notamment en raison de la sortie du film *Philadelphia*, mettant en vedette Tom Hanks. Par la suite, le nombre d'articles a connu un déclin significatif jusqu'au début des années 2000. Les analyses réalisées à l'occasion de cette recherche expliquent le regain de popularité du VIH/sida à ce moment en raison de la gravité de la pandémie dans plusieurs pays d'Afrique, notamment en ce qui concerne les luttes afin d'augmenter l'accès aux médicaments. L'étude a non seulement démontré que les articles parus sur le VIH/sida au Québec ont été relayés à des pages secondaires des journaux (de moins en moins à la une), mais aussi que les thèmes traités liés à la maladie ne portaient presque plus sur des enjeux locaux.

5.11.2 Les changements dans la vie des personnes séropositives

Le développement de traitements plus efficaces contre le virus a une incidence majeure dans la vie des personnes vivant avec le VIH. Tel que le souligne un intervenant : « Il y a quelque chose de vrai à propos de la trithérapie, qui amène à une plus longue durée de vie et qu'on ne parle plus de morts des maladies indirectes... On va de moins en moins dire : Il est mort du sida ! » (Intervenant no. 2, centre de soir pour les travailleurs du sexe, p. 108).

Selon un des hommes rencontrés, plus de personnes vivent aujourd'hui avec le VIH/sida sans qu'on puisse le remarquer par leur apparence physique : « Puis là, parfois tu en vois sur la rue, tu te dis : "Lui, il l'a, ok". Puis après tu entends : "Lui, il l'a". Tu réponds que : "Tu serais surpris des gens qui l'ont, car cela ne paraît pas!" » (Éric, 35 ans, p. 99).

Un autre intervenant remet en question le discours commun sur la banalisation en proposant qu'il s'agit plutôt que les gens constatent des changements dans la vie des personnes séropositives. « Je ne dirais pas qu'il y a banalisation, moi. Je dirais que les gens s'aperçoivent qu'il y a des changements dans la vie des personnes qui sont atteintes. Et que ces personnes peuvent avoir une meilleure qualité de vie. À

quelque part, ils n'ont pas tort non plus. » (Intervenant 2, centre de soir pour les travailleurs du sexe, p. 108).

Les changements dans la vie des personnes séropositives ont été explorés dans de nombreuses recherches. Par exemple, la cohorte MAYA de Montréal (Lavoie *et al.*, 2006) a exploré plusieurs aspects de leur vie comme les relations interpersonnelles et sociales et les difficultés associées au dévoilement de la séropositivité aux partenaires, aux personnes du réseau social primaire ou au travail. L'étude a également exploré les difficultés que vivent encore les personnes vivant avec le VIH, souvent liées aux diverses formes de stigmatisation dont elles peuvent faire l'objet, mais aussi en raison des inconvénients qu'entraînent les traitements. L'étude souligne toutefois que la majorité des personnes séropositives peuvent mener aujourd'hui une vie active et s'accomplir pleinement.

5.11.3 Le VIH est devenu une maladie chronique dans les discours

Autant les hommes rencontrés que les intervenants sont d'avis que le VIH est souvent présenté comme une maladie chronique dans les discours : « On dit maintenant : "Regarde, on peut vivre longtemps avec ça!" » (Yvan, 55 ans, p. 100). Un intervenant souligne les effets nuisibles de ce discours dans le milieu médical : « Et il y a banalisation aussi au niveau médical... Ça c'est très important! Parce que maintenant on a des thérapies multiples, que les molécules sont de moins en moins néfastes, qu'il y a moins d'effets secondaires, il y a une banalisation du VIH dans le monde médical. » (Intervenant no. 6, bars et Internet, p. 108)

Fait intéressant à souligner, certains médias écrits ont sans doute contribué à cette banalisation dans le monde médical et, par conséquent, dans les représentations collectives. Dans plusieurs magazines destinés aux minorités sexuelles LGBT, on a pu observer, avec le développement des nouvelles molécules, des publicités sur des médicaments montrant des personnes qu'on suppose séropositives, avec des visages souriants et des corps « en santé ».

5.11.4. Des représentations combinées qui contribuent à changer la perception de la gravité de la maladie

Toutes ces représentations combinées, c'est-à-dire les changements dans la visibilité du sida dans l'espace public, les changements dans la vie des personnes séropositives et les discours sur le VIH qu'on présente comme une maladie chronique contribuent à modifier la perception de la gravité de la maladie.

En se référant aux éléments théoriques que nous avons retenus à propos de la dynamique des représentations sociales, on peut, en reprenant l'exemple des travaux de Herzlich et Pierret (1988), illustrer le processus d'objectivation et d'ancrage pouvant expliquer, en partie, le phénomène de la banalisation.

Sur le plan de l'ancrage, « le savoir scientifique est interprété en fonction de critères culturels et normatifs » (Herzlich et Pierret, 1988, cité dans Gosling, 1996, p. 117). L'association de la maladie aux hommes homosexuels a changé, bien qu'elle subsiste toujours, comme nous le verrons plus loin : le sida doit concerner « tout le monde », comme l'ont martelé de nombreuses campagnes de sensibilisation au cours des années 90 jusqu'à aujourd'hui.

Sur le plan de l'objectivation, où « l'objet représenté est intégré dans des systèmes de pensée qui lui préexistent » (*ibid.*), on parle de plus en plus du VIH/sida comme une maladie chronique avec laquelle on peut vivre longtemps, grâce à des multithérapies qui ont moins d'effets secondaires et dont l'observance est facilitée par un nombre réduit de comprimés à prendre chaque jour. La représentation n'est plus associée de la même manière non plus. On ne considère plus le sida comme une forme de cancer, comme c'était le cas auparavant, mais plutôt comme une maladie chronique comme le diabète.

Quant aux comportements sexuels et leurs liens possibles avec des croyances erronées qui circulent à propos du VIH/sida, on peut se référer à l'étude menée auprès de 11 000 jeunes au Canada en 2003 (Boyce, 2003). Elle révélait qu'un grand nombre d'entre eux croyaient à tort qu'on peut guérir de la maladie et que, par conséquent, on assiste à un « relâchement de la vigilance ». Un des hommes

que nous avons rencontrés exprime son opinion à propos des causes du relâchement des pratiques sexuelles à moindre risque qu'il considère liées à une perception de la gravité du VIH : « Je ne crois pas que le relâchement est relié aux thérapies plus efficaces. C'est, selon moi, plutôt que les gens ne voient pas les conséquences de la maladie à long terme³⁷ [...] » (Claude, 35 ans, P9, p. 100). Nous y reviendrons plus loin, mais avant il importe de discuter d'autres représentations : celles de la santé, du risque et de la sexualité associée au VIH/sida.

5.11.5 Équilibre entre droit et devoir de santé dans une société du risque

Dans l'espace public, la responsabilisation personnelle sur la santé est de plus en plus omniprésente au sujet des habitudes de vie (alcool, alimentation, condition physique, tabac, etc.), mais bien souvent au détriment de la considération d'autres déterminants de la santé associés (revenu, éducation, soutien social, sexe, culture, environnement physique et social). C'est la tolérance très faible au risque dans une « société du risque », dans laquelle la multiplication des discours scientifiques sur les risques dans tous les domaines d'activité humaine contribue à l'augmentation de l'incertitude.

Dans l'exposé de la problématique et du cadre de référence, nous avons également suggéré que les critiques sur les représentations et les discours sur la maladie révèlent un débat sous-jacent à propos de la santé publique. En effet, certains auteurs qualifient les 3P (promotion, prévention et protection de la santé) de schéma instrumentalisant, pragmatique, utilitaire et porteur de discours contribuant à la peur (Carrier et Quirion, 2003; Furedi, 2002) dans une « société du risque » (Beck, 2001).

³⁷ Toutefois, bien que plusieurs études menées auprès de la population générale n'aient pas démontré une baisse dans la perception de la gravité du VIH, d'autres ont rapporté des liens de causalité entre les pratiques sexuelles comprenant un risque élevé et plusieurs cofacteurs tels que la consommation de drogues parmi les hommes ayant de relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) : l'étude menée à San Francisco par Schwarcz *et al.* (2007) a démontré que l'accord avec l'énoncé « You are less careful about being safe with sex or drugs than you were several years ago because there are better treatments for HIV now » était un cofacteur prédictif des comportements sexuels à risques.

Or, dans cette société, il apparaît que les risques ne sont pas tous égaux dans les représentations individuelles et collectives. L'exemple des sports extrêmes est révélateur de ces variations. En effet, non seulement ceux-ci comprennent de plus en plus d'adeptes à la recherche de l'intensité qui leur est associée, mais le regard qu'on leur prête est bien différent que celui qu'on porte sur les risques associés à la sexualité. Les variations dans les attitudes par rapport à certains risques sont bien explorées dans un recueil intitulé *Le risque : entre fascination et précaution* (Le Breton et Intermeier, 2007, p. 9).

Depuis la fin des années 70, les activités à risque connaissent un étonnant succès, de même les entreprises des « nouveaux aventuriers », des sportifs de l'extrême. Poussés par le désir de vivre intensément, la recherche du vertige ou de la performance, l'attrait pour la vitesse, nos contemporains mettent en jeu leur intégrité, voire leur existence, de multiples manières. Ivresses, addictions, imprudences, accidents représentent quelques-unes des modalités selon lesquelles on interpelle la mort pour trouver davantage de sens et de sel à la vie. Les conduites à risque des jeunes générations se développent et suscitent l'inquiétude. [...] Les activités physiques et sportives suscitent aussi une certaine indifférence comme dans le domaine de l'éducation pour la santé, où les campagnes d'information atteignent rarement leurs objectifs initiaux. La rationalité côtoie l'excès, elles s'opposent et se renforcent mutuellement. De leurs relations tumultueuses résultent oscillations, tensions et conflits. La visée de ce numéro [...] est de mieux comprendre comment coexistent les aspirations paradoxales à une existence prévisible et aventureuse, comment se conjuguent et se contrarient l'attraction et la répulsion pour les risques de notre temps.

5.11.6 La visibilité d'une « culture du risque sexuel » dans l'espace public et son impact sur le travail des intervenants

Mise à part les représentations associées au VIH de même que leur évolution et les paradoxes associés à la société du risque dans laquelle nous vivons, l'analyse des entretiens permet de repérer d'autres facteurs qui peuvent être associés au relâchement des pratiques sexuelles à moindre risque : il s'agit de la visibilité d'une « culture du risque sexuel » dans l'espace public, notamment celle visible sur Internet. Avec ce média, l'accessibilité à la pornographie a connu une croissance exponentielle au cours des 15 dernières années. Depuis quelques années, le phénomène de la pornographie qui présente des pratiques sexuelles

comprenant des risques très élevés a lui aussi connu une expansion considérable. Selon un des hommes rencontrés, il peut s'agir d'un facteur contribuant au relâchement, particulièrement pour les jeunes qui seraient plus vulnérables : « Les rôles modélisant des jeunes, les films pornos, c'est du *bareback* » (Éric, 35 ans, p. 100). S'ajoute à ce phénomène une certaine visibilité/accessibilité des personnes s'affichant comme adeptes de ces pratiques dans l'ensemble des usages d'Internet des hommes gais et bisexuels pour la rencontre de partenaires sexuels (Léobon *et al.*, 2007).

Ces pratiques sociales, à l'encontre de la norme de la sexualité à moindre risque, peuvent être en lien avec les représentations sociales du risque et du VIH/sida (une pratique pouvant influencer une représentation et vice-versa). Est-il possible que, pour certains hommes, ces pratiques aient eu une influence sur leurs représentations ? Et pour d'autres, est-ce que la banalisation du VIH/sida a pu influencer leurs comportements ? Comme nous n'avons pas rencontré d'hommes gais ou bisexuels déclarant de telles pratiques dans le cadre de notre recherche, nous ne pouvons pas nous prononcer sur ce sujet.

Toutefois, les intervenants rapportent des difficultés liées à la communication avec ces personnes qui ne se protègent pas de manière volontaire au cours de relations sexuelles comprenant un risque élevé de transmission des ITSS et du VIH. Pendant un entretien, un des intervenants a décrit son expérience avec ces personnes : « Je n'ai pas beaucoup de clients qui viennent me voir et me disent : "Je ne me protège pas." Ceux qui ne se protègent pas à mon avis n'ont pas nécessairement envie de le dire ou ils n'ont pas envie de parler avec moi. » (Intervenant no. 5, saunas et Internet, p. 110)

Comment peut-on interpréter ces propos ? On peut d'abord repérer une attitude de l'intervenant : ces gens ne veulent pas nécessairement en parler (avec moi ou en général). Pourquoi en est-il ainsi ? Est-ce que ces personnes craignent un jugement normatif de la part de l'intervenant sur un comportement hors norme qu'on qualifie de dangereux et d'irresponsable ? La norme est d'avoir des

relations sexuelles protégées par le condom pour éviter la transmission du VIH et des autres ITSS. Cette norme est véhiculée dans l'espace public, et les intervenants ont comme travail de faire la promotion de cette norme. Ceux qui dévient de cette norme de manière volontaire peuvent être accolés de stigmates associés au VIH. Comme l'a mentionné un des hommes rencontrés, il s'agit d'une « gang qui dérange », des gens qu'il qualifie de « trippeux » (Éric, 35 ans, p. 100) et qui consomment des drogues récréatives, une pratique entraînant davantage de prises de risques pendant les relations sexuelles étant donné l'altération du jugement ou alors, comme l'a affirmé un intervenant, il s'agit de personnes qui forment une « cellule plus inquiétante [...] qui s'en foutent [de la prévention] » (Intervenant no. 6, bars et Internet, p. 110)³⁸.

Holmes *et al.* (2005, p.11), dans une recherche menée auprès de ces personnes, propose une analyse critique des discours dans les médias écrits sur le *barebacking* et de ses conséquences dans l'espace public :

Accusations directed toward the 'risky selves' are becoming frequent in major news outlets (*Fugues, RG, Out magazine, The New York Times*, etc.), where various figures in AIDS activism and public health wage war against those they think are accountable for the new rise in HIV infections and other sexually transmitted diseases. This reaction contributes to demonize certain groups of people with regard to their practices, which in turn could lead to a homophobic outbreak within society (Crimp 1996; Remès 2003)³⁹.

Tel que nous l'avons présenté au chapitre III, le courant interactionniste propose des éléments théoriques pour mieux comprendre les stigmates. Rintamaki et Weaver (2008) vont toutefois plus loin que d'autres auteurs en abordant la question des dynamiques personnelles et sociales des stigmates associés au VIH. Ils décrivent d'abord l'évolution de la définition de stigmaté. Inspirés de la définition originale proposée par Goffman⁴⁰ (1975), ils mentionnent les auteurs

³⁸ Par ailleurs, dans de nombreuses recherches épidémiologiques, on a déterminé des niveaux plus élevés de ces prises de risque intentionnelles parmi les personnes séropositives.

³⁹ Voir la section 5.5.7 pour une discussion à propos de l'impact de l'homophobie sur la prévention.

⁴⁰ « ... dans tous les cas de stigmaté [...], on retrouve les mêmes traits sociologiques : un individu qui aurait pu aisément se faire admettre dans le cercle des rapports sociaux ordinaires possède une

qui ont proposé des définitions du stigmaté dans le cas particulier du sida. Herek et Glunt l'ont d'abord défini comme un « stigma directed at persons perceived to be infected with HIV, regardless of whether they are actually infected or they manifest symptoms of AIDS or AIDS-related complex ». La définition comprend trois éléments, soit :

a) anyone perceived to be HIV positive (and not just those infected) may become a target of stigmatizing behavior from others; b) infection with HIV provokes stigmatization from others, regardless of the stage of infection or if the immune system has been compromised to the point of AIDS classification; c) an in group versus out-group paradigm exists in which people with HIV are relegated to a disenfranchised social out-group (Herek et Glunt, 1988, p. 886 cité dans Rintamaki et Weaver, 2008, p. 68).

Toutefois, Rintamaki et Weaver considèrent que ces premières définitions ne permettaient pas de décrire comment les stigmates sont mis en place ou sont performés. Les auteurs de cette définition ont aussi négligé de décrire comment la société stigmatise non seulement ceux infectés par le VIH, mais aussi tous les groupes sociaux particulièrement touchés par le virus. Par conséquent, une définition plus juste a été formulée : « Prejudice, discounting, discrediting, and discrimination directed at people perceived to have AIDS or HIV, and the individuals, groups, and communities with which they are associated » (Herek, 1999, p. 1107, cité dans Rintamaki et Weaver, 2008, p. 69). Une catégorisation des sources primaires des stigmates associés au VIH a aussi été élaborée. Celles-ci sont l'association à des groupes sociaux déviants, la responsabilité personnelle de l'infection, la religion et la moralité, la contagion et l'association avec la mort. L'expression des stigmates peut se retrouver au niveau micro (dans les interactions incluant des manifestations d'ostracisme social, de rejet, d'isolement, de harcèlement ou de discrimination) et macro social (les politiques sociales, les lois et les services de santé). La recension des écrits de Rintamaki et Weaver

caractéristique telle qu'elle peut s'imposer à l'attention de ceux d'entre nous qui le rencontrent, et nous détourner de lui, détruisant ainsi les droits qu'il a vis-à-vis de nous du fait de ses autres attributs. Il possède un stigmaté, une différence fâcheuse d'avec ce à quoi nous nous attendions. » [...] « Un individu est dit stigmatisé lorsqu'il présente un attribut qui le disqualifie lors de ses interactions avec autrui. Cet attribut constitue un écart par rapport aux attentes normatives des autres à propos de son identité » (Goffman, 1975, p. 15).

permet donc de constater que les gens qui ont des comportements à risque élevé de transmission du VIH de manière intentionnelle peuvent être accolés de stigmates associés au VIH.

Au-delà de la crainte des jugements normatifs et des stigmates qui peuvent nuire à la communication, on rapporte que dans certains cas, ces personnes refusent catégoriquement de s'entretenir avec les intervenants au sujet de la prévention. Un des intervenants rencontrés raconte une expérience : « Oui, ces gens-là m'ont fait comprendre que c'est peine perdue d'essayer de les convaincre » (Intervenant no. 6, bars et Internet, p. 110). Un autre intervenant rapporte que l'accueil de la clientèle est parfois mitigé dans certains établissements tels que les bars.

La plupart sont ouverts à la présence de Séro Zéro. Généralement, on a quand même de bons contacts dans la plupart des établissements. Au niveau de la clientèle par exemple, c'est assez mitigé. J'ai eu des commentaires de certaines personnes : « Bordel, vous êtes partout! On vous voit tout le temps. Vous êtes dans les saunas et maintenant dans les bars! On peut-tu avoir la paix! »(Intervenant no. 6, bars et Internet, p. 110)

Ces rencontres illustrent clairement des formes de disqualification de la part de ces hommes à l'endroit des intervenants. Comment peut-on expliquer une telle réaction ? À partir de l'axiomatique de la communication proposée initialement par l'École de Palo Alto, les travaux d'Edmond et Picard (2008) nous éclairent sur les sources de difficulté dans les problèmes de communication, notamment les confusions des niveaux de communication, les effets de feed-back, l'identité et les rapports de place et les mécanismes de défense. Toutefois, ce qui peut nous aider encore davantage dans notre analyse de ces réactions des gens à la présence des intervenants sont les niveaux d'analyse de la relation qu'ils distinguent et dans lesquels « l'intrapsychique est de l'interactionnel intériorisé et que l'interactionnel est, en partie, de l'intrapsychique projeté [et cette distinction] permet de construire une articulation entre le niveau du sujet et celui de l'interaction. [...] ces deux niveaux, sont, à leur tour, surdéterminés par le niveau du contexte » (Edmond et Picard, p. 117).

Des auteurs de travaux récents sur le phénomène du *barebacking* ont abordé les phénomènes intrapsychiques dans les interactions entre les autorités de santé publique et les publics ciblés par la prévention. Alors que Bourdieu explique le processus par lequel une « violence symbolique » existe à l'endroit des personnes qui dévient d'une norme proposée et maintenue par les dominants (dans une société hétérosexiste), Holmes *et al.* (2005, p. 15), à l'aide d'une approche psychanalytique, soulignent que les agents de santé publique comme les infirmier(ère)s doivent se rappeler que leurs messages de prévention peuvent représenter une menace symbolique :

Lacan warns us repeatedly of the dangers of trying to repress symbolic expression, or of thinking that the symbolic role of our actions (such as sex) are merely superfluous. A subject can experience a psychic punishment, 'more far-reaching than any physical punishment', when he does not utter the signifiers required for recognition from the Other (Lacan 1966/2002, p. 13).

Holmes se réfère par ailleurs aux concepts de (dé)territorialisation de Deleuze et Guattari pour suggérer que le *barebacking* est une forme de résistance à une prévention devenue trop intrusive⁴¹.

Governed subjects have a highly ambivalent belief toward the apparatus of *governmentality* (Foucault 1991). For example, in relation to public health, individuals feel resentment toward the 'authoritative nature of the state and its incursions into their private lives' (Lupton 1997, p. 134). When the imperatives of external governing agencies conflict with individuals' desires, a sense of dissonance occurs (*ibid.*).

De plus, on remarque que certains adaptes du *barebacking* semblent revendiquer une identité propre à un groupe (certaines personnes portent même un tatouage illustrant le symbole utilisé pour désigner les dangers de contamination biologique – *biohazard*). Peut-il s'agir d'un mouvement de subversion au sens de Bourdieu ?

⁴¹ Le texte de Haig *et al.* (2009, p. 158) propose justement une réflexion sur le travail de proximité des intervenants d'Action Séro Zéro à l'égard d'enjeux liés à la vie privée. Selon l'auteur, « le risque d'outrepasser les limites du respect à la vie privée serait contrebalancé par l'utilisation de méthodes dialogiques et participatives, ainsi que par l'ancrage dans les démarches de démocratisation d'accès dans les services de santé ».

Or l'objectif de tout mouvement de subversion symbolique est d'opérer un travail de destruction et de construction symbolique visant à imposer de nouvelles catégories de perception et d'appréciation, de manière à construire un groupe ou, plus radicalement, à détruire le principe de division même selon lequel sont produits le groupe stigmatisant et le groupe stigmatisé. Ce travail, les homosexuels sont particulièrement armés pour le réaliser et ils peuvent mettre au service de l'universalisme, notamment dans les luttes subversives, les avantages liés au particularisme (Bourdieu, 1998, p. 8).

En terminant cette section de la discussion, nous pouvons nous interroger dans quelle mesure l'exemple du *barebacking* s'inscrit ou non dans le débat qui perdure depuis plusieurs décennies autour du rôle de la santé publique :

Le poststructuralisme foucauldien a donc alimenté un fort courant d'analyses critiques des systèmes de santé publique centrés sur les notions de pouvoir, de processus d'exclusion, de normalisation, de standardisation et de contrôle des corps. [...] Dans quelle mesure ne peut-on faire une lecture de la santé publique en terme de nouveau champ d'expression de la maîtrise sur soi et de contrôle de son destin sanitaire, comme outil de contrôle sur la maladie et la mort prématurée, véritable condition obligée de toute liberté ? Le *Healthism* serait-il alors, non pas une idéologie utilisée pour justifier l'entreprise normative mais, au contraire, une opportunité d'émancipation, d'arrachement aux divers déterminismes biologiques et aux conditions de vie difficiles ? (Massé, 2003, p. 38-39)

5.11.7 L'homophobie peut nuire aux efforts de prévention

Comme nous l'avons mentionné précédemment, les stigmates associés au VIH peuvent être accolés aux personnes, notamment les hommes (et particulièrement les séropositifs) qui ne se protègent pas de manière volontaire lors des relations sexuelles. S'ajoutent à ces stigmates ceux associés à l'homosexualité. Une campagne récente menée par le ministère de la Santé et des Services sociaux indique l'importance maintenant accordée par le gouvernement à la lutte aux préjugés liés à l'homosexualité, qui peuvent nuire aux efforts de prévention. La campagne récente intitulée *Juger propage le sida : Moins on juge un homme qui a des relations sexuelles avec un autre homme, mieux on aide* avait comme objectif de « sensibiliser la population québécoise au besoin des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH), afin qu'ils soient mieux soutenus pour ne pas qu'ils contractent et transmettent le virus de

l'immunodéficience humaine (VIH) » (ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2008, p. 1). Le communiqué renforce la pertinence d'une telle campagne en affirmant que :

On constate que l'homophobie est encore présente chez la population adulte québécoise. La discrimination et l'ostracisme envers les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes forment une barrière à la prise en charge de leur santé et à l'adoption de comportements sécuritaires face au VIH. Une attitude négative à leur égard a certainement un impact sur l'estime qu'ils ont d'eux-mêmes qui peut entraîner un désintérêt face à leur santé sexuelle⁴².

On ne peut que saluer une telle initiative qui s'inscrit dans la foulée des recommandations du rapport intitulé *De l'égalité juridique à l'égalité sociale : vers une stratégie nationale de lutte contre l'homophobie* (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse du Québec, 2007)⁴³. Par ailleurs, la santé publique, tout en soulignant les difficultés auxquelles font face les organismes communautaires, souligne l'importance de la collaboration intersectorielle dans la lutte contre les ITSS, la lutte contre l'homophobie et l'éducation à la sexualité en milieu scolaire :

Les organismes communautaires et les CSSS réalisent plusieurs activités de prévention des ITSS : consultations, rencontres d'information sur les risques de transmission des ITSS, travail de proximité (distribution de condoms et de lubrifiant, soutien à l'adoption de comportements sécuritaires), ateliers sur le vécu homosexuel. Pour diverses raisons – financement de courte durée ou précaire, roulement de personnel, etc. – ces activités ne sont pas aussi régulières, efficaces et pérennes qu'elles le devraient. Pour remédier à la situation, il importe :

- de favoriser la collaboration entre les organismes communautaires et les CSSS, de manière à faciliter la mise en place d'initiatives de promotion de la santé et de prévention adaptées aux réalités de ces hommes;

⁴² Ce qui correspond à l'homophobie intériorisée : « ... les préjugés entourant l'homosexualité sont également présents dans le système de croyance de certains individus. Plus précisément, l'homophobie intériorisée renvoie aux préjugés négatifs envers l'homosexualité qu'un individu a intériorisés au cours de son processus de socialisation » (Chamberland *et al.*, 2009, p. 159).

⁴³ Le 11 décembre 2009, la ministre de la Justice rendait publique la première *Politique québécoise de lutte contre l'homophobie*. Le plan interministériel d'action de lutte contre l'homophobie a ensuite été annoncé en mai 2011.

- de constituer un réseau de pratiques sollicitant la participation des régions de manière à mettre à profit les expériences et à faire évoluer les pratiques;
- de participer à la lutte contre l'homophobie et de veiller à ce que les activités d'éducation à la sexualité en milieu scolaire et dans d'autres milieux intègrent la question de l'orientation sexuelle (Santé et Services sociaux du Québec, 2010, p. 57).

Or, est-ce que ces initiatives pourront contribuer à changer les discours à l'égard des hommes gais et bisexuels qui prennent volontairement des risques ? Est-ce que la campagne de 2008 soutient ce que certains désignent par les « bons gais », victimes de l'ostracisme encore présent aujourd'hui envers l'homosexualité dans la société québécoise et qui s'exposent aux risques de manière accidentelle (on nomme rechute ou *relapse*, des incidents dans une sexualité où la personne maintient généralement des comportements à moindre risque)⁴⁴.

Le cas de Simon, un des hommes rencontrés à l'occasion de cette recherche, est un exemple typique d'un tel incident où c'est l'intensité du moment qui l'a emporté sur le contrôle habituel⁴⁵. À l'opposé, les preneurs de risques intentionnels sont souvent considérés comme des « mauvais gais » dans les discours. Une telle attitude négative à l'égard de certains gais est une forme de mépris qui peut nuire à la quête de reconnaissance tel qu'exposé par Honneth (niveaux 2 et 3), c'est-à-dire leur reconnaissance juridique et sociale, et plus largement la valorisation de la diversité sexuelle de la reconnaissance de la contribution des minorités sexuelles à la société.

⁴⁴ Ces propos rejoignent ceux de Cauchie et Corriveau. Dans la section de leur chapitre intitulée « La figure du gai « à risques » : des esprits à bien « manager », des corps à maintenir en santé », les auteurs soutiennent que, malgré les gains en matière de reconnaissance juridique, « le relent répressif pourra s'appuyer, tant au Québec que dans le reste du Canada, sur un discours de santé publique qui cherche à séparer le bon grain de l'ivraie, les gais responsables de ceux qui ne le sont pas (encore) » (de Cauchie et Corriveau, 2011, p. 59).

⁴⁵ Émond (2005) a proposé un modèle d'étude du processus de séduction pouvant expliquer ces moments de relâchement des pratiques sexuelles sécuritaires et dénonce le manque d'attention accordé à ce phénomène dans la littérature, qui décrit ces épisodes comme des pertes de contrôle momentanées à combattre par la rationalité de l'individu.

5.11.8 La criminalisation de la transmission du VIH

Depuis quelques années, on assiste au Canada et dans d'autres pays à des cas de poursuites devant les tribunaux mettant en cause des personnes soupçonnées d'avoir délibérément transmis le VIH à un partenaire. La jurisprudence dans ce domaine suscite beaucoup de controverses. D'un côté, on invoque la nécessité que la loi puisse protéger les individus contre ce qui est considéré comme une agression et, de l'autre, on remet en doute la capacité de prouver l'intentionnalité des accusés par des preuves suffisantes.

Par ailleurs, des chercheurs, des activistes et des militants de plusieurs milieux soulignent à quel point les discours de criminalisation sont nuisibles aux efforts de prévention, car ils stigmatisent encore davantage les personnes vivant avec le VIH ou les groupes associés au VIH (gais, jeunes, usagers de drogues, adeptes du *barebacking*, etc.). La stigmatisation peut contribuer à la diminution du recours aux tests de dépistage, mais aussi plus largement nuire à la possibilité d'interactions pouvant favoriser les changements d'attitudes entre les acteurs de santé publique et communautaire et les populations ciblées par les interventions (Réseau juridique canadien du VIH/sida, 2008).

5.12 Un élargissement vers une perspective globale de la santé pertinent et nécessaire

Tel que nous l'avons exposé dans la problématique, on assiste depuis la fin des années 90 au développement d'approches renouvelées en prévention du VIH/sida pour les interventions en santé publique et communautaire. L'approche « santé gaie » (*Gay Health*) a d'abord été envisagée, notamment aux États-Unis, puis au Canada et dans plusieurs pays d'Europe (Gay and Lesbian Health Services of Saskatoon, 2000 et 2002).

Au Canada, des consultations nationales auprès d'acteurs de plusieurs milieux actifs dans la prévention auprès des hommes gais et bisexuels ont conclu que « le fait d'aborder la prévention du VIH de façon à l'isoler des autres aspects relatifs à

la santé des hommes gais et de diverses sources déterminantes d'influence sur la santé des gais s'est révélé moins efficace » (Ryan et Chervin 2001, p. 46).

En 2005, les représentants d'organismes de plusieurs pays et les chercheurs présents à Paris durant la *Conférence internationale VIH et santé gaie : nouveaux concepts, nouvelles approches* ont proposé des pistes pour une approche commune de la santé gaie :

La nouvelle approche est donc globale, elle désigne par santé gaie divers aspects de la santé : émotive, mentale, physique et spirituelle de même que les liens relationnels entre ces différents aspects de la santé et les conséquences en terme d'affections, notamment celle relative au VIH. Il faut aussi envisager les relations entre la santé, le bien-être des hommes gais et les facteurs de nature interpersonnelle, culturelle ou sociale, structurelle (Warning, 2005).

Les conclusions issues de la consultation canadienne *Valorisation des vies des hommes gais* (Ryan et Chervin, 2001) ont, par ailleurs, influencé la planification stratégique quinquennale pour lutter contre le VIH au Canada jusqu'en 2010 (Association canadienne de santé publique, 2004). Le plan d'action de lutte stratégique contre le VIH propose plusieurs recommandations pour la mise en œuvre de programmes de prévention pour les hommes gais et bisexuels.

L'élargissement du mandat d'Action Séro Zéro constitue lui aussi une planification stratégique qui intègre plusieurs composantes de l'approche globale de la santé et du mieux-être, mais à une plus petite échelle. Considérant les nombreux besoins pressentis chez les hommes gais et bisexuels en matière de santé physique, psychologique, sexuelle et sociale, l'assemblée générale de l'organisme, en 2005, a mandaté le conseil d'administration de voir à la faisabilité de l'élargissement du mandat afin qu'il considère une approche globale de la santé. L'élargissement du mandat d'Action Séro Zéro s'appuie sur la conviction que la qualité de vie globale d'un individu dépasse largement son état physique. Derrière l'expression « qualité de vie », se profilent divers besoins d'ordre psychoaffectif, environnemental, social et physique. L'élargissement vise également à raviver les différentes approches en matière de prévention. Dans cette

perspective, l'organisme privilégie maintenant une approche globale de la santé, qui va au-delà de la prévention du VIH/sida ou de la promotion du sécurisexe. Il favorise une diffusion des connaissances et des moyens auprès des hommes gais et bisexuels pour leur permettre de développer et de maintenir un plus grand contrôle sur leur santé physique, mentale, affective et sociale.

De nombreuses autres organisations de prévention œuvrant auprès des hommes gais et bisexuels ont déjà entrepris ce même mouvement vers une approche plus globale de la santé, et ce, dans plusieurs pays, notamment l'Australie, les États-Unis, la Grande-Bretagne et la Suisse. La nouvelle orientation exige des groupes communautaires qui en sont porteurs qu'ils aient une meilleure compréhension des perceptions et des besoins que priorisent les populations desservies. Aux États-Unis, l'organisme Magnet de San Francisco a consulté en 2003 les hommes gais sur les types de service qu'ils souhaitent dans le quartier Castro. En Suisse, l'organisation Dialogai a mené une enquête en 2001 auprès des hommes gais et bisexuels de la région de Genève (Wang *et al.*, 2003) et, depuis, plusieurs initiatives en santé gaie ont été créées, notamment des services centralisés à la clinique Checkpoint de Genève.

Au Canada, parmi les exemples bien documentés, on retrouve l'organisme *Gay Way* à Vancouver, dont les services offerts étaient anciennement sous l'égide de AIDS Vancouver. En 2000, une enquête a permis d'estimer les besoins prioritaires en matière de services à offrir aux hommes gais et bisexuels de la région (Trussler, 2000). Une enquête similaire a été menée dans la région d'Ottawa-Carleton (Pink Triangle Services, 2001). Ces exemples de démarches et d'enquêtes ont inspiré une étude de besoins menée par Action Séro Zéro en 2007, dans laquelle on a recueilli l'opinion des hommes sur le concept de santé gaie (Dumas *et al.*, 2008). Trois des cinq énoncés proposés pour définir le concept ont reçu un niveau d'accord supérieur à 80 %, soit : celui à propos de la santé gaie conçue comme une vision allant au-delà de la prévention du VIH/sida et des ITSS; celui sur l'attitude positive d'un intervenant ou d'un professionnel consulté par rapport à l'homosexualité; et celui concernant le souhait du répondant que

l'intervenant ou le professionnel consulté soit au courant de son orientation sexuelle. Les deux autres énoncés ont reçu des niveaux d'accord nettement moins élevés, c'est-à-dire de la part d'environ le tiers des répondants, soit : l'énoncé suggérant que l'intervenant ou le professionnel de la santé consulté doit être de la même orientation sexuelle que la sienne; et l'énoncé suggérant que la santé gaie est un concept inutile puisque la santé est la même chose pour tous, peu importe l'orientation sexuelle. Globalement, il apparaît donc de manière très explicite que les répondants sont d'accord avec les notions d'équilibre et de la multiplicité des composantes de la santé globale.

Plusieurs propos recueillis au cours de la présente recherche soulignent la pertinence et la nécessité de l'élargissement vers une perspective globale de la santé. D'abord, pour ce qui est des campagnes de prévention en ce qui a trait au relâchement des comportements sexuels à moindre risque, notamment chez les plus jeunes qui n'ont pas connu le « sida mourant ». Comme l'explique un des hommes rencontrés « il y a un message qui ne passe pas à quelque part » (Claude, 35 ans, p. 99). Un autre participant explique que, selon lui, « on ne fait plus attention aux messages, car les affiches sont ennuyeuses » (Sylvain, 38 ans, p. 101). Avec le développement des nouveaux traitements plus efficaces, « les gens ne voient pas les conséquences de la maladie à long terme » (Claude, 35 ans, p. 100). Un participant, lui-même vivant avec le VIH, explique que les discours sur la chronicisation de la maladie ont un impact important : « On ne va pas chercher la peur, on va chercher la science. On dit maintenant regarde, on peut vivre longtemps avec ça! C'est des médicaments et on en meurt plus nécessairement! » (Yvan, 55 ans, p. 100).

Les propos des intervenants sont aussi révélateurs de la nécessité de l'élargissement du mandat dans ce contexte. Avec cette nouvelle approche, « on se dirige davantage vers la promotion de la santé, donc on prend plus la personne dans sa globalité et [on ne prend pas seulement en compte] un problème précis », et on va ainsi « répondre de manière plus adéquate aux besoins de la clientèle plus vulnérable » (Intervenant no. 2, centre de soir pour les travailleurs du sexe, page

103). Après une année passée au sein de l'équipe, un intervenant explique l'évolution de son opinion : « Je comprends que la santé sexuelle n'est pas qu'une question de transmission d'infection comme le VIH, mais que le problème demeure la pointe de l'iceberg » (Intervenant no. 5, saunas et Internet, page 103). Cet intervenant impliqué dans un projet pilote sur la toxicomanie explique que : « Il y a donc plusieurs liens entre sexualité, santé mentale, santé physique. Je suis persuadé qu'on ne peut pas toucher uniquement à une dimension de la santé. C'est dans ce sens que je crois que l'élargissement du mandat est bien! »

Par ailleurs, l'élargissement du mandat pourrait contribuer à changer la perception de l'organisme qu'ont certaines personnes (ce qui correspond au temps 1 du modèle, c'est-à-dire avant l'interaction, au moment où un usager éprouve un besoin de consulter ou non, et dans l'affirmative procède au choix d'une source d'information ou de conseil). Selon un des intervenants rencontrés, une première difficulté réside dans la perception que les gens ont de l'organisme. « La majorité des gens ne viennent pas vers nous pour un besoin spécifique autre que de l'information par rapport aux infections et au VIH, dont des informations plus techniques, car les gens ne savent pas, et perçoivent surtout l'organisme comme un transmetteur d'information » (Intervenant no. 5, saunas et Internet, p. 112).

5.13 Des tendances lourdes nuisant au travail de proximité

Les bailleurs de fonds exigent des organismes communautaires qu'ils démontrent de manière quantitative leurs résultats, tel que prôné par l'approche du *cost-effectiveness evidence* (nombre de condoms distribués, nombre d'interventions réalisées, nombre de lieux visités, etc.). Au dire d'un intervenant : « L'impression que j'ai c'est que Séro Zéro se dirige vers une approche de quantité et non de qualité. Moi, m'intégrer dans tous les milieux tout le temps, je trouve que c'est de la quantité plus que de la qualité. [...] Je ne crois pas à la quantité, si les patrons c'est cela qu'ils veulent! » (Intervenant no. 5, saunas et Internet, p. 112). On a donc un paradoxe d'efficacité : faire plus d'interventions pour satisfaire les critères de financement ou prendre plus de temps avec les gens pour améliorer

l'atteinte des objectifs. Ce paradoxe porte atteinte aux individus quant au sens qu'ils peuvent trouver dans leur travail. Leurs savoirs d'expérience relégués à la simple productivité est un manque de reconnaissance pouvant nuire considérablement à leur identité professionnelle (Dejours, 2008; DeGaujéjac, 2005; Honneth, 2000) et éventuellement à leur santé mentale et physique. Au Québec, on rapporte le phénomène de la perte de sens dans le travail, particulièrement dans le Réseau de la santé et des Services sociaux. Pauchant (2002), dans un ouvrage dont le titre *Guérir la santé* est particulièrement évocateur, expose comment se sont formés dans le réseau des groupes de parole pour retrouver du sens au travail. C'est le dialogue tel que décrit par Bohm (1992) qui est préconisé et dans lequel la réflexivité est favorisée.

Certaines instances de la santé publique remettent toutefois en question l'élargissement des thèmes d'intervention vers la santé globale, même si les organismes affirment qu'ils veulent maintenir la priorité sur la prévention du VIH et des ITSS. Il semble qu'ils craignent une dispersion des efforts pouvant nuire à la prévention au lieu de l'améliorer comme le soutiennent les organismes. Même si les résultats de cette recherche ne permettent pas d'entrevoir le contexte conservateur dans lequel les gouvernements évoluent actuellement⁴⁶, d'autres travaux suggèrent que ce climat ne permet pas aux organismes d'évoluer vers des approches innovatrices en matière de prévention. À ce titre, l'expérience de *Health Initiative for Men* (HIM) à Vancouver est révélatrice (Banks, 2011). Leur élargissement vers une approche de santé globale suggère que cette manière d'intervenir permet d'interpeller les gens plus efficacement (le nombre élevé d'utilisateurs des services comptabilisés au cours de la première année d'existence de l'organisme en témoigne) qu'à l'aide des messages de prévention traditionnels qui les rebutent. Après plusieurs années de travail à développer (parallèlement aux services offerts dans les bureaux), en phase avec les besoins et les demandes des

⁴⁶ D'autres exemples largement rapportés dans les médias témoignent du climat conservateur actuel : le retrait des subventions accordées à des grands événements comme la *Gay Pride* de Toronto ou *Divers/Cité* à Montréal, la volonté du gouvernement fédéral de fermer le site d'injection de drogues supervisé à Vancouver, malgré les recherches évaluatives récentes qui ont démontré l'efficacité de ce genre de programme, le retour du débat sur le droit à l'avortement, etc.

représentants de la communauté des hommes gais et bisexuels, une plate-forme Internet d'intervention ayant comme approche une perspective de santé globale, une demande de financement a été refusée au fédéral (de la part d'un organisme qui offre des programmes de subventions pour les recherches et les interventions en santé), ce qui a ralenti considérablement son développement. Parmi les explications évoquées pour ce refus, il semble que le contenu trop sexuellement explicite serait l'une des principales raisons. Peut-on associer cette attitude à une tentative d'étouffement de la parole (*silencing*) des regroupements et associations n'adhérant plus au discours classique de la prévention dans lequel la sexualité est représentée de manière plutôt discrète voire censurée ? Si c'est le cas alors les recherches futures en communication pour la santé parmi les populations marginalisées devront davantage en tenir compte.

Subaltern studies work has identified agency as central to understanding the voices of marginalized people. Spivak (1999) notes the powerful silencing of subaltern subjects in dominant Western discourses. By highlighting subaltern classes as victims, dominant discourses silence subaltern voices. [...] Although Spivak (1999) empathically states that the subaltern cannot fully participate in the production of hegemonic speech (and have no such political investment), she notes that the subaltern can and do speak. In this sense, a subaltern studies approach to agency demands attention to voice. Dominant approaches to health communication that do not foreground marginalized community member's voices are thus potentially complicit in such silencings. By addressing the question of agency as an ongoing process, Proyecto⁴⁷ offers one approach for prioritizing subaltern voices in critical health communication. During 2005, Proyecto offered programs for men-who-have-sex-with-men (MSM), transgender people, and youth. [...] While the MSM and transgender programs are often funded by population-specific support, programs for other segments of the queer Latino community are often under-funded. This strategic funding of single-population-based programs often undermines PCPV's holistic approach to healthy communities (Comacho, 2008, p. 232).

⁴⁷ Proyecto ContraSida Por Vida est un organisme communautaire œuvrant auprès des communautés latino-américaines de San Francisco.

5.14 Exemple d'utilisation du modèle proposé

Les résultats de notre étude nous permettent de proposer des suites pratiques à l'intervention de proximité et particulièrement pour l'organisme Action Séro Zero.

Tableau 5.6 Exemple d'utilisation du modèle proposé

Temps 1 – Usager Avant l'interaction	Temps 2 – Intervenent/usager Pendant l'interaction	Temps 3 – Usager Après l'interaction
<p>Un individu éprouve une préoccupation liée à ses pratiques sexuelles à risque élevé.</p> <p>Il ressent un besoin de consulter un intervenant de RÉZO en face à face ou en ligne.</p>	<p>Y a-t-il disqualification (réelle ou perçue) de part et d'autre ?</p> <p>L'usager et l'intervenent se sentent-ils à l'aise de parler de prises de risques intentionnelles ?</p> <p>Si un malaise existe, les stigmates associés au <i>barebacking</i> peuvent-ils expliquer du moins en partie cette difficulté de la communication ?</p> <p>Si oui, peut-on expliquer la nature des stigmates et comment peut-on en réduire l'effet sur le <i>contenu</i> et la <i>relation</i> durant l'interaction ?</p>	<p>L'usager peut évaluer sa satisfaction par rapport à l'interaction.</p> <p>Il peut s'engager dans une réflexivité.</p> <p>Il peut y avoir ensuite une action à la suite de l'interaction.</p> <p>Il peut y avoir un changement d'attitude ou de comportement.</p>
<p>Temps 1 – Intervenent</p> <p>L'organisme fait la promotion de ses services.</p> <p>Un intervenant est présent dans un milieu.</p> <p>Il va vers un usager ou celui-ci va vers l'intervenent.</p>	<p>Nature des stigmates :</p> <p>Dangereux, irresponsable, criminel ?</p> <p>Origine des stigmates :</p> <p>Discours dans l'espace public ? Mauvaises expériences dans les relations interpersonnelles ?</p> <p>Stratégie de réduction de l'effet des stigmates :</p> <p>Écoute, empathie, respect, établir un lien de confiance, établir une relation de partenariat pouvant favoriser le dialogue et l'intercompréhension.</p>	<p>Temps 3 – Intervenent</p> <p>L'intervenent peut évaluer son travail à la suite de cette interaction.</p> <p>Il peut en discuter avec les autres intervenants.</p> <p>Il participe à l'élaboration des stratégies de prévention dans l'organisme, mais aussi en collaboration avec d'autres acteurs de la santé publique.</p> <p>Il peut s'engager dans une réflexivité.</p>

Preñons l'exemple des difficultés de communication relevées précédemment telles que les risques de stigmatisation et de disqualification (comme cela peut être le cas avec le *barebacking*, par exemple). Le tableau 5.6 montre comment le modèle proposé (avant, pendant et après une interaction entre un usager et un intervenant) peut s'avérer utile pour l'élaboration de stratégies pouvant favoriser l'atteinte des objectifs de la prévention d'Action Séro Zéro.

5.15 Pistes ouvertes pour l'intervention et la formation en communication pour la santé dans le contexte actuel de la prévention

Les résultats de cette recherche ont fait l'objet de discussions avec le coordonnateur des interventions, le responsable de la recherche et du développement (voir à ce sujet les extraits d'un entretien avec lui à l'appendice M) et plusieurs intervenants d'Action Séro Zéro. Au moment de la finalisation de la thèse, un travail de transfert de connaissances a débuté pour l'intégration de concepts de communication pour la santé dans deux documents internes de l'organisme, soit : 1) un cadre d'intervention général sous forme de guide destiné aux intervenants; et 2) un guide spécifique aux interventions en ligne. Bien qu'une partie de la problématique et de la discussion porte sur les dangers que peut poser la protocolarisation des pratiques au détriment des savoirs d'expérience des intervenants et de leur créativité, cette recherche peut néanmoins proposer des questions pour la formation et l'intervention en considérant les trois temps du modèle d'étude des processus de la communication pour la santé.

Temps 1 – Avant l'interaction : à propos *des usagers en général*, l'intervenant peut s'interroger sur leurs :

- leurs préoccupations dans une perspective de santé globale (santé physique, mentale, sexuelle, relations interpersonnelles et sociales);
- leurs besoins ressentis ou non de consulter un intervenant pour de l'information ou des conseils à propos de ces préoccupations;

- les circonstances entourant leur décision de consulter ou non un intervenant;
- leurs choix quant au type d'interaction souhaité (en ligne ou face à face).

Temps 2 – Pendant l'interaction : à propos *d'un usager en particulier*, l'intervenant peut s'interroger sur :

- son parcours de vie comme individu et les cinq axes proposés pour l'analyser, soit :
 - 1) les événements en lien avec son orientation sexuelle;
 - 2) les moments de crise associés à son identité personnelle, sociale et professionnelle;
 - 3) les facteurs de risque pour sa santé;
 - 4) les facteurs de protection et de résilience (par exemple, le soutien social); et
 - 5) la consultation de services de santé (y compris ceux de l'organisme), les actions suivant l'interaction et les incidences sur les connaissances, les attitudes et d'autres comportement de santé (exemples : changement dans la perception du risque, décider de passer un test de dépistage, etc.)
- les éléments présents dans l'interaction :
 - 1) le contenu : information donnée par l'intervenant durant l'interaction;
 - 2) la relation : clarification des préoccupations par l'intervenant et son attitude, sentiment de confort éprouvé par l'utilisateur durant l'interaction, évaluation du type de relation avec l'intervenant et satisfaction globale face à cette interaction;

- 3) les représentations de l'utilisateur sur la santé, le risque et la maladie (y compris le VIH);
- 4) les modèles et techniques qu'il déploie durant l'interaction : écoute active, entrevue motivationnelle, facilitation, etc.

Temps 3 – Après l'interaction : à propos d'un usager, l'intervenant peut s'interroger sur :

- la relation, le lien de confiance et de collaboration qu'il a réussi ou non à développer avec l'utilisateur.
- L'interaction a-t-elle permis de construire le sens (sur la santé, la maladie, le risque) à l'aide du dialogue menant à une intercompréhension pouvant faciliter le changement sur le plan de ses connaissances, de ses attitudes et de ses comportements ?

Temps 3 – Après l'interaction : à propos de son travail en général, l'intervenant peut s'interroger sur :

- la rétroaction qu'il peut recevoir des usagers : est-ce qu'ils s'expriment sur leur satisfaction ou d'autres aspects de la relation ?
- les échanges qu'il peut avoir avec les autres intervenants : comment sont discutés les aspects du travail de l'intervenant ?
- sa contribution comme acteur-clé dans l'élaboration des stratégies de prévention tant par rapport à l'organisme que parmi les autres acteurs de la santé publique.

Si des difficultés sont rencontrées durant les interactions, est-ce que l'intervenant peut identifier des confusions, des paradoxes ou des disqualifications qui ont pu nuire à l'atteinte de ses objectifs ?

5.16 Comment Internet peut-il continuer à jouer un rôle complémentaire aux interventions avec ses avantages et limites spécifiques ?

Cette recherche a permis d'identifier les avantages et les limites des interactions en ligne. Les intervenants sont clairement d'avis que les interventions en ligne sont nécessaires et qu'elles permettent de communiquer avec des personnes difficiles à rejoindre autrement. À ce titre, l'expérience d'un organisme de Vancouver est révélatrice. Dans un chapitre intitulé « Health Initiative for Men (HIM) : une approche innovatrice de promotion de la santé en ligne auprès des hommes gais en Colombie-Britannique », les auteurs relèvent les conclusions d'une recherche au sujet d'Internet et le décrivent comme un moyen incontournable pour rejoindre les hommes plus jeunes : « L'étude qualitative du Community Based Research Centre (CBRC) montrait que tant qu'une relation en ligne n'était pas établie, ces derniers ne voyaient pas l'intérêt de s'impliquer dans une relation en face à face » (Banks *et al.*, 2011, p. 248).

Par ailleurs, la présence des organismes dans les réseaux sociaux est devenue de plus en plus visibles au cours des cinq dernières années. Par exemple, une campagne de prévention hybride a connu un grand succès à Toronto en 2008⁴⁸. Un roman-photo en anglais et en espagnol invitait les hommes gais à réfléchir sur des enjeux liés au VIH (prise de risque, angoisse liée à l'attente des résultats d'un test de dépistage, consommation de drogues, stigmatisation des personnes aux prises avec les ITSS comme le VIH ou les hépatites), mais aussi aux rapports de pouvoir entre les blancs et les personnes d'origines hispanophones, relations parfois teintées de racisme, voire de violence. L'histoire des protagonistes, présentée sous forme d'activités quotidiennes (aller au « gym », prendre un café avec des amis, etc.) était conçue de manière à ce que les lecteurs, pour connaître le dénouement des histoires, devaient se rendre sur un site Internet. Le site proposait aussi plusieurs activités interactives (blogues, forums de discussion) pour permettre aux internautes d'échanger entre eux, mais aussi de discuter avec des

⁴⁸ L'article de Betancourt (2011) expose en détails le processus de développement de la campagne et ses résultats.

intervenants au besoin. De plus, un groupe Facebook, créé d'abord pour promouvoir la campagne, permettait aux membres et aux visiteurs de discuter entre eux des enjeux soulevés. La campagne a connu un succès qui a dépassé largement les attentes des concepteurs : des milliers de visites sur le site ont eu lieu pendant plusieurs mois, et la campagne a eu des échos dans plusieurs pays où l'on parle espagnol.

Le succès de ce type d'intervention en ligne a également incité Action Séro Zéro à développer d'autres types d'activités interactives. Une expérience réalisée par le passé suggère qu'Internet peut favoriser le dialogue individuel et collectif sur des sujets qui suscitent beaucoup de controverses et de fortes réactions. Le forum sur le *barebacking* mis en ligne en 2008 a connu un succès intéressant : plus de 200 messages et de nombreux commentaires pour un bon nombre d'entre eux (modérés par les intervenants). Ce forum a permis aux usagers de s'exprimer librement sur le sujet, certains d'entre eux dénonçant de façon catégorique ces pratiques, d'autres ayant des propos plus nuancés.

Comme nous l'avons exposé dans cette recherche, les stigmates associés aux *barebacking* peuvent renforcer les difficultés de communication. Alors comment favoriser le dialogue individuel et collectif dans un tel contexte ? Comme l'a démontré ce forum, l'anonymat que procure Internet peut favoriser une prise de parole sans craindre des jugements normatifs de la part des autres usagers ou des intervenants. À la suite de cette expérience, les intervenants envisagent de reconduire le forum dans un avenir rapproché et d'analyser de manière systématique les propos des usagers. Haig (2011, p. 114) explique toutefois que l'anonymat est toujours relatif selon le type d'interaction en ligne. Par exemple, dans les réseaux sociaux comme Facebook, le profil des membres comprend de nombreuses informations ou des images qui réduisent grandement l'anonymat. Bien que dans les salons de clavardage, certaines informations soient aussi affichées dans le profil des internautes et qu'elles soient visibles pour l'intervenant, certains utilisent parfois une technique pour contourner cette difficulté. Les intervenants ont observé et rapporté que certaines personnes vont

d'abord changer leur nom d'utilisateur et les informations dans leur profil avant une interaction.

Par ailleurs, Action Séro Zéro (maintenant RÉZO⁴⁹, voir images présentées dans les pages suivantes) a récemment commencé un travail d'intervention sur une page Facebook qui comprend actuellement 370 membres, et où les intervenants assurent une présence et une mise à jour du contenu régulières de même qu'une animation des discussions.



Figure 5.7 Présence de RÉZO sur Facebook

Finalement, le site de l'organisme a subi une refonte en profondeur au cours de la dernière année, non seulement pour le rendre plus agréable à consulter, mais aussi pour assurer une meilleure diffusion de la nouvelle image de l'organisme.

⁴⁹ En novembre 2009, après de nombreuses années de discussion et de planification, l'organisme change officiellement son nom : Action Séro Zéro devient RÉZO : santé et mieux-être des hommes gais et bisexuels. Ce changement important dans l'histoire de l'organisme s'inscrit en continuité avec les étapes ayant mené à l'élargissement de son mandat vers une perspective de santé globale, tel qu'adopté par l'Assemblée générale en 2007.



Figure 5.8 Site Internet de l'organisme en 2004



Figure 5.9 Site Internet de l'organisme en 2011

De nouvelles sections ont été ajoutées en conformité avec l'élargissement du mandat de RÉZO. Les images ci-dessus montrent bien l'évolution des activités en ligne de l'organisme entre 2004 et aujourd'hui.

5.17 Comment RÉZO (Action Séro Zéro) peut-il davantage participer au développement du « tissu social de la communauté » ?

Un des intervenants rencontrés dans cette recherche a mentionné le rôle important que peut et doit jouer l'organisme dans le développement de la communauté et dans l'amélioration du « tissu social » afin de favoriser le mieux-être des hommes ciblés par les interventions.

Or, comment RÉZO contribue-t-il à l'amélioration de ce tissu social dans lequel évoluent les communautés d'hommes gays et bisexuels ? Dans le contexte actuel, quelle est la place que peut prendre le renouvellement des approches de prévention vers une perspective de santé globale auprès des hommes gays et bisexuels ?

Action Séro Zéro devient RÉZO !

Avant :



The logo consists of the words 'SÉRO' and 'ZÉRO' in a bold, sans-serif font. The letter 'O' in 'SÉRO' and the letter 'O' in 'ZÉRO' are replaced by a stylized circle with a horizontal line through its center, resembling a target or a zero symbol.

Maintenant :



The logo features the word 'REZO' in a bold, sans-serif font. To the right of 'REZO', the tagline 'santé et mieux-être des hommes gays et bisexuels' is written in a smaller, sans-serif font. The entire logo is set against a dark rectangular background.

Figure 5.10 Changement du logo de l'organisme

On peut analyser ce changement dans une perspective communicationnelle, à travers le modèle d'étude des processus de la communication proposé dans cette recherche. Quelle incidence ce changement d'image peut-il avoir avant, pendant

et après une interaction entre un intervenant et un usager ciblé par les interventions ?

Temps 1 : Changement de l'image projetée de l'organisme : d'un organisme de prévention à un organisme de promotion de la santé et du mieux-être.

Est-ce que les hommes changeront leur perception de l'organisme et se sentiront davantage interpellés ? Est-ce qu'ils reconnaîtront que l'organisme peut être une source d'information ou de conseils pour leurs préoccupations de santé en général et en allant bien au-delà du VIH/sida ? Cela va-t-il entraîner un changement de perception de l'organisme qui deviendra un interlocuteur avec lequel on peut développer un rapport autre que celui d'un « transmetteur d'information » sur des questions techniques, comme l'a mentionné un intervenant ?

Temps 2 : Les interactions vont-elles être modifiées par ce changement ? Le *contenu* et la *relation* seront-ils modifiés (sujets discutés, développement d'un lien de confiance et de collaboration) ? Les risques de confusion, de paradoxe et de disqualification seront-ils amoindris ?

Temps 3 : La rétroaction vers l'intervenant, la satisfaction, les actions à la suite de l'interaction, les attitudes et les comportements des usagers en matière de santé (incluant le VIH) seront-ils différents ?

Ce changement d'image et de mandat pourra-t-il aider l'organisme dans sa volonté de contribuer au « tissu social de la communauté » (comme en parle l'un des intervenants rencontrés) et favoriser le dialogue et l'intercompréhension tant sur le plan individuel que collectif ?

On ne peut qu'évidemment souhaiter que c'est ce qui se produira. Toutefois, il faut alors voir ce qu'elle est, cette « communauté ». Est-ce une communauté gaie ou une communauté LGBT ? Est-elle limitée au lieu géographique qu'est le Village ou il s'agit d'une communauté incluant aussi des aspects sociopolitiques et culturels dépassant largement un espace géographique défini ? Et quel rapport les gens entretiennent-ils avec elle ? Selon les entrevues individuelles et le groupe

focus réalisé avec des jeunes de 25 ans et moins dans le cadre d'une des recherches menées récemment par l'organisme (Dumas *et al.*, 2011), le rapport qu'ils entretiennent avec la communauté est problématique. Plusieurs d'entre eux sont très critiques à l'égard des valeurs qui y sont véhiculées par les gais en général, notamment dans le milieu festif que constitue le Village (surenchère de la sexualité, refus de s'engager, consommation, etc.).

5.18 Faits saillants de la discussion

La dernière partie de ce chapitre propose de décrire les faits saillants de la discussion. Dans cette section, nous présentons de courts résumés sur l'interprétation des données quantitatives et qualitatives. Toutes les données présentées et discutées dans cette recherche mettent en évidence de manière complémentaire le modèle proposé pour l'étude des processus de la communication pour la santé dans lequel s'engagent les usagers et les intervenants, c'est-à-dire avant, pendant et après une interaction.

Données quantitatives

- Les résultats indiquent qu'un nombre important de participants sont préoccupés par diverses problématiques de santé, notamment en matière de santé mentale et des ITSS.
- D'autres résultats suggèrent que les participants sont grandement préoccupés par leurs relations intimes. Les difficultés dans la sphère intime, familiale et sociale sont importantes à considérer dans une perspective de santé globale.
- Les résultats de cette recherche proposent un aperçu de la variété de sources d'information, et ce, en fonction de ces diverses préoccupations. Il apparaît ainsi que les préoccupations de santé mentale et de santé sexuelle semblent davantage engendrer le besoin d'obtenir de l'information ou des conseils auprès d'un médecin et qu'on retrouve le psychologue comme

source d'information ou de conseils en ce qui concerne trois préoccupations en matière de santé mentale.

- Les besoins d'information et de conseils liés aux relations interpersonnelles et sociales semblent plutôt comblés au sein du réseau social primaire, composé de la famille et des amis.
- Internet est mentionné comme première source d'information pour trois préoccupations associées à des formes de stigmatisation et de désirabilité sociale.
- Lorsqu'interrogés sur les sujets discutés lors de la dernière interaction, les participants rapportent principalement les thèmes liés à la santé sexuelle et à la santé mentale.
- Bien que la majorité des interactions se produisent dans les bureaux, les échanges réalisés à l'aide d'Internet, que ce soit en différé (babillard ou forum de discussion) ou en direct (salon de clavardage ou MSN), représentent conjointement la même proportion que le travail par téléphone (11,7 %).
- La durée rapportée de la dernière interaction avec un intervenant et sa répétition dans le temps sont deux éléments contextuels importants des interactions qui peuvent caractériser les rencontres entre les usagers et les intervenants communautaires.
- Les scores moyens aux indicateurs de satisfaction et les éléments *contenus* ou *relation* de l'interaction en corrélation avec l'action sont les plus révélateurs des conditions pouvant favoriser ou non l'action à la suite de la rencontre avec l'utilisateur. Ainsi, plus un utilisateur a déclaré un niveau d'accord élevé avec l'énoncé décrivant le sentiment d'être partenaire en relation de collaboration avec l'intervenant afin d'atteindre ses objectifs, plus celui-ci était susceptible de déclarer qu'une action a été entreprise à la suite de l'interaction. À l'opposé, plus un utilisateur a déclaré un niveau d'accord

élevé avec l'énoncé décrivant l'impression que l'intervenant était un expert sur le sujet touchant ses préoccupations et qu'il s'est senti inférieur à lui, plus celui-ci était susceptible de déclarer qu'une action n'a pas été entreprise après l'interaction.

- Ces résultats concordent avec les propositions théoriques de l'axiomatique de la communication à l'effet que la nature de la relation contraint l'apport du contenu et que les interactions comprenant des rapports de place plus horizontaux dans une relation de collaboration favorisent le dialogue et la construction de sens qui peuvent ouvrir à une intercompréhension facilitant le changement. À l'opposé, les rapports de place asymétrique (l'utilisateur s'est senti inférieur à l'intervenant) nuisent à l'atteinte des objectifs de l'intervention.

Données qualitatives

- L'analyse des entretiens à l'aide de trois parcours de vie a permis de mettre en relief cinq axes qu'on peut observer dans leurs parcours, soit :
 - 1) les événements importants en lien avec la définition de l'orientation sexuelle et qu'on peut associer à l'identité de l'individu;
 - 2) les périodes de crises;
 - 3) les facteurs de risque pour la santé;
 - 4) les facteurs de protection et de résilience; et finalement l'axe
 - 5) consultation et action avec un intervenant d'Action Séro Zéro dans laquelle l'interaction peut avoir une incidence sur les connaissances, les attitudes et les comportements.
- Les trois analyses des parcours de vie permettent d'apporter un éclairage différent sur plusieurs thèmes de cette recherche, tout d'abord pour ce qui est des préoccupations en matière de santé. Alors que le questionnaire

permettait de mesurer la prédominance et l'intensité des préoccupations en matière de santé au cours de la dernière année dans l'ensemble de l'échantillon (temps 1 du modèle), les entretiens ont permis de relever ces préoccupations tout au long de leurs parcours de vie.

- Les cinq axes proposés sont interdépendants et s'inscrivent dans un des éléments importants de notre cadre de référence, c'est-à-dire une perspective écosystémique. Un de ces axes est particulièrement révélateur d'événements qui peuvent amener un déséquilibre dans l'homéostasie de ces sous-systèmes, c'est-à-dire les épisodes qu'on peut associer à des périodes de crises touchant l'identité de l'individu, tant au sur le plan personnel (niveau micro des systèmes) que social (niveau méso et macro des systèmes).
- À travers l'analyse des trois parcours de vie, on peut clairement observer des périodes de crises identitaires. Un bon soutien social de l'entourage apparaît clairement lié à des périodes de crise moins éprouvantes. Ces trois cas de figure mettent également en lumière un des moments charnières du parcours de la reconnaissance et de ses luttes, tel que proposé par Honneth (2004).
- Le recours à des services offerts par des organismes communautaires ou des professionnels de la santé apparaît ici comme des facteurs pouvant diminuer l'intensité des crises et favoriser la santé. Ces formes de soutien sont clairement associées à l'axiomatique de la communication dans laquelle la relation de confiance favorise un recadrage amenant l'utilisateur à changer ses perceptions de la situation. Le dialogue encourage une réflexivité qui contribue à l'atteinte des objectifs visés par l'intervention.
- Avantages et limites d'Internet : l'analyse des propos des usagers et des intervenants révèle une nette préférence pour les interventions de type face à face malgré qu'on reconnaisse la pertinence et la nécessité des interventions en ligne.

- Cette recherche met en évidence des représentations combinées qui contribuent à changer la perception de la gravité du VIH, soit : 1) la visibilité du sida dans l'espace public; 2) les changements dans la vie des personnes séropositives; 3) le VIH devenu une maladie chronique dans les discours; et 4) une culture du risque sexuel présente dans l'espace public.
- D'autres représentations contribuent à rendre plus difficile le travail des intervenants, à savoir : 1) l'équilibre entre le droit et le devoir de santé dans une société du risque; et 2) l'homophobie qui persiste dans la société québécoise et nuit à la reconnaissance sociale des minorités sexuelles.

5.19 Les limites de la recherche

Bien que nous sommes d'avis que les résultats de cette recherche sont utiles pour l'amélioration de l'atteinte des objectifs de prévention dans le cadre des activités de RÉZO (et plus largement utiles pour d'autres organismes et intervenants), il importe d'en rappeler les limites, tout d'abord celles inhérentes à un échantillon de convenance non probabiliste. Comme c'est le cas pour la plupart des recherches auprès d'hommes gais et bisexuels en raison de l'absence de données populationnelles fiables sur l'orientation, l'attirance et les comportements sexuels, les résultats de cette recherche ne peuvent être généralisés à l'ensemble des populations visées par les activités de l'organisme. Toutefois, certains résultats du questionnaire, qui sont semblables à ceux d'autres recherches récentes (par exemple, le pourcentage des gens ayant déjà subi un test de dépistage, le nombre de personnes vivant avec le VIH dans l'échantillon, etc.), nous permettent de constater qu'il existe une certaine cohérence entre les résultats de notre recherche et ceux d'autres recherches, ce qui constitue une forme de validité externe. Tant que les chercheurs ne disposeront pas de bases de données populationnelles fiables sur les minorités sexuelles, ils devront composer avec ces limites. Mentionnons que de telles bases de données existent dans quelques pays. Aux États-Unis par exemple, des enquêtes populationnelles auprès des minorités sexuelles ont lieu depuis plusieurs années. Au Canada, ce type de recherche est

moins fréquent, et de nombreux chercheurs demandent à Statistique Canada d'améliorer les questions utilisées pour mesurer le nombre de personnes appartenant à des minorités sexuelles au pays.

Il importe également de souligner les problèmes liés à la collecte de données à l'aide d'un questionnaire en ligne, notamment le taux d'abandon lors de la passation qui est plus élevé que lors d'une collecte avec un questionnaire traditionnel. Cela a pour effet de limiter le nombre de questionnaires valides dans l'échantillon et donc de réduire la possibilité de faire des analyses statistiques.

De même, les limites souvent associées à la collecte de données qualitatives s'appliquent à cette recherche. En aucun cas les hommes usagers que nous avons rencontrés ne sont représentatifs de l'ensemble des populations d'hommes gais et bisexuels. Soulignons toutefois que ce volet de la recherche avait comme objectif d'améliorer la compréhension des phénomènes complexes et dynamiques associés aux processus de la communication pour la santé, notamment à l'aide des entretiens et l'analyse des trois parcours de vie.

Il convient également de souligner que cette étude porte sur les opinions et les perceptions de répondants à un questionnaire en ligne et sur des entretiens à propos de la prévention du VIH/sida et, plus spécifiquement, sur le processus de la communication pour la santé. Cette recherche ne visait pas à analyser les interactions réelles elles-mêmes, comme pourrait le faire une analyse de la conversation ou une analyse de l'activité. Il s'agit toujours de mesures ou de données de perceptions.

Par ailleurs, notre cadre heuristique était fortement influencé par la structure de départ de notre questionnaire, qui résulte en partie de nos recherches antérieures et de notre recension des écrits. Nous avons apporté certains éléments nouveaux, dont les parcours de vie des individus et leur importance dans la compréhension du processus de la communication. Une recherche spécifique s'appuyant sur les méthodes biographiques, peu développées dans cette thèse, serait appropriée. C'est aussi le cas de la dimension critique dont nous avons fait état dans le présent

chapitre. Même si celle-ci nous est apparue fondamentale à mesure que notre recherche progressait, nous reconnaissons qu'elle nécessiterait une recherche plus approfondie impliquant comme méthodologie des entretiens plus en profondeur et l'analyse des politiques et des discours dans l'espace public.

Finalement, nous aimerions ajouter que cette recherche a été facilitée grandement par la collaboration de l'organisme Action Séro Zéro, que nous connaissions bien à titre d'adjoint de recherche. Le recrutement de la population étudiée de même que la problématique de prévention de l'organisme et son évolution ont soutenu notre réflexion. Le questionnaire nous a permis de rejoindre un public plus large, et notre questionnement propre à notre recherche ouvre des perspectives nouvelles, comme celles que nous venons d'indiquer.

CONCLUSION

Dans un contexte où les organismes doivent s'adapter aux changements majeurs survenus dans le portrait du VIH/sida depuis le développement des traitements plus efficaces contre le virus, cette recherche avait comme objectif de décrire et analyser les processus de la communication associés à divers contextes d'interaction entre les intervenants et les populations ciblées dans le cadre des activités d'Action Séro Zéro (acteurs/sujets de la prévention), incluant les communications interpersonnelles de type face à face ou en ligne.

À l'aide d'une méthodologie mixte de collecte de données quantitatives et qualitatives, la recherche visait à répondre à la question générale suivante : *Comment une meilleure saisie des processus de la communication pour la santé peut-elle apporter des pistes pour améliorer l'atteinte des objectifs de la prévention ?*

La discussion au chapitre V a présenté une interprétation des résultats de l'analyse des données quantitative et qualitative et illustré, en réponse à notre question centrale, les éléments du modèle proposé pour l'étude des processus de la communication pour la santé. Ainsi, le modèle permet de porter attention au travail de l'organisme Action Séro Zéro avant, pendant et après une interaction entre un usager et un intervenant, en mettant l'accent sur ce qui se passe sur le plan du *contenu* et de la *relation* pendant l'interaction et en tenant compte des systèmes complexes et ouverts dans lesquels évoluent les interlocuteurs, leurs représentations de la santé, de la maladie et du risque, de même que l'influence de l'espace public sur celles-ci.

Notre cadre conceptuel et notre modèle indiquent que lors d'une interaction, les dimensions *contenu* et *relation*, et les éléments contextuels peuvent favoriser le dialogue et l'intercompréhension, la rétroaction vers l'intervenant, la satisfaction de l'utilisateur, l'action à la suite de l'interaction et les changements sur le plan des connaissances, des attitudes et des comportements favorables à la santé.

Le modèle a également permis de déterminer les caractéristiques des processus de la communication dans des contextes variés d'intervention, tant face à face qu'en ligne. Alors que le face à face facilite le développement d'une relation de confiance et de collaboration, les interventions en ligne permettent d'interagir avec des personnes difficiles à rejoindre autrement (avec divers profils que nous avons identifiés). Ces deux types d'intervention peuvent être complémentaires, avec leurs avantages et leurs limites.

Une autre question spécifique de cette recherche était de mieux saisir comment prendre en compte, dans les interactions analysées, des enjeux sociaux et de pouvoir liés aux contextes sociohistoriques de la question de la santé et du VIH en relation avec les hommes gais et bisexuels. Les difficultés liées à la communication exposées dans cette recherche permettent d'illustrer comment des phénomènes de confusion, de paradoxe et de disqualification peuvent nuire à l'atteinte des objectifs de la prévention. L'exemple des personnes qui ne se protègent pas de manière volontaire contre l'infection au VIH est particulièrement révélateur des formes de disqualification qui peuvent survenir lors des interventions. Ces disqualifications sont liées à des stigmates associés au VIH/sida et à l'homosexualité véhiculés dans l'espace public et accolés aux personnes ou groupes qui sont considérés comme défiant la norme établie en matière de comportements sexuels sécuritaires. Une campagne récente du gouvernement du Québec vise justement à sensibiliser la population sur l'effet des stigmates liés à l'homosexualité pouvant nuire à la santé des hommes gais et à la prévention des ITSS. La récente *Politique nationale de lutte contre l'homophobie* démontre à quel point le Québec est l'un des endroits les plus avancés au monde en matière de reconnaissance juridique des minorités sexuelles.

Cependant, force est de constater qu'il reste bien du travail à faire pour aspirer à une pleine reconnaissance sociale des hommes gais et, plus largement de l'ensemble des minorités sexuelles. Cette mouvance correspond bien à ce que Honneth (2004, p. 135) désigne comme une voie à suivre dans les sociétés aspirant à la lutte contre les formes d'exclusion.

Ce qu'il y a de juste ou de bon dans une société se mesure à sa capacité à assurer les conditions de la reconnaissance réciproque qui permettent à la formation de l'identité personnelle – et donc à la réalisation de soi de l'individu – de s'accomplir de façon satisfaisante. Il n'est pas entièrement erroné de parler ici d'« intérêts quasi transcendants » de l'espèce humaine. Et il serait même peut-être justifié d'introduire à ce niveau la notion d'« intérêt à l'émancipation » – celui qui viserait la destruction des asymétries et des exclusions sociales.

Le mouvement entamé dans plusieurs pays pour le renouvellement des approches préventives vers une perspective de santé globale est important et nécessaire. L'avenir nous dira si ces approches plus près de la vie des individus et de l'ensemble de leurs préoccupations auront un impact sur leur *empowerment*, qui désigne à la fois la prise en charge individuelle, mais aussi collective de la santé. Cette recherche suggère que cette prise en charge doit nécessairement passer par un dialogue pour faciliter l'intercompréhension et conduire vers le changement.

RÉZO a entrepris un élargissement de son mandat depuis plusieurs années déjà. Le changement d'image de l'organisme s'accompagne de nouvelles initiatives pour favoriser le dialogue, tant sur plan individuel que collectif. En plus de la *Semaine de la santé et du mieux-être*, qui existe depuis quelques années déjà, de nouvelles soirées *speed dating* sont maintenant offertes et sont très appréciées autant par les participants que par les intervenants.

Nous tenons à souligner la contribution importante de l'organisme dans les efforts déployés pour améliorer la qualité de vie et participer à créer un environnement plus favorable à la santé de tous ces hommes, et ce, malgré les tendances lourdes qui peuvent nuire au travail des intervenants. Nous espérons que les résultats de cette recherche contribueront à l'atteinte de leurs objectifs.

Toutefois, des recherches ultérieures pourraient se pencher sur l'évolution des communautés ciblées par les interventions et de ce que certains appellent le « tissu social ». Un récent document publié par le gouvernement du Québec reconnaît le rôle fondamental des organismes communautaires dans une société démocratique, notamment leur contribution au changement social et à l'amélioration du « tissu social ».

Les organismes communautaires se définissent comme constituants d'un mouvement social autonome d'intérêt public, comme des agents de transformation sociale qui agissent en vue de favoriser l'amélioration de la qualité du tissu social. [...] Les organismes communautaires se caractérisent par un fonctionnement démocratique, par une vision globale de la santé et du bien-être des personnes et de la société, par une approche globale (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009, p. 6).

La thèse de Haig (2000) explorait justement le débat autour de la définition d'une communauté, telle que comprise en promotion de la santé.

Sero Zero's critique of community is thus an example of the tensions relating to the conceptualization of community in the health promotion paradigm [...] the "assumed community" of the paradigm – one of a self organizing civil sector that democratically contributes to addressing fundamental health issues – often fails to fit the complex experiences of community that must be accommodated in doing street level prevention work" (Haig, 2000, p. 248)

Dans son travail ethnographique examinant les rapports entre les intervenants de l'organisme et les usagers dans les lieux de rencontres et de socialisation que sont les parcs, l'auteur a conceptualisé la *conversant community* comme offrant une vision plus juste du travail de prévention « as dialogical and ethical action that contributes to well-being and health » (*ibid.*, p. iii). Le contexte de la recherche réalisée de 1996 à 1998 était toutefois différent. En effet, mis à part le fait qu'Internet en était à ses débuts quant à son développement, que l'utilisation d'Internet était encore peu répandue, on ne parlait pas encore non plus à cette époque de « banalisation » associée à l'efficacité des nouveaux traitements.

Notre recherche, bien qu'ayant abordé le thème des processus de la communication pour la santé de manière différente, apporte un éclairage

complémentaire à la complexité des rapports qu'entretiennent les intervenants et les usagers appartenant à ces communautés. À la lumière de la recherche de Haig et de la nôtre, comment l'organisme peut-il effectivement contribuer au tissu social de la communauté en tenant compte des changements dans le contexte de la prévention tels la difficulté beaucoup plus importante aujourd'hui à mobiliser les gens autour de la question du VIH/sida ? (voir à ce sujet l'entretien avec l'auteur à l'appendice M).

En terminant, nous souhaitons rappeler que la communication pour la santé est un champ de pratiques et de recherche qui est en pleine expansion. Ratzan affirme d'ailleurs que :

We cannot attain health in the twenty-first century as we continue to stumble from development resources predominantly addressing diseases, rather than underlying economic, political, and social determinants. Another challenge is how we reach our public and mobilize resources for health. The media often is cited as a vehicle and conduit of such messages. Yet, it may take a public health catastrophe to mobilize the media to muster responses and public support to invest prudently in health. Ultimately, our actions in health communication begin at home, in our communities, our schools, our workplaces, our health facilities, our academic institutions, our parliaments, and all places where decisions are made that affect our health (Ratzan, 2006, p. 6).

Dugan souligne également que nous devons continuer les recherches pour comprendre encore mieux comment et pourquoi la santé est influencée par la communication, notamment sur le sujet du « well-being of the provider, its effects on communication behaviours, and how a relationship-centred approach may influence the provider » (Dugan, 2006, p. 107).

Finalement, il reste encore beaucoup de connaissances à acquérir pour mieux comprendre comment les stigmates entourant la maladie compliquent souvent l'ensemble des relations humaines. Nous souhaitons que cette recherche contribue à lever le voile sur cet aspect peu étudié des relations interpersonnelles.

APPENDICE A

PRESENTATION DE ACTION SERO ZERO ET DE SES PROGRAMMES DE PREVENTION

MISSION¹

RÉZO privilégie une approche globale de la santé et fournit aux hommes gais et bisexuels séronégatifs ou séropositifs des connaissances et des moyens pour développer et maintenir un plus grand contrôle sur leur santé physique, mentale, affective et sociale

RÉZO (anciennement Action Séro Zéro) est un organisme communautaire sans but lucratif créé en 1991 et incorporé en 1994 qui a pour mission de :

Développer et coordonner des activités d'éducation et de prévention du VIH-sida et des autres ITSS dans un contexte de promotion de la santé sexuelle auprès des hommes gais, bisexuels et hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes de Montréal.

Développer et coordonner des activités d'éducation et de promotion de la santé, en ce qui a trait à la santé mentale (anxiété, détresse psychologique, estime de soi, etc.), à la santé physique (consommation de tabac, de drogues et d'alcool, etc.) et à la santé sociale (pauvreté, itinérance, isolement et solitude, homophobie, etc.). Les activités visent à rejoindre l'ensemble des hommes gais et bisexuels de Montréal, particulièrement les hommes qui fréquentent les différents milieux de socialisation gais et bisexuels. Quant à son site Internet et ses campagnes de marketing social, ils s'adressent à l'ensemble des hommes gais et bisexuels du Québec.

Promouvoir la concertation des différents intervenants, organismes, institutions et regroupements concernés par la promotion de santé afin de favoriser le développement et la mise en œuvre de programmes et de projets d'éducation, de prévention et de soutien social adaptés aux hommes gais et bisexuels relativement à la santé sexuelle, mentale, physique et sociale.

Source : <http://www.rezosante.org/mission.html>)

Action Séro Zéro

Action Séro Zéro est un organisme communautaire sans but lucratif, actif depuis 1991 et incorporé en 1994. Nous avons pour mission de développer des activités d'éducation, de prévention et de promotion de la santé dans le but de prévenir la transmission du VIH et des autres infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) auprès des hommes gais et bisexuels de Montréal. Au fil des ans, nous avons développé et mis en œuvre différents programmes afin de favoriser l'atteinte de nos objectifs. Certains de ces programmes, comme notre site Internet et notre programme en marketing social ont aujourd'hui un rayonnement provincial.

¹ Cet énoncé de mission (encadré) est celui de l'organisme suite à l'élargissement de son mandat en 2007. Les informations présentées à la suite décrivent quelques-uns des services offerts.

Nos différents programmes et activités s'articulent autour des objectifs suivants :

- Favoriser la création d'environnements propices à l'éducation et à la prévention du VIH et des autres ITSS;
- Offrir une écoute active sur toutes questions relatives à l'orientation sexuelle, le vécu homosexuel, le VIH et les ITSS;
- Offrir un soutien préventif visant à favoriser l'adoption et le maintien de comportements sexuels sécuritaires;
- Référer les personnes aux meilleures ressources adaptées à leurs besoins;
- Favoriser le maintien ou le développement d'une norme sécuritaire auprès des utilisateurs de drogues par injection;
- Favoriser le développement d'une prise en charge de la santé sexuelle par l'acquisition de connaissances, le développement de l'estime et de l'affirmation de soi, en même temps que par l'identification des besoins affectifs, sexuels et sociaux, etc.;
- Favoriser le développement de stratégies et d'habiletés de communication nécessaires à la négociation d'une sexualité sécuritaire et épanouissante.

Nos programmes et services

Séro Zéro privilégie une approche globale de la santé — qui va au-delà de la prévention du VIH/sida ou de la promotion du sécurisexe — et fournit aux hommes séronégatifs ou séropositifs des connaissances et des moyens pour développer et maintenir un plus grand contrôle sur leur santé physique, mentale, affective et sociale. L'organisme conçoit et offre des programmes et des documents qui abordent des thèmes comme l'acceptation de l'orientation sexuelle, l'estime de soi ou la capacité de développer des habiletés relationnelles. Cette approche permet de choisir et de prendre des moyens pour améliorer son état de santé en plus d'améliorer sa qualité de vie et son bien-être.

Intervention en ligne

Tu as des questions concernant ta sexualité, ton orientation sexuelle, ta vie affective, ou encore à propos des infections transmissibles sexuellement ? Viens en parler ici, un intervenant te répondra. Tu peux aussi avoir réponse à tes questions en direct sur le net ! Un intervenant ainsi que son équipe de bénévoles formée est en ligne durant la semaine et la fin de semaine pour répondre à tes questions, sur les chats de Priape et de la Gang IRC. C'est un service gratuit et confidentiel qui est fait juste pour toi !

Milieux

Actif dans les milieux de socialisation gais, soit les bars, les événements spéciaux, les commerces du Village et les saunas, ce programme rejoint les hommes gais, bisexuels ou ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes afin de les sensibiliser à la prévention du VIH/sida et des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Grâce à l'implication de son équipe d'intervenants et de bénévoles ainsi qu'à la collaboration des gens d'affaires de la communauté, Action Séro Zéro tisse des liens étroits, propices à la réalisation de sa mission.

Le programme Milieu, c'est :

- La distribution de matériel préventif (sachets condoms, seringues, etc.) et de matériel imprimé (affiches, dépliants, feuillets d'information, etc.) dans les milieux de socialisation
- Une présence sur le terrain afin de fournir une écoute active
- Un service de référence vers des ressources adaptées à des besoins spécifiques
- L'organisation de séances de vaccination contre l'hépatite A et B ainsi que des séances de dépistage du VIH/sida et des ITSS
- L'implication de bénévoles sur le terrain
- La coordination des activités hebdomadaires Soirées Latex et Soirées Latex Positif pour ensacher des condoms

Dépistage et vaccination dans les saunas

Il est possible pour toi de passer des tests de dépistage pour les ITSS (syphilis, chlamydia et gonorrhée) ainsi que de te faire vacciner contre les hépatites A et B. Ce service est offert gratuitement dans différents saunas à Montréal par un infirmier du CSSS Jeanne-Mance (CLSC des Faubourgs). Un intervenant de Séro Zéro est également présent sur place pour t'offrir du consulting sexuel personnalisé et/ou répondre à tes questions sur la vie gaie. Pour connaître les horaires de dépistage et de vaccination dans les saunas, clique ici.

Ateliers

Le volet Ateliers est un service gratuit, offert aux hommes gais et aux hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes provenant de la région de Montréal. Il est destiné autant aux hommes séronégatifs que séropositifs. Les ateliers se définissent comme des groupes de discussion, de partage et de réflexion concernant le vécu homosexuel. Chaque atelier est composé de cinq ou de six rencontres, au rythme d'une rencontre par semaine, d'une durée de trois heures, le soir en semaine, de dix-huit heures trente à vingt-et-une heure trente, incluant une pose de quinze minutes. Le nombre de participants exigé pour la formation d'un atelier est de quatre participants minimum et de huit participants maximum. Les groupes sont fermés, les mêmes individus cheminent ensemble pendant la durée de l'atelier.

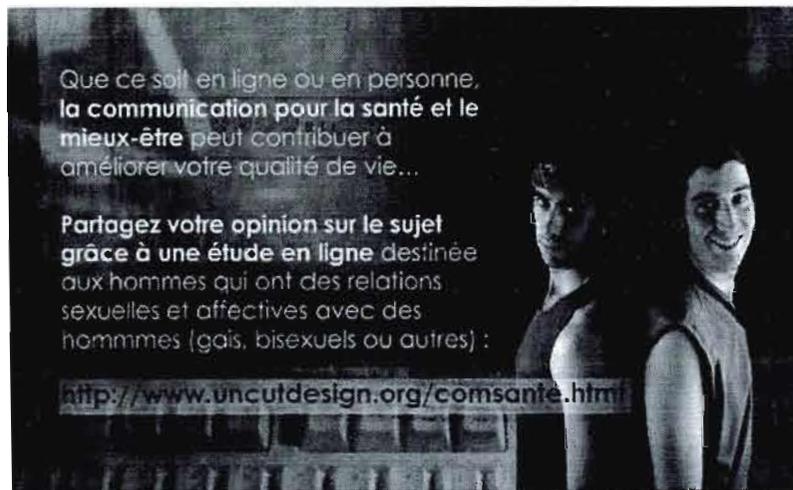
Centre de soir

Ouvert 18 heures par semaine, le Centre de soir du programme TDS offre aux travailleurs du sexe un lieu accueillant où il est possible de se soustraire aux dynamiques de la rue. Ce lieu sécuritaire permet aux hommes partageant un vécu similaire de se retrouver pour ainsi briser l'isolement, se nourrir, se reposer et recevoir du soutien et des services. Nous tissons également des liens de façon plus soutenue avec la clientèle du programme grâce à Internet (courriel, Facebook, etc.).

APPENDICE B

MATERIEL DE PROMOTION DE L'ETUDE

1. Carte d'invitation à participer à l'étude (recto et verso)



3. Bannière

ÉTUDE EN COURS – CLIQUER ICI MAINTENANT !

Anonyme28 : Salut !

ÉTUDE EN COURS – CLIQUER ICI MAINTENANT !

Intervenant : Salut, ça va ?_

ÉTUDE EN COURS – CLIQUER ICI MAINTENANT !

Anonyme28 : boaf ! non, pas tellement...

ÉTUDE EN COURS – CLIQUER ICI MAINTENANT !

Intervenant : tu veux qu'on parle de ce
qui ne va pas ?_

ÉTUDE EN COURS – CLIQUER ICI MAINTENANT !

En personne ou en ligne

ÉTUDE EN COURS – CLIQUER ICI MAINTENANT !

Partage ton opinion sur la
communication

ÉTUDE EN COURS – CLIQUER ICI MAINTENANT !

pour la santé et le mieux-être...

APPENDICE C

QUESTIONNAIRE EN LIGNE

- Remplissez le questionnaire puis, à la fin de la page, n'oubliez pas de cliquer sur le bouton **Acheminer** qui permettra d'enregistrer vos réponses.

Bonjour et bienvenue dans ce questionnaire en ligne !



Cette recherche porte sur vos opinions et vos expériences à propos de la communication visant l'amélioration de la santé et de la qualité de vie. L'étude a comme objectif principal de décrire et analyser le déroulement des communications interpersonnelles entre les intervenants ou les professionnels de la santé et les hommes gais, bisexuels ou les autres hommes qui ont des relations sexuelles et affectives avec des hommes, notamment dans le cadre des activités de l'organisme Action Séro Zéro. Il peut s'agir par exemple des échanges qui ont lieu lors des rencontres entre deux personnes dans un même lieu physique ou lors d'un échange à l'aide d'Internet.

Votre participation à cette recherche est importante et vos réponses contribueront à améliorer les services et les programmes offerts afin qu'ils répondent le mieux possible à vos besoins.

Une fois le questionnaire complété, il vous sera également possible, si vous le souhaitez et que vous êtes éligible, de participer à un entretien qui abordera le sujet plus en détail. Un montant de 20 \$ sera remis aux participants. Veuillez noter que les membres, bénévoles ou abonnés au bulletin de Action Séro Zéro ne sont pas éligibles pour la participation aux entrevues. Cliquez [ici](#) pour plus d'information.

Ce questionnaire anonyme et confidentiel s'adresse aux hommes seulement. Merci pour votre compréhension.

Informations à propos du consentement pour la participation au questionnaire en ligne

Durant la période du 1er mars au 31 août 2008, les internautes sont invités à participer à une étude. Jean Dumas, candidat au doctorat en communication de l'UQÀM est le chercheur responsable. Nous vous invitons à compléter le questionnaire en ligne une fois que vous aurez lu et accepté ce formulaire de consentement libre et éclairé. Toutes vos réponses seront anonymes. Le temps requis pour compléter le questionnaire est d'environ quinze minutes. Votre participation est volontaire et vous pouvez, à tout moment, sans avoir à fournir de raisons ni à subir de conséquences, décider de ne pas répondre à une question, ou arrêter de compléter une section du questionnaire, ou ne pas compléter toutes les sections.

L'anonymat de votre participation et la confidentialité des renseignements fournis seront préservés par les mesures suivantes:

a) protection de l'accès au site (aucun témoin n'est placé dans les registres de l'ordinateur de l'utilisateur), b) transmission des données du questionnaire sur le serveur à l'aide d'un mode de cryptage, c) conservation sous clé des serveurs contenant les données recueillies à l'aide du questionnaire en ligne pendant une période d'une année après la fin de la recherche, puis destruction des fichiers informatiques, d) seul le chercheur responsable de la recherche aura accès aux données recueillies (accès protégé par un mot de passe). Il n'y a donc aucune possibilité de vous identifier dans les différents rapports ou publications. Si vous souhaitez prendre connaissance des résultats de cette recherche, ceux-ci seront disponibles sur le site d'Action Séro Zéro (www.sero-zero.qc.ca), dans la section *Nos recherches*.

Avantages de votre participation :

Votre participation à cette étude peut vous donner l'occasion de faire un retour sur votre expérience de vie, particulièrement si vous vous définissez comme homme gai ou bisexuel ou tout autre catégorie d'homme ayant des relations sexuelles et affectives avec d'autres hommes. Votre participation permettra aussi d'améliorer les services et programmes de prévention et de promotion de la santé sexuelle d'Action Séro Zéro mais également à plus large échelle, dans les communautés. De plus, vous contribuez d'une certaine façon à améliorer les connaissances sur la santé de ces hommes. Les connaissances acquises pourront être utiles à la sensibilisation et à la formation d'étudiants, d'intervenants du milieu communautaire et de professionnels du domaine de la santé et des services sociaux.

Inconvénients ou risques liés à votre participation :

Mis à part l'inconvénient d'accorder du temps pour compléter le questionnaire, il n'y a aucun risque direct à participer à cette recherche. Dans le cas où vous seriez perturbé d'une façon ou d'une autre par votre participation à l'étude, et si vous le désirez, vous pourrez être dirigé vers des ressources disponibles dans les milieux gais et bisexuels (ex. Projet 10, pour les jeunes gais et bisexuels) ou dans les réseaux de la santé et des services sociaux (ex. CSSS Jeanne-Mance). Vous n'avez qu'à contacter les co-directeurs de la recherche (Michèle-Isis Brouillet ou Jacques Rhéaume) par courriel ou par téléphone si vous en ressentez le besoin. De plus, toute plainte, critique ou demande d'informations pourra être adressée à ces mêmes personnes. Si votre plainte ne peut être réglée directement par les co-directeurs de recherche, vous pourrez faire valoir vos droits directement auprès du Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQÀM, auprès du Dr. Joseph Josy Lévy, président du CIÉR (levy.joseph_josy@uqam.ca) au 987-3000 poste 4483 ou auprès de Louise Arvisais (arvisais.louise@uqam.ca) au poste 7753.

Si vous avez des questions sur cette étude, vous pouvez communiquer en

tout temps avec les responsables.

Jean Dumas, chercheur responsable de l'étude Courriel : dumas.jean@courrier.uqam.ca, Michèle-Isis Brouillet, directrice de recherche et Jacques Rhéaume, co-directeur de recherche.

Nous vous remercions à l'avance pour votre participation. Cette recherche a reçu l'approbation du Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQÀM.

J'ai lu le formulaire de consentement et j'accepte de participer à l'étude

Cocher cette case pour indiquer votre consentement

Si un code de participation apparaît dans le courriel que vous avez reçu ou sur votre carte d'invitation, inscrivez-le ci-dessous :

Section A : Vos préoccupations en matière de santé et les sources d'information consultées au cours de la dernière année

a1. Parmi les préoccupations en matière de santé suivantes, indiquez celles qui vous ont affecté personnellement au cours de la dernière année et le niveau d'intensité de chacune des préoccupations. Indiquez également si vous avez ressenti le besoin d'obtenir de l'information ou des conseils au sujet de ces préoccupations ainsi que les sources d'information consultées. Identifiez jusqu'à trois principales sources d'informations à partir de la liste ci-dessous.

Sources d'information :

1. journaux, magazines ou livres, 2. internet - site(s) web, 3. internet - forum(s) de discussion, 4. internet - salon(s) de clavardage (« chat »), 5. télévision, 6. intervenant(s) communautaire(s), 7. médecin(s) ou autres professionnels de la santé du secteur public, 8. parents ou amis, 9. professionnel(s) de la santé du secteur privé, 10. Autre : précisez

A1. Vos préoccupations en matière de santé mentale, physique ou habitudes de vie au cours de la dernière année

Cette préoccupation m'a affecté au cours de la dernière année		Niveau d'intensité de la préoccupation : cette préoccupation m'a (votre choix ci-dessous) affecté				J'ai ressenti le besoin d'obtenir de l'information ou des conseils		Principale(s) source (s) d'information consultée (s)
Si oui, cochez la case située à gauche de la préoccupation	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup	Oui	Non		
<input type="checkbox"/>	consommation de drogues	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="checkbox"/>	consommation d'alcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="checkbox"/>	dépression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="checkbox"/>	image corporelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="checkbox"/>	infections transmises sexuellement (ITS)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="checkbox"/>	niveau de stress élevé / anxiété	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="checkbox"/>	penser à se suicider / tenter de s'enlever la vie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

<input type="checkbox"/>	prise de risques sexuels	<input type="radio"/>						
<input type="checkbox"/>	processus de sortie ou coming out	<input type="radio"/>						
<input type="checkbox"/>	solitude ou isolement	<input type="radio"/>						
<input type="checkbox"/>	troubles de l'alimentation	<input type="radio"/>						
<input type="checkbox"/>	VIH/sida	<input type="radio"/>						
<input type="checkbox"/>	Autre(s) préoccupation(s) (précisez ci-dessous)	<input type="radio"/>						

Précisez au besoin les autres préoccupations :

A2. Vos préoccupations en matière de santé reliées aux relations avec les autres

Cette préoccupation m'a affecté au cours de la dernière année		Niveau d'intensité de la préoccupation : cette préoccupation m'a (votre choix ci-dessous) affecté				J'ai ressenti le besoin d'obtenir de l'information ou des conseils		Principale(s) source (s) d'information consultée (s)
Si oui, cochez la case située à gauche de la préoccupation		Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup	Oui	Non	
<input type="checkbox"/>	fin d'une relation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="checkbox"/>	homophobie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="checkbox"/>	relations familiales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="checkbox"/>	trouver des amis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="checkbox"/>	trouver un partenaire stable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="checkbox"/>	vie de couple	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="checkbox"/>	violence dans une relation de couple	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="checkbox"/>	autre(s) (précisez ci-dessous)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Précisez au besoin les autres préoccupations :

**Section B. Vos communications pour la santé avec des organismes
communautaires**

a) Au cours de la dernière année, avez-vous consulté des intervenants d'un ou plusieurs organismes communautaires ? Si oui, de quels organismes s'agissaient-ils ?

Si cette question ne s'applique pas à vous, cochez ci-dessous et passez à la question 4 f)

Cette question ne s'applique pas à moi passez à la question 4 f)

Inscrivez le ou les noms des organismes ici :

b) Si Action Séro Zéro figure parmi la liste d'organismes que vous avez inscrite ci-dessus, veuillez cocher la case ci-dessous :

Action Séro Zéro figure dans la liste ci-dessus

Section C : Votre dernière consultation auprès d'un intervenant d'un organisme communautaire

a) Si vous avez consulté un intervenant d'un organisme communautaire au cours de la dernière année, indiquez dans la case ci-dessous les sujets abordés lors de la dernière consultation :

Note : vous pouvez utiliser la liste de préoccupations de la section A et indiquer, s'il y a lieu, tout autre sujet abordé.

1. Pas du tout en accord, 2. Plutôt en désaccord, 3. Ni en accord ni en désaccord, 4. Plutôt en accord, 5. Tout à fait en accord et 6. Ne s'applique pas

3. Satisfaction globale par rapport à la consultation	1	2	3	4	5	6
La consultation avec l'intervenant m'a permis d'apprendre de nouvelles choses	<input type="radio"/>					
La consultation avec l'intervenant comprenait de bons conseils	<input type="radio"/>					
Je suis satisfait de la consultation que j'ai eu avec l'intervenant	<input type="radio"/>					

4. a) Suite à cette consultation	1	2	3	4	5	6
J'ai utilisé l'information ou les conseils donnés pour agir en lien avec mes préoccupations (décrivez brièvement ci-dessous ce que vous avez fait)	<input type="radio"/>					

4. b) Suite à cette consultation	1	2	3	4	5	6
Je n'ai pas agi ou je n'ai pu agir en lien avec mes préoccupations pour les raisons suivantes (décrivez brièvement ci-dessous les raisons)	<input type="radio"/>					

c) Dans quel contexte a eu lieu cette dernière consultation avec un intervenant d'un organisme communautaire ?

- Dans les bureaux de l'organisme
- Dans un bar
- Dans un sauna
- Sur la rue
- Lors d'un atelier de discussion en petit groupe
- Lors d'une conversation téléphonique
- Lors d'un échange sur un babillard ou un forum de discussion sur Internet
- Lors d'un échange en direct à l'aide d'Internet (par exemple, « chat-room », MSN)

d) Combien de temps a duré cette dernière consultation avec cet intervenant d'un organisme communautaire ?

- Moins de cinq minutes
- Entre cinq et quinze minutes
- Entre quinze minutes et une demi-heure
- Entre une demi-heure et une heure
- Plus d'une heure

e) Est-ce que vous avez échangé plusieurs fois au cours de la dernière année avec ce même intervenant d'un organisme communautaire ?

- Oui Si oui, à combien de reprises ?
- Non

f) Indiquez jusqu'à quel point vous êtes en accord avec les énoncés suivants. Veuillez indiquer votre opinion sur une échelle de 1 à 6 :

1. Pas du tout en accord, 2. Plutôt en désaccord, 3. Ni en accord ni en désaccord, 4. Plutôt en accord, 5. Tout à fait en accord et 6. Ne s'applique pas

Au cours des six prochains mois, s'il m'arrivait d'avoir besoin de trouver de l'information ou de parler d'un sujet relié à la santé sexuelle (par exemple : la sexualité, le VIH/sida et les autres infections transmises sexuellement, la prise de risques) :	1	2	3	4	5	6
1. Je chercherai de l'information sur certains sujets sous le couvert de l'anonymat que procure Internet	<input type="radio"/>					
2. Je serai à l'aise de parler de toutes mes préoccupations avec un intervenant lors d'une rencontre en face à face	<input type="radio"/>					
3. Étant donné l'anonymat que procure Internet, je parlerai de certains sujets avec un intervenant lors d'un échange en ligne	<input type="radio"/>					

Si cela s'applique à vous, nous vous invitons ci-dessous à décrire en quelques lignes une situation où vous avez cherché de l'information ou discuté d'un sujet sous le couvert de l'anonymat que procure Internet (précisez le plus clairement possible le sujet qui vous préoccupait) :

Section D : Informations générales

D1. Quel âge avez-vous ?

D2. Quel est votre sexe ?

- Un homme
- Une femme

D3. Quel est votre lieu de résidence actuel ?

- Centre-sud ou le Village gai
- Ailleurs sur l'île de Montréal
- Dans une autre ville du Québec, précisez
- Ailleurs au Canada, précisez :
- Dans un autre pays, précisez

D4. Quel est le niveau de scolarité le plus élevé que vous avez complété ?

- Primaire et secondaire
- Collégial
- Universitaire 1er cycle
- Universitaire 2e et 3e cycle
- Autre, précisez

D5. Quel est votre statut d'emploi actuel ? Cochez toutes les situations qui s'appliquent à vous.

- Retraité
- Étudiant à temps partiel
- Étudiant à temps plein
- Travailleur à temps partiel
- Travailleur à temps plein
- Sans emploi
- Autre, précisez

D6. Quel a été votre revenu brut l'année dernière (revenu approximatif de toutes provenances avant impôts) ?

- Moins de 10 000 \$
- De 10 000 \$ à 19 999 \$
- De 20 000 \$ à 29 999 \$
- De 30 000 \$ à 39 999 \$
- De 40 000 \$ à 49 999 \$
- 50 000 \$ et plus

D7. À quel groupe ethnique ou culturel appartenez-vous ? (p.ex. québécois, canadien, français, latino-américain, etc.) :

D8. Êtes-vous ?

- Citoyen canadien
- Immigrant reçu
- Autre, précisez :

**D9. Lequel des énoncés suivants vous ressemble le plus actuellement ?
Au niveau de mon attirance et de mes désirs sexuels, je suis attiré :**

- Exclusivement par des gens du sexe opposé
- Surtout par des gens du sexe opposé
- Autant par des gens du sexe opposé que du même sexe que moi
- Surtout par des gens du même sexe que moi
- Exclusivement par des gens du même sexe que moi

D10. Actuellement, comment définissez-vous votre orientation sexuelle ?

- Gai
- Homosexuel
- Bisexuel
- Hétérosexuel
- Autre, précisez :

D11. a) Avez-vous déjà passé le test de dépistage du VIH ?

- Non, passez à la question d12.
- Oui

b) Si oui, quel était le résultat de votre dernier test ?

- Je ne sais pas
- Négatif
- Positif

c) Êtes-vous actuellement sous traitement contre le VIH ?

- Oui
- Non

d) À quand remonte votre dernier test**D12. Selon vous, à propos de votre statut sérologique aujourd'hui, vous êtes :**

- Séropositif
- Probablement séropositif
- Je ne sais pas
- Probablement séronégatif
- Séronégatif

D13. Actuellement, êtes-vous ?

- Célibataire
- En couple avec un homme
- En couple avec une femme
- Autre, précisez :

D14. Si vous êtes en couple avec un homme ou une femme, depuis combien de temps êtes-vous ensemble ? (indiquez le nombre d'années et/ou de mois ci-dessous).

D15. Connaissez-vous le statut sérologique de votre partenaire ? Mon(ma) partenaire est :

- Séropositif(ve)
- Probablement séropositif(ve)
- Je ne sais pas
- Probablement séronégatif(ve)
- Séronégatif(ve)

D16. Présentement, vous vivez :

- Avec un ou des amis
- Avec un ou plusieurs colocataires
- Avec un ou plusieurs membres de votre famille
- En couple avec votre partenaire féminin
- En couple avec votre partenaire masculin
- Seul

Avez-vous des commentaires sur le questionnaire ou les sujets abordés dans le cadre de cette recherche ?

Merci pour votre précieuse collaboration !

Vous êtes invité à participer à un entretien au sujet de votre opinion sur la promotion de la santé et la prévention et le rôle des organismes communautaires. Un montant de 20 \$ sera remis aux participants sélectionnés.

Pour plus de détails, veuillez téléphoner au (514) 992-1794 ou écrire à l'adresse suivante dumas.jean@courrier.uqam.ca et indiquer les informations suivantes dans votre courriel :

- a) votre lieu de résidence
- b) votre orientation sexuelle
- c) indiquez par oui ou non si vous connaissez le service de consultation en ligne offert par Séro Zéro dans les salons de clavardage ("Chat") de Priape
- d) indiquez par oui ou non si vous avez déjà utilisé le service de consultation en ligne offert par Séro Zéro dans les salons de clavardage ("Chat") de Priape

Le chercheur communiquera avec vous dans un délai de quelques jours et les personnes sélectionnées seront invitées pour une entrevue dans un local situé à l'Université du Québec à Montréal.

Cette recherche a bénéficié d'une bourse d'étude offerte par l'équipe de recherche Sexualités et genres : vulnérabilité, résilience.



Attention, une fois votre questionnaire acheminé, vous ne pourrez plus le modifier.

Acheminer

APPENDICE D

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES PARTICIPANTS

La communication pour la santé et le mieux-être

Formulaire de consentement pour la participation à un entretien

Objectifs de l'étude

Le contexte de la promotion de la santé et de la prévention a beaucoup évolué au cours des dernières années et cette recherche souhaite contribuer à améliorer les connaissances disponibles sur les enjeux et défis actuels en matière de communication visant l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des individus. L'étude a comme objectif principal de décrire et analyser le déroulement des communications interpersonnelles entre les hommes qui ont des relations sexuelles et affectives avec des hommes (gais et bisexuels ou autres) et les intervenants communautaires, notamment dans le cadre des activités de l'organisme Action Séro Zéro. Il peut s'agir des communications qui ont lieu lors des rencontres entre deux personnes dans un même lieu physique ou lors d'un échange à l'aide d'Internet.

Votre participation à cette recherche est importante et votre opinion contribuera à améliorer les services et les programmes offerts par Action Séro Zéro afin qu'ils répondent le mieux possible aux besoins des hommes auxquels sont destinés les programmes et les activités de l'organisme.

Pour cet entretien d'une durée approximative d'une heure trente, l'anonymat de votre participation et la confidentialité des renseignements fournis seront préservés par les mesures suivantes :

- a) les enregistrements audio numériques et les transcriptions seront conservés dans un endroit sécuritaire et sous clé pendant une période d'au plus une année après la fin de la recherche, puis les fichiers informatiques seront détruits ;
- b) à moins d'un consentement écrit de la part du participant, aucune citation ne sera utilisée comme telle ;
- c) seul le chercheur aura accès aux transcriptions (à l'aide d'un mot de passe).

Il n'y a donc aucune possibilité de vous identifier dans les différents rapports ou publications. Il vous sera possible, si vous le souhaitez, de consulter la transcription de votre entretien.

Avantages de votre participation :

Votre participation à cette étude peut vous donner l'occasion de faire un retour sur votre expérience de vie à titre d'homme ayant des relations sexuelles et affectives avec d'autres hommes (gai, bisexuel ou autre). Votre participation permettra aussi d'améliorer les services et programmes de prévention et de promotion de la santé sexuelle de Action Séro Zéro mais également à plus large échelle, dans la communauté. De plus, vous contribuez d'une certaine façon à améliorer les connaissances sur la santé des hommes gais et bisexuels. Les connaissances acquises pourront être utiles à la sensibilisation et à la formation d'étudiants, d'intervenants du milieu communautaire et de professionnels du domaine de la santé et des services sociaux.

Inconvénients ou risques liés à votre participation :

Mis à part l'inconvénient d'accorder du temps pour l'entretien, il n'y a aucun risque direct à participer à cette recherche. Dans le cas où vous seriez perturbé d'une façon ou d'une autre par votre participation à l'étude, et si vous le désiriez, vous pourriez être dirigé vers des ressources disponibles dans les milieux gais et bisexuels (ex. Projet 10, pour les jeunes gais et bisexuels) ou dans les réseaux de la santé et des services sociaux (ex. CSSS Jeanne-Mance). Vous n'avez qu'à contacter les responsables de la recherche (Michèle-Isis Brouillet ou Jacques Rhéaume) par courriel ou par téléphone si vous en ressentez le besoin. De plus, toute plainte, critique ou demande d'informations pourra être adressée à ces mêmes personnes. Si votre plainte ne peut être réglée directement par les directeurs de recherche, vous pourrez faire valoir vos droits directement auprès du Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQÀM, auprès du Dr. Joseph Josy Lévy, président du CIÉR (levy.joseph_josy@uqam.ca) au 987-3000 poste 4483 ou auprès de Louise Arvisais (arvisais.louise@uqam.ca) au poste 7753.

Si vous avez des questions sur cette étude, vous pouvez communiquer en tout temps avec les responsables :

Michèle-Isis Brouillet, directrice de recherche et Jacques Rhéaume, co-directeur de recherche

Courriel : brouillet.m-isis@uqam.ca

Courriel : rheaume.jacques@uqam.ca

Nous vous remercions à l'avance pour votre participation. Cette recherche bénéficie du soutien financier de l'équipe de recherche *Sexualités et genres: vulnérabilité, résilience* (<http://www.hvr.uqam.ca/index.asp>) et à reçu l'approbation du Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQÀM.

J'ai lu le formulaire de consentement et j'accepte de participer à l'étude.

Nom du participant : _____

Nom du chercheur : JEAN DUMAS

Signature du participant

Signature du chercheur

Date : _____

APPENDICE E

GRILLE D'ENTRETIEN SEMI-DIRIGÉ AVEC LES PARTICIPANTS

Liste des thèmes

	Historique de rencontre avec l'intervenant	Discussion sur les sources d'information sur le VIH/sida	Discussion sur les représentations	Discussion sur les indicateurs de satisfaction durant l'échange
Grille 1 : entretien avec les sujets rencontrés en face-à-face	<p>Quand a eu lieu votre rencontre avec l'intervenant ?</p> <p>À quel endroit ?</p> <p>Combien de temps a duré cette rencontre ?</p> <p>Quels sujets ont été abordés</p>	<p>Identifier l'importance relative des sources et comment le sujet situe la rencontre avec l'intervenant.</p>	<p>Santé</p> <p>Maladie</p> <p>Risque</p> <p>Perception de la gravité du VIH</p> <p>Autres</p>	<p>niveau d'aisance ressenti durant la rencontre avec l'intervenant.</p>
Grille 2 : entretien avec les sujets rencontrés en ligne	<p>Quand a eu lieu votre échange en ligne avec l'intervenant ?</p> <p>À quel endroit ?</p> <p>Combien de temps a duré cet échange ?</p> <p>Quels sujets ont été abordés</p>	<p>Identifier l'importance relative des sources et comment le sujet situe la rencontre avec l'intervenant.</p>	<p>Santé</p> <p>Maladie</p> <p>Risque</p> <p>Perception de la gravité du VIH</p> <p>Autres</p>	<p>niveau d'aisance ressenti durant l'échange avec l'intervenant.</p>
Grille 3 : entretiens avec les sujets jamais rencontrés	N.A.	<p>Identifier l'importance relative des sources et comment le sujet situe les intervenants en prévention malgré qu'il n'en ait jamais rencontré.</p>	<p>Santé</p> <p>Maladie</p> <p>Risque</p> <p>Perception de la gravité du VIH</p> <p>Autres</p> <p>(à déterminer)</p>	N.A.

APPENDICE F

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES INTERVENANTS

Action Séro Zéro et la communication pour la promotion de la santé et la prévention

Objectifs de l'étude

Le contexte de la promotion de la santé et de la prévention a beaucoup évolué au cours des dernières années et cette recherche souhaite contribuer à améliorer les connaissances disponibles sur les enjeux et défis actuels en matière de communication visant l'amélioration de la santé des individus. L'étude a comme objectif principal de décrire et analyser le déroulement des communications interpersonnelles entre le personnel d'Action Séro Zéro et les hommes gais et bisexuels. Il peut s'agir des communications qui ont lieu lors des rencontres entre deux personnes dans un même lieu physique ou lors d'un échange à l'aide d'Internet.

Votre participation à cette recherche est importante et votre opinion contribuera à améliorer les services et les programmes offerts par Action Séro Zéro afin qu'ils répondent le mieux possible aux besoins des hommes auxquels sont destinés les programmes et les activités de l'organisme.

Pour cet entretien d'une durée approximative d'une heure trente, l'anonymat de votre participation et la confidentialité des renseignements fournis seront préservés par les mesures suivantes :

- a) les enregistrements audionumériques et les transcriptions seront conservés dans un endroit sécuritaire et sous clé pendant une période d'au plus une année après la fin de la recherche, puis les fichiers informatiques seront détruits ;
- b) à moins d'un consentement écrit de la part du participant, aucune citation ne sera utilisée comme telle ;
- c) seul le chercheur aura accès aux transcriptions (à l'aide d'un mot de passe).

Il n'y a donc aucune possibilité de vous identifier dans les différents rapports ou publications. Il vous sera possible, si vous le souhaitez, de consulter la transcription de votre entretien.

Avantages de votre participation :

Votre participation à cette étude peut vous donner l'occasion de faire un retour sur votre expérience de vie à titre d'intervenant. Votre participation permettra aussi d'améliorer les services et programmes de prévention et de promotion de la santé sexuelle de Action Séro Zéro mais également à plus large échelle, dans la communauté. De plus, vous contribuez d'une certaine façon à améliorer les connaissances sur la santé des hommes gais et bisexuels. Les connaissances acquises pourront être utiles à la sensibilisation et à la formation d'étudiants, d'intervenants du milieu communautaire et de professionnels du domaine de la santé et des services sociaux.

Inconvénients ou risques liés à votre participation :

Mis à part l'inconvénient d'accorder du temps pour l'entretien, il n'y a aucun risque direct à participer à cette recherche. Dans le cas où vous seriez perturbé d'une façon ou d'une autre par votre participation à l'étude, et si vous le désiriez, vous pourriez être dirigé vers des ressources disponibles dans les milieux gais et bisexuels (ex. Projet 10, pour les jeunes gais et bisexuels) ou dans les réseaux de la santé et des services sociaux (ex. CSSS Jeanne-Mance). Vous n'avez qu'à contacter les responsables de la recherche (Michèle-Isis Brouillet ou Jacques Rhéaume) par courriel ou par téléphone si vous en ressentez le besoin. De plus, toute plainte, critique où demande d'informations pourra être adressée à ces mêmes personnes. Si votre plainte ne peut être réglée directement par les directeurs de recherche, vous pourrez faire valoir vos droits directement auprès du Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQÀM, auprès du Dr. Joseph Josy Lévy, président du CIÉR (levy.joseph_josy@uqam.ca) au 987-3000 poste 4483 ou auprès de Louise Arvisais (arvisais.louise@uqam.ca) au poste 7753.

Si vous avez des questions sur cette étude, vous pouvez communiquer en tout temps avec les responsables :

Michèle-Isis Brouillet, directrice de recherche et Jacques Rhéaume, co-directeur de recherche

Courriel : brouillet.m-isis@uqam.ca

Courriel : rheaume.jacques@uqam.ca

Nous vous remercions à l'avance pour votre participation. Cette recherche bénéficie du soutien financier de l'équipe de recherche *Sexualités et genres : vulnérabilité, résilience* (<http://www.hvr.uqam.ca/index.asp>) et à reçu l'approbation du Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQÀM.

J'ai lu le formulaire de consentement et j'accepte de participer à l'étude.

Nom du participant : _____

Nom du chercheur : JEAN DUMAS

Signature du participant

Signature du chercheur

Date : _____

APPENDICE G

GRILLE D'ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS AVEC LES INTERVENANTS

Liste des thèmes

Discussion sur le rôle de l'organisation pour la promotion de la santé et la prévention, rôle de la communication dans les interactions avec les personnes rencontrées notamment au niveau du contenu et de la relation en fonction des différents contextes, déroulement des échanges notamment de ce qui semble bien ou moins bien se dérouler durant les interactions et opinions des intervenants quant aux effets et au suivi suite aux interactions.

	Discussion sur le rôle de l'organisation	Discussion sur les échanges avec les usagers	Discussion sur les représentations
Entretiens avec les intervenants face-à-face	Promotion de la santé Prévention Intervention Communication	Déroulement typique des échanges. Ce qui semble bien ou moins bien fonctionner durant les interactions. Avantages et limites des interactions face à face	Santé Maladie Risque Perception de la gravité du VIH
Entretiens avec les intervenants en ligne	Promotion de la santé Prévention Intervention Communication	Déroulement typique des échanges. Ce qui semble bien ou moins bien fonctionner durant les interactions. Avantages et limites des interactions en ligne	Santé Maladie Risque Perception de la gravité du VIH

APPENDICE H

THEMES ABORDÉS OU ÉMERGENTS DURANT LES ENTRETIENS AVEC LES PARTICIPANTS ET CATÉGORIES ISSUES DE L'ANALYSE DE CONTENU

A - Thèmes abordés durant les entretiens

1. représentations de la santé, de la maladie (ITSS, VIH/sida et autres)
2. Sources d'informations sur la santé
3. Expérience d'utilisation des services de santé en général
4. Expérience d'utilisation des services de Action Séro Zéro (s'il y a lieu)
5. Circonstance reliées aux interactions avec Action Séro Zéro (s'il y a lieu)
6. Type d'interaction (face à face et en ligne)
7. Représentations d'Internet
8. Satisfaction par rapport aux interactions avec Action Séro Zéro et ses intervenants
9. Opinions sur la prise de risque, la place du VIH/sida dans l'espace public, la banalisation et les stratégies à mettre en place pour la promotion de la santé et la prévention

B - Thèmes émergents dans l'analyse des entretiens

1. Parcours de vie et orientation sexuelle
2. Parcours de vie et santé
3. Évolution des représentations de la santé et de la maladie (ITSS, VIH/sida et autres)

Catégories	Thèmes associés
1. Connaissances	Sources d'informations et connaissances sur les ITSS et le VIH/sida, connaissances des services offerts par Action Séro Zéro
2. Attitudes	Santé, condom, prévention, sida, prise de risques sexuels, Internet, milieu gai, homosexualité
3. Comportements	Utilisation d'Internet, consommation de drogues et d'alcool, gestion des risques et communication avec les partenaires
4. Trajectoire individuelle et expériences	Évolution de l'orientation sexuelle, problèmes de santé, circonstances qui ont amené une interaction, expériences et ruptures amoureuses, relations familiales
5. Systèmes	Connaissance de l'orientation sexuelle dans l'entourage, situation de vie, personnes vivant avec le VIH dans le réseau social
6. Interactions intervenants et usagers (acteurs/sujets)	Raison de la consultation, contexte de l'interaction, satisfaction et action suite à l'interaction
7. Espace public	Le VIH/sida, les ITSS et les stratégies de prévention dans l'espace public

APPENDICE I

THEMES ABORDÉS OU ÉMERGENTS DURANT LES ENTRETIENS AVEC LES INTERVENANTS ET CATÉGORIES ISSUES DE L'ANALYSE DE CONTENU

A - Thèmes abordés durant les entretiens

1. Evolution du rôle d'Action Séro Zéro
2. Profils des populations rejointes dans le cadre du travail de l'intervenant
3. Rôle de la communication durant les interactions
4. Exemples d'interaction qui se sont bien ou moins bien déroulées
5. Opinions sur les avantages et les inconvénients associés aux interactions en face à face et en ligne
6. Modalités d'évaluations des interventions

B - Thèmes émergents dans l'analyse des entretiens

4. Réflexivité de l'intervenant sur le travail d'intervention
5. Besoin en termes de formation
6. Type de programmes à Action Séro Zéro et degré d'atteinte des objectifs

Catégories	Thèmes associés
1. Trajectoire individuelle et expérience	Parcours de vie et circonstances qui ont amené l'intervenant à travailler au sein d'Action Séro Zéro.
2. Évolution du rôle d'Action Séro Zéro	Élargissement du mandat vers une perspective de santé globale, interventions complémentaires
3. Communication	Rôle de la communication durant les interactions
4. Exemples d'interactions	Interactions qui se sont bien ou moins bien déroulées
5. Types d'interactions	Avantages et les inconvénients associés aux interactions en face à face et en ligne
6. Modalités d'évaluation des interventions	Éléments qui peuvent suggérer l'atteinte ou non des objectifs de l'intervention
7. Systèmes	Relations avec les partenaires communautaires et de santé publique
8. Réflexivité	Identité personnelle et professionnelle, identité personnelle et professionnelle, conflits de valeurs, perspective de santé globale, contraintes du travail sur le terrain et conséquences sur l'atteinte des objectifs de la prévention et de la promotion de la santé, besoins en termes de formation.

APPENDICE J : RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE (DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES)

Résultats aux variables sociodémographiques de tous les usagers résidents du Québec (N=277)

	Tous		Groupes d'âge		p	Lieu de résidence			p
	(N)	%	30 et moins (N) %	Plus de 30 ans (N) %		Montréal Laval et Longueuil (N) %	Ailleurs au Québec (N) %		
Groupe d'âge	(277)					(71)	(168)		
(1) 30 ans et moins	30,7			--	--	47,9	44,6		0,639
(2) Plus de 30 ans	69,3					52,1	55,4		
Lieu de résidence	(258)		(71)	(168)		--	--		--
(1) Ile de Montréal, Laval et Longueuil	45,3		47,9	44,6	0,639	--	--		--
(2) Ailleurs au Québec	54,7		52,1	55,4		--	--		--
Avec qui habite le répondant	(273)		(77)	(173)		(116)	(139)		
(1) un ou des amis	1,8		2,6	1,7	0,0001	1,7	1,4		0,698
(2) un ou plusieurs colocataires	11,7		18,2	8,7		12,1	9,4		
(3) un ou plusieurs membres de la famille	10,3		26,0	2,9		10,3	10,1		
(4) un couple avec partenaire féminin	6,6		6,5	7,5		4,3	8,6		
(5) en couple avec partenaire masculin	19,0		15,6	20,2		22,4	18,0		
(6) seul	50,5		31,2	59,0		49,1	52,5		
Niveau de scolarité	(272)		(76)	(172)		(116)	(140)		
(1) primaire et secondaire	21,7		18,4	23,3	0,397	19,8	21,4		0,665
(2) collégial	27,2		32,9	23,8		26,7	29,3		
(3) universitaire 1 ^{er} cycle	29,4		31,6	30,8		29,3	31,4		
(4) universitaire 2 ^e et 3 ^e cycle	19,9		14,5	20,9		21,6	17,1		
(5) autre	1,8		2,6	1,2		2,6	0,7		
Statut d'emploi	(272)								
Retraité (oui)	11,4		1,3	16,9	0,001	9,5	14,4		0,233
Étudiant temps partiel (oui)	4,0		10,5	1,7	0,002	3,4	4,3		0,722
Étudiant temps plein (oui)	12,9		34,2	2,3	0,000	14,7	11,5		0,456
Travailleur temps partiel (oui)	16,5		22,4	12,8	0,056	19,0	12,9		0,188
Travailleur temps plein (oui)	55,5		46,1	64,0	0,008	56,0	54,7		0,828
Sans emploi (oui)	5,1		9,2	3,5	0,062	5,2	4,3		0,748
Autre (oui)	5,9		2,6	4,1	0,577	2,6	7,9		0,063

	Groupes d'âge			Lieu de résidence			p
	Tous (N) %	30 et moins (N) %	Plus de 30 ans (N) %	Montréal Laval et Longueuil (N) %	Ailleurs au Québec (N) %	p	
Revenu	(270)	(74)	(171)	(116)	(137)		
(1) Moins de 10 000 \$	11,5	25,7	3,5	9,5	13,9		
(2) De 10 000\$ et 19 999\$	15,2	23,0	10,5	16,4	13,1	0,0001	0,832
(3) De 20 000\$ et 29 999\$	14,1	18,9	12,3	15,5	13,1		
(4) De 30 000\$ et 39 999\$	18,9	9,5	23,4	18,1	19,7		
(5) De 40 000\$ et 49 999\$	13,3	5,4	17,0	14,7	12,4		
(6) 50 000 \$ et plus	27,0	17,6	33,3	25,9	27,7		
Appartenance ethnique et culturelle	(277)						
(1) québécois, canadien français ou canadiens	92,4						
(2) autre	7,6						
Statut de résidence	(244)	(75)	(169)	(117)	(134)		
Citoyen canadien	95,5	93,3	97,0	94,0	98,5	0,151	0,145
Immigrant reçu	3,0	2,7	2,4	5,1	1,5		
Autre	1,5	4,0	,6	0,9	0		
Orientation sexuelle	(276)	(77)	(173)	(117)	(140)		
(1) gai	47,8	37,7	52,6	47,0	47,9		
(2) homosexuel	35,5	36,4	34,1	43,6	29,3	0,083	0,025
(2) bisexuel	12,7	19,5	11,0	7,7	17,9		
(4) hétérosexuel	1,1	2,6	0,6	,0	1,4		
(5) autre	2,9	3,9	1,7	1,7	3,6		
Attraction sexuelle	(273)	(75)	(173)	(117)	(140)		
(1) Exclusivement par des gens du sexe opposé	1,5	1,3	1,7	1,7	1,4		
(2) Surtout par des gens du sexe opposé	2,9	8,0	1,2	,9	4,3	0,085	0,342
(3) Autant par des gens du sexe opposé que du même sexe que moi	7,7	8,0	8,7	6,0	10,0		
(4) Surtout par des gens du même sexe que moi	18,3	16,0	16,2	17,9	17,9		
(5) Exclusivement par des gens du même sexe que moi	69,6	66,7	72,3	73,5	66,4		
Situation de vie actuelle	(274)	(77)	(173)	(116)	(140)		
(1) célibataire	64,2	61,0	64,7	59,5	65,7		0,188
(2) en couple avec un homme	24,8	24,7	24,9	30,2	22,9	0,785	
(3) en couple avec une femme	7,3	9,1	7,5	5,2	9,3		
(4) autre	3,6	5,2	2,9	5,2	2,1		
Durée moyenne du couple							
(1) 5 ans et moins							
(2) plus de 5 ans							

	Groupes d'âge			Lieu de résidence		
	Tous (N) %	30 et moins (N) %	Plus de 30 ans (N) %	Montréal Laval et Longueuil (N) %	Ailleurs au Québec (N) %	p
Déjà passé le test de dépistage du VIH (oui)	(266) 75,9	(72) 59,7	(141) 82,0	78,8	71,9	0,0001
Date du dernier test	à venir	à venir	à venir	à venir	à venir	0,209
(1) un an ou moins (2003-2004)						
(2) de un à trois ans (2001-2002)						
(3) plus de trois ans (2000 ou moins)						
Résultat du dernier test	(203)	(43)	(142)	(87)	(100)	
(1) négatif	88,7	90,7	88,0	14,9	7,0	
(2) positif	9,9	4,7	11,3	81,6	93,0	0,032
(3) ne sait pas	1,5	4,7	0,7	3,4	,0	
Actuellement sous traitement (oui)	92,3 ??	97,7	90,3	87,4	95,1	0,054
Statut sérologique probable aujourd'hui	(168)	(39)	(125)	(74)	(93)	
(1) Séropositif	0	0	0	0	0	0,413
(2) Probablement séropositif	0	0	0	0	0	
(3) Je ne sais pas	7,8	15,4	5,6	12,2	6,5	
(4) Probablement séronégatif	20,0	20,5	20,0	20,3	19,4	
(5) Séronégatif	72,2	64,1	74,4	67,6	74,2	
Connaissance du statut sérologique du partenaire	(64)	(29)	(60)	(45)	(48)	
(1) Séropositif	4,2	0	5,0	8,9	0	0,209
(2) Probablement séropositif	0	0	0	0	0	
(3) Je ne sais pas	10,4	13,8	10,0	11,1	10,4	
(4) Probablement séronégatif	18,8	20,7	15,0	17,8	20,8	
(5) Séronégatif	66,7	65,5	70,0	62,2	68,8	

APPENDICE K: PRÉDOMINANCE ET INTENSITÉ DES PRÉOCCUPATIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE : SANTÉ PHYSIQUE, MENTALE, SEXUELLE ET HABITUDES DE VIE (N=277)

Prévalence et intensité des préoccupations en matière de santé (échantillon global) :	M'a affecté au cours de la dernière année et intensité de la préoccupation					
	OUI (N) %	Pas du tout ¹ (N) %	Un peu (N) %	Assez (N) %	Beaucoup (N) %	Assez/Beaucoup ajusté ² (N) %
consommation de drogues	(75) 27,1	(111) 61,0	(40) 22,0	(17) 9,3	(14) 7,7	(31) 11,2
consommation d'alcool	(82) 29,6	(92) 51,1	(53) 29,4	(19) 10,6	(16) 8,9	(35) 12,6
dépression	(102) 36,8	(62) 33,2	(68) 36,4	(29) 15,5	(28) 15,0	(57) 20,6
image corporelle	(136) 49,1	(29) 13,6	(78) 36,4	(58) 27,1	(49) 22,9	(107) 38,6
infections transmises sexuellement (ITS)	(123) 44,4	(60) 28,3	(64) 30,2	(40) 18,9	(48) 22,6	(88) 31,8
niveau de stress élevé / anxiété	(115) 41,5	(43) 21,2	(70) 34,5	(46) 22,7	(44) 21,7	(90) 32,5
penser à se suicider tenter de s'enlever la vie	(67) 24,2	(102) 57,3	(41) 23,0	(16) 9,0	(19) 10,7	(35) 12,6
prise de risques sexuels	(107) 38,6	(69) 34,7	(69) 34,7	(35) 17,6	(26) 13,1	(61) 22,0
processus de sortie ou coming out	(64) 23,1	(104) 63,4	(20) 12,2	(18) 11,0	(22) 13,4	(40) 14,4
solitude ou isolement	(104) 37,5	(63) 31,7	(63) 31,7	(36) 18,1	(37) 18,6	(73) 26,4
troubles de l'alimentation	(29) 10,5	(98) 62,4	(29) 18,5	(18) 11,5	(12) 7,6	(30) 10,8
VIH/sida	(64) 23,1	(85) 48,9	(34) 19,5	(20) 11,5	(35) 20,1	(55) 19,9
autre	(11) 4,0	(79) 84,0	(1) 1,1	(3) 3,2	(11) 11,7	(14) 5,1

1 : étant donné l'inconsistance des réponses parmi les répondants pour le niveau d'intensité 1 (pas du tout), cette donnée est éliminée dans les deux tableaux suivants de même que dans le texte du rapport.

2 : afin de faciliter l'interprétation des niveaux d'intensité, les valeurs « Assez » et « Beaucoup » sont additionnées et ajustées à l'échantillon global à l'aide du nombre de répondants dans chacun des niveaux d'intensité (addition des N respectifs, divisés par 277 et multipliés par 100).

Prévalence et intensité des préoccupations en matière de santé en fonction de l'âge :	M'a affecté au cours de la dernière année :				p
	Tous OUI (N) %	30 et moins OUI %	Plus de 30 ans OUI %		
consommation de drogues	(75) 27,1	26,0	24,7	0,832	
consommation d'alcool	(82) 29,6	33,8	27,0	0,277	
dépression	(102) 36,8	39,0	32,2	0,297	
image corporelle	(136) 49,1	48,1	47,7	0,959	
infections transmises sexuellement (ITS)	(123) 44,4	50,6	39,1	0,087	
niveau de stress élevé / anxiété	(115) 41,5	46,8	37,4	0,162	
penser à se suicider tenter de s'enlever la vie	(67) 24,2	24,7	21,3	0,549	
prise de risques sexuels	(107) 38,6	41,6	36,8	0,473	
processus de sortie ou coming out	(64) 23,1	23,4	21,8	0,787	
solitude ou isolement	(104) 37,5	31,2	38,5	0,265	
troubles de l'alimentation	(29) 10,5	10,4	9,8	0,880	
VIH/sida	(64) 23,1	23,4	22,4	0,867	
autre	(11) 4,0	3,9	4,0	0,962	

APPENDICE L : PRÉDOMINANCE ET INTENSITÉ DES PRÉOCCUPATIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE : LES RELATIONS INTERPERSONNELLES ET SOCIALES (N=277)

M'a affecté au cours de la dernière année et intensité de la préoccupation

<i>Prévalence et intensité des préoccupations en matière de santé :</i>	OUI		Pas du tout ¹ (N) %	Un peu (N) %	Assez (N) %	Beaucoup (N) %	Assez/Beaucoup ajusté ² (N) %
	(N)	%					
fin d'une relation	(94)	33,9	(78) 46,2	(32) 18,9	(23) 13,6	(36) 21,3	(59) 21,3
homophobie	(76)	27,4	(87) 54,7	(43) 27,0	(19) 11,9	(10) 6,3	(29) 10,5
relations familiales	(79)	28,5					(75) 18,2
trouver des amis	(127)	45,8	(60) 33,0	(53) 29,1	(42) 23,1	(27) 14,8	(69) 24,9
trouver un partenaire stable	(162)	58,5	(45) 22,3	(44) 21,8	(48) 23,8	(65) 32,2	(113) 40,8
vie de couple	(116)	41,9	(66) 37,7	(39) 22,3	(38) 21,7	(32) 18,3	(70) 25,3
violence dans une relation de couple	(17)	6,1	(113) 88,3	(9) 7,0	(2) 1,6	(4) 3,1	(6) 2,2
autre	(7)	2,5	(67) 93,1	--	--	(5) 6,9	(5) 1,8

1 : étant donné l'inconsistance des réponses parmi les répondants pour le niveau d'intensité 1 (pas du tout), cette donnée est éliminée dans les deux tableaux suivants de même que dans le texte du rapport.

2 : afin de faciliter l'interprétation des niveaux d'intensité, les valeurs « Assez » et « Beaucoup » sont additionnées et ajustées à l'échantillon global à l'aide du nombre de répondants dans chacun des niveaux d'intensité (addition des N respectifs, divisés par 277 et multipliés par 100).

APPENDICE M

EXTRAIT DE L'ENTRETIEN AVEC L'AGENT À LA RECHERCHE ET AU DÉVELOPPEMENT

Entretien avec Thomas Haig, Ph.D.

Chercheur en communication

Coordonnateur du Projet SPOT

Recherche-intervention portant sur le dépistage rapide du VIH

Anciennement coordonnateur clinique à RÉZO puis agent à la recherche et au développement

Question : Dans ta thèse, tu as souligné que la définition courante de communauté en santé publique ne parvient pas à rendre justice à la complexité du travail de proximité en prévention. Tu as aussi souligné qu'Action Séro Zéro, maintenant RÉZO, a développé sa propre définition de communauté éthique et dialogique.

Réponse : Oui, mais il importe de mentionner que depuis le moment que j'ai publié cette recherche, le travail de proximité est mieux défini dans les stratégies gouvernementales ainsi que dans la littérature de recherche. Quand j'ai fait ma recherche, le terme ne figurait nulle part, même à Séro Zéro : on parlait plutôt de « faire de la prévention dans les milieux ».

Question: Donc tu as contribué à conceptualiser cela un peu :

Réponse : Probablement, oui ! (rires)...

Question : Peux-tu préciser en quoi consiste le concept de *conversant community* ?

Réponse : *Conversant community*, c'est une remise en question de concepts plutôt sociologiques de la communauté, pas pour les mettre de côté complètement, mais pour faire place à la compréhension d'autres dimensions importantes de ce qu'on peut comprendre par « communauté », c'est-à-dire des aspects plus communicationnelles et à la limite conversationnelles. Une communauté ce n'est pas quelque chose qui existe seulement parce des institutions sont fondées par des gens pour exprimer le vécu social qu'ils partagent en commun ou parce qu'une population spécifique est concentrée dans un milieu géographique défini. Bien que cela puisse en faire partie, d'autres liens communautaires assez significatifs peuvent se construire entre les gens même en l'absence de structures communautaires plus formelles, par exemple un réseau de liens qui se passe au niveau oral. Certains travaux qui ont inspiré ma recherche, notamment ceux de Ross Higgins, mettaient en valeur le fait que le mouvement gai qui a émergé à Montréal après la deuxième guerre, son affirmation identitaire et communautaire exprimée éventuellement à l'époque par le terme « libération gaie », est devenu possible et s'est construit en partie à partir des multiples conversations qui ont eu lieu dans les bars fréquentés par une clientèle homosexuelle. Selon Higgins, pour bien comprendre l'émergence d'une communauté gaie visible et militante à Montréal dans les années soixante-dix, il faut référer à la multiplicité d'échanges et d'interactions spontanées, informelles et non organisées qui avaient lieu entre les hommes et les femmes pendant les décennies précédentes dans les milieux de socialisation où il était possible de se rencontrer et se reconnaître, notamment le milieu des bars. Malgré le fait que ces interactions étaient surtout conversationnelles et donc en quelque part très éphémères, elles ont contribué à l'instauration d'un réseau de liens socioculturels assez puissant. Avec le temps, ce réseau

«conversationnel» est devenu l'une des bases importantes qui éventuellement faciliterait la poursuite d'actions politiques et communautaires plus explicites et organisées.

Toutefois, dans ma recherche j'ai exploré aussi une problématique parallèle, l'idée que des manques de conversation peuvent pour leur part constituer un frein à l'identification communautaire et l'expérience d'une appartenance communautaire, notamment dans les milieux gais. C'est une réalité dans les saunas, dans les parcs, même dans les milieux festifs. Les gens sont ensemble mais ils ne se parlent pas nécessairement ou suffisamment. Dans mes propres réflexions au sujet de la communauté gaie et en particulier les qualités de l'expérience communautaire, je m'attarde à cette combinaison complexe de silences et de conversations que je trouve extrêmement importante.

Dans le cadre de mes recherches à Séro Zéro à l'époque, on affirmait justement que les actions communautaires visant le renforcement de la santé impliquaient nécessairement une réflexion et un travail à propos de la communication interpersonnelle en rapport avec les enjeux d'isolement social. Je trouvais la conceptualisation phénoménologique du terme « proximité » tel que définie par Levinas utile à cet égard. Selon Levinas, la subjectivité n'émerge pas dans un premier temps par l'expression ontologique d'une intériorité mais plutôt par le biais du contact et des relations de proximité entre le gens, entre moi et l'autre. Pour Levinas, c'est une manière éthique de conceptualiser la subjectivité. J'existe dans un premier temps par le biais du et à cause de mon contact avec les autres. Ce qui m'a amené à une autre question : dans la mesure où les contacts sont restreints, les conversations sont absentes ou évacuées, les silences règnent à l'intérieur des contextes sociaux spécifiques ... Peut-on vraiment affirmer l'existence d'une communauté?

Question : Ça rejoint l'interactionnisme donc. C'est dans l'interaction qu'on construit du sens.

Réponse : Oui. Une certaine comparaison est possible également avec Bakhtine et son idée d'intertextualité, c'est-à-dire le constat que n'importe quel texte est relié à un autre texte et le sens d'un texte quelconque émerge en fonction de ce réseau d'interconnexions. L'analyse d'échanges conversationnels peut ainsi rejoindre cette idée de « tissu social ». Selon Bakhtine, l'ensemble de nos énoncés (*utterances*) sont collectivement interreliées et constituent ainsi un réseau, un genre de « toile d'araignée » à la fois un peu inaperçu et pris pour acquis tout en ayant une forte importance. Je trouvais que ce type d'analyse rejoignait les propos des intervenants et les enjeux sur le terrain qu'ils décrivaient.

Question : C'est-à-dire ?

Réponse : Bien, des préoccupations par rapport au silence par exemple. Dans mes entrevues avec eux, les intervenants qui faisaient le travail de prévention dans la communauté étaient préoccupés par l'absence d'une telle toile d'énoncés, une pénurie d'échanges pouvant relier les gens. Ils s'intéressaient à trouver des façons de faire vivre, de favoriser des conversations, de faire émerger des relations d'intertextualité orale. Ils avaient une forte impression que cela avait une valeur, que c'était nécessaire, et que son absence faisait mal. Les préoccupations principales des intervenants ne tournaient pas nécessairement autour de la création de liens de confiance entre les intervenants et les personnes rejointes, mais plutôt autour de l'absence d'échanges entre les gens eux-mêmes. On avait l'impression que cette absence nuisait à la santé des gens et contribuait à d'autres problématiques telles que la propagation du VIH/sida. Et au contraire, travailler pour favoriser la conversation et les échanges entre les gens dans les

communautés semblait être une stratégie bénéfique en soit et aidant aussi pour atteindre d'autres objectifs de santé.

Question : Est-ce que Séro Zéro dans le temps avait déjà cette préoccupation de participer à la création de ce tissu social?

Réponse : Oui, informellement c'était un objectif. C'était une réflexion critique qui servait à orienter les pratiques et les approches et à comprendre les dynamiques interpersonnelles et sociales. Au début, c'était peut-être une réflexion assez implicite qui ressortait subtilement. C'était un peu osé à l'époque d'envisager que la prévention du VIH dans la communauté gaie pouvait passer par la promotion plus globale des interactions conversationnelles entre les hommes. Je constatais un écart entre la façon que les intervenants comprenaient leur travail et les concepts les plus courants utilisés pour décrire et expliquer ce travail. Les intervenants me parlaient de leur impression d'être à la remorque d'un vocabulaire et d'une logique qui passait à côté de ce qui leur semblait le plus important pour eux dans leur travail [...]. Ce que je décodaient dans cette recherche, c'était la présence de cette idée de *conversant community* dans ce qu'ils comprenaient de leur travail et l'impact qu'ils cherchaient à avoir. C'était comme ils se sont donné un objectif additionnel visant à favoriser des relations conversationnelles au sein de la communauté, objectif qu'ils voyaient parfois plus primordial que d'autres objectifs plus officiels [...]. C'était un peu étonnant pour moi qu'au même moment que j'étais en train de faire l'analyse de mes données, tout à coup Séro Zéro a lancé une campagne qui rejoignaient complètement la perspective que j'étais en train de développer. Je n'étais pas du tout impliqué dans cette démarche, je n'étais même pas rendu à l'étape de partager mes analyses préliminaires. En particulier, l'organisme a produit une affiche dont le slogan était « Faut se parler... On a tant de choses à se dire ». Ce n'était pas du tout une campagne pour promouvoir la discussion du VIH. On ne voulait pas nécessairement inciter les gens à parler des condoms ou de la prévention. Tout simplement : « Faut se parler »... C'était l'idée que j'essayais d'amener dans mes analyses : la *conversant community* en tant qu'aspect ou dimension de la promotion de la santé mais également en tant qu'alternative permettant de conceptualiser la communauté autrement.

Face à certaines remises en question du rôle des organismes communautaires, nous avons peut-être besoin de nouveaux concepts. On a tendance à présumer que les organismes sont les expressions de communautés qui s'affirment, qui s'organisent... Cette idée est très présente dans les politiques de santé au Québec. En réponse à l'épidémie du VIH/sida, il n'y a aucun doute que les organismes ont pu jouer un tel rôle. Mais les choses évoluent. Est-ce que ça se passe comme ça dans les organismes communautaires actuellement ? Je ne suis pas certain. Oui, nous avons les assemblées annuelles, les instances démocratiques essentielles et obligatoires, les démarches de consultation etc. Toutefois, je n'ai pas l'impression que le fonctionnement démocratique de la plupart des organismes communautaires, du moins dans le domaine du VIH et de la santé gaie, est hautement énergisé. On ne peut pas vraiment parler de mobilisation ou de militantisme. Tout se passe très correctement, mais les activités des organismes communautaires sont devenues assez routinières. On peut constater surtout une transformation dans les organismes vers l'offre de services. À cet égard, je trouve intéressant le fait que les offres de service en « travail de proximité » semblent depuis quelques années être de plus en plus présentes dans les plans de travail des organismes. J'ai l'impression que ce type de travail est devenu un véritable mandat pour les organismes communautaires œuvrant en prévention et en promotion de la santé au Québec.

Question : Depuis que tu as fait cette recherche, tu as évolué au sein de l'organisme comme bénévole, chercheur, membre du CA et finalement comme employé à la coordination clinique et à la recherche et développement. Comment vois-tu l'évolution de ce tissu social ?

Réponse : Évidemment il faut d'abord parler d'Internet et toute la sphère d'évolution technologique et communicationnelle connexe. Ce n'était pas du tout présent au sein de l'organisme au moment de la recherche. Ensuite, il y a eu la consolidation du concept de travail de proximité que passait par la formalisation, la structuration et l'implantation de ce type d'approche dans le travail terrain. C'était au cœur de mon travail comme employé : formaliser les approches de proximité dans le travail des intervenants, les rendre plus solides, les rendre plus explicites et mesurables car souvent il s'agissait d'activités déjà présentes sans être rationalisées ou très bien structurées [...]. Le développement et la formalisation du travail de proximité visaient en quelque sorte à donner réponse à des remises en question de la prévention soulevées par le mouvement de la santé gaie, le sentiment qu'il y avait un essoufflement d'intérêt et de motivation chez les gens, que les gens ne venaient plus aux organismes et que les organismes devaient alors réinventer et restructurer leurs approches et activités. C'était possible pour les organismes de se donner un nouveau mandat visant d'aller à la rencontre des gens dans leur milieu de vie.

Question : Quand tu as réalisé ta recherche, est-ce que tu as réfléchi au phénomène de la banalisation et son impact sur le travail de prévention ?

Réponse : Oui, d'une certaine manière. Entre 1995 et 1998, je ne crois pas qu'on était nécessairement très conscient de ce phénomène. Dans mon entourage, j'avais des amis qui tout à coup reprenaient la vie, qui effectuaient des retours au travail etc. On était un peu dans un sentiment de miracle. « Enfin, les gens peuvent arrêter de mourir ! ». En termes de prévention, il me semble que c'était plutôt l'idée de rechute (*relapse*) qui était très présente dans les discours. Étonnamment, il s'agit d'un terme qui reprend le modèle chrétien [il est tombé et il doit se relever]. Ça explique peut-être pourquoi le concept n'a pas été utilisé pendant très longtemps. Les deux préoccupations récurrentes à ce moment étaient l'échec de la prévention et la rechute. On vivait alors avec ce discours d'échec mais on avait le sentiment qu'il fallait bien sûr se relever, se motiver et continuer !

Question : est-ce que tu vois des points de convergence entre ta recherche et la mienne ? Est-ce que tu vois de la complémentarité ? On a tous les deux focalisé sur l'interaction, mais pas de la même manière.

Réponse: Nous avons tous les deux souligné qu'il ne s'agit pas juste de transmettre de l'information, qu'il faut valoriser une autre dynamique communicationnelle. [...] Les intervenants sont très conscients de cette dynamique. La question de *comment* aborder les gens s'imposent.

C'est bien d'avoir ta demande de financement puis de dire oui c'est ça qu'on va faire puis voici comment on le fera et voici comment on va quantifier nos résultats. Mais cette quantification, est-ce que c'est ça qui importe ! Cette logique voulant qu'on maximise le plus possible le nombre de personnes dans les différents milieux à qui nous allons transmettre une information quelconque, c'est une logique qui risque parfois de prendre trop de place. Parfois ce qui est le plus important c'est ce qui vient après le bonjour, cette ouverture vers la possibilité d'avoir un échange intéressant sans trop savoir qu'est-ce que ça va donner. On ne peut pas juste se servir de la conversation et du travail de proximité (qui est à la base très

conversationnel) comme un bâton magique qui va tout régler. Le paradoxe que je trouve le plus intéressant en réfléchissant aux théories de la conversation, c'est mon impression que les échanges conversationnels qu'on va trouver les plus puissants ou frappants ou importants sont justement ceux qui sont les plus à l'écart des intentions et de la rationalité. Les gens semblent apprécier davantage les conversations lorsqu'on n'essaie pas trop de les contrôler, et il faut faire attention lorsqu'on essaie de se servir de la conversation pour « accomplir » quelque chose ou avoir un impact sur quelqu'un. Je généralise beaucoup trop, mais dans un contexte d'intervention communautaire, cela a du sens. Les gens peuvent vite détecter une conversation trop intentionnelle. « Je sais que tu es un intervenant, que tu fais ton travail, que tu es payé ». Ça se détecte, c'est un dilemme récurrent pour les intervenants qui font du travail terrain et qui sont mandatés à prendre contact et à échanger avec la population.

Question : Des intervenants m'ont parlé des difficultés qu'ils peuvent rencontrer dans leur travail. Par exemple, dans un bar, un client a dit : voulez-vous nous foutre la paix ! Pas de conversation possible ici. Ou alors lorsqu'un adepte du barebacking rencontre un intervenant, craint-il d'être jugé par l'intervenant ? Ou alors un intervenant qui se dit choqué par une personne qu'il rencontre en raison de son comportement ou qui fait face à l'incompréhension, ou quand il ne se sent pas outillé pour travailler avec certaines personnes...

Réponse : C'est peut-être autour de ces questions que nos analyses se rejoignent le plus. Dans la mesure où on considère qu'il est nécessaire de rejoindre des gens vulnérables dans leurs milieux de vie, dans la mesure où on considère que le travail de proximité est nécessaire et aidant, il faut reconnaître la finesse qui est nécessaire pour avoir ce type de contact, la formation en communication qui serait peut-être requise. Comment communiquer, comment avoir une conversation que les gens vont trouver équilibrée, égalitaire, importante versus « voilà, je suis là pour te dire quoi faire » ? Une certaine compréhension de la communication comme telle me semble obligatoire pour pouvoir bien faire ce type de travail. J'ai l'impression qu'on continue à prendre pour acquis que les intervenants ont à leur disposition ce type de savoir faire et de savoir être alors que ce n'est pas toujours le cas.

BIBLIOGRAPHIE

Abric, J.C. 1994. *Pratiques sociales et représentations*. Paris, Presses universitaires de France.

Airhihenbuwa, C.O., Obregon, R. 2000. « A Critical assessment of Theories/Models Used in Health Communication for HIV/AIDS ». *Journal of Health Communication*, vol.5, supplement, p. 5-15.

Association canadienne de santé publique. 2004. *Approches stratégiques: le renouvellement de l'intervention: rapport 2004 du Canada sur le VIH/sida*. Ottawa, gouvernement du Canada.

Aubert, N. et De Gaujelac, V. 1991. *Le coût de l'excellence*. Paris, Seuil.

Aultman, J.M. 2006. « Finding Meaning in the Doctor-Patient Relationship ». *The American Journal of Bioethics*, vol. 6, no 1, p. 39 – 41.

Austin, S. B., Matson, M. 2003. « *Theorizing about health communication* », dans Thompson, T. L., Dorsey, A. M., Miller, K. *Handbook of Health Communication*, Mahwah, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates.

Banks, P., Jollimore, J. et Robert, W., 2011. « Health Initiative for Men (HIM): Une approche innovatrice de promotion de la santé en ligne auprès des hommes gais de Colombie-Britannique », dans Lévy, J.J., Dumas, J. Ryan, B. et Thoër, C., *Minorités sexuelles, Internet et santé*. Collection Santé et Société, Québec, Presses de l'Université du Québec.

Bartholomew, L.K., Parcel, G. S., Kok, G., Gettlieb, N.H. 2000. *Intervention Mapping : Designing theory and evidence-based Health Promotion Programs*, New-York, McGraw Hill.

Bateson, G. 1980. *Vers une écologie de l'esprit*. Paris, Seuil.

Beck, U. 2001. *La société du risque : sur la voie d'une autre modernité*. Paris, Flammarion.

Becker, H. 1985. *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*. Paris, Métailié.

Beltzer, N. 2005. *Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France en 2004*. Observatoire régional de la santé d'Île-de-France, ANRS et INPES, p.1-4.

Berger, P.L. et Luckmann, T. 2006. *La construction sociale de la réalité*. Paris, Armand Colin.

Berger, M., Wagner, T.H. et Baker, L.C. 2005. « Internet use and stigmatized illness ». *Social Science and Medicine*, vol. 61, p. 1821-1827.

Bertaux, D. 1997. *Les récits de vie*. Paris, Nathan Université.

- Betancourt, G. 2011. « Guys Like U: The photonovela and the Website », dans Lévy, J.J., Dumas, J., Ryan, B. et Thoër, C. *Minorités sexuelles, Internet et santé*. Collection Santé et Société, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Blumer, H. 1969. *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall.
- Bohm, D. 1997. *On Dialogue*. London, Routledge.
- Boyce, W.F. 2003. *Étude sur les jeunes, la santé sexuelle, le VIH et le sida au Canada : facteurs influant sur les connaissances, les attitudes et les comportements*. Ottawa, Conseil des ministres de l'Éducation du Canada.
- Bourdieu, P. 1998. *La domination masculine*. Paris, Seuil.
- Brotman, S., Ryan, B. and Cormier, R. 2003. « The Health and Social Service Needs of Gay and Lesbian Elders and Their Families in Canada ». *The Gerontologist*, vol. 43, no2, p.192-202.
- Brouillet, M.-I., Deaudelin, C. 1994. « Étude écosystémique d'un entretien de supervision de stage ». *Revue des Sciences de l'Éducation*, vol. 10, no 3.
- Brouillet, M.I., Richard, C. et Lussier, M.T. 1999. « La praxéologie, une manière de devenir efficace en communication ». *Le Médecin du Québec*, vol. 34, no 7.
- Bull, S. 2008. « Internet and Other Computer Technology-Based Interventions for STD/HIV Prevention », dans T. Edgar, S.M. Noar, S.M. et V.S. Freimuth (dir. publ.), *Communication Perspectives on HIV/AIDS for the 21st Century*. New York, Lawrence Erlbaum Associates, p. 212-227.
- Caron-Bouchard, M., Renaud, L. 2001. *Pour mieux réussir vos communications médiatiques en promotion de la santé*, deuxième édition, Québec, Institut national de santé publique du Québec.
- Carrier, N., et Quirion, B. 2004. « Les logiques de contrôle de l'usage des drogues illicites : La réduction des méfaits et l'efficacité du langage de la périllisation ». *Drogue, Santé et Société*, vol. 2, no 1.
- Cauchie, J. F., Corriveau, P. 2011. « Les moeurs homérotiques ou l'éternel retour à la faute morale et au corps impur », dans *La régulation sociale des minorités sexuelles : l'inquiétude de la différence*. Collection Santé et Société, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Centre francophone d'informatisation des organisations (CEFRIO). 2007. *Enquête NETendance*, août 2008. Consulté le 4 février 2009. <http://www.infometre.cefrio.qc.ca/loupe/enquetes/>
- _____. *Enquête NETendance*, août 2009. Consulté le 6 juin 2010. <http://www.infometre.cefrio.qc.ca/loupe/enquetes/>

- Chamberland, L. 2007. *Gais et lesbiennes en milieu de travail*. Rapport synthèse de recherche. Collège Maisonneuve et Institut de recherches et d'études féministe, Montréal, Université du Québec à Montréal.
- Chamberland, L., Frank, B et Ristok, J.2009. *Diversité sexuelle et construction de genre*. Collection Santé et Société, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Chantoury-Lacombe, F. 2008. « Pustules de peinture épidémie et syphilis dans les arts visuels (xve-xviie siècles) », *Corps*, vol. 2, no 5, p. 65-73.
- Chevrier, J. 2000. « La spécification de la problématique ». *Recherche sociale: De la problématique à la collecte des données*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Cline, R.J.W. 2003. « *Everyday Interpersonal Communication and Health* », dans Thompson, T. L., Dorsey, A. M., Miller, K. *Handbook of Health Communication*, Mahwah, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates.
- Cochran, S.D., Sullivan, J.G., et Mays, V.M. 2003. « Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health services use among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol.71, p. 53-61.
- Comacho, A. 2008. « El Poder y La Fuerza de la Pasión: Towards a Model of HIV/AIDS Education and Service Delivery From the "Bottom-Up" », dans O.Zoller, H., et Dutta, M. J. (dir. publ.). *Emerging Perspectives in Health Communication: Meaning, Culture, and Power*. New York, Routledge.
- Couturier, Y. et Carrier, S. 2003. « Pratiques fondées sur les données probantes en travail social : un débat émergent », dans *Nouvelles pratiques sociales : une pragmatique de la théorie*, vol. 16, no 2, p 68-79.
- Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. 2007. *De l'égalité juridique à l'égalité sociale : vers une stratégie nationale de lutte contre l'homophobie*. Rapport de consultation du Groupe de travail mixte contre l'homophobie.
- Creswel, J.W. et Plano Clark, V.L. 2011. *Designing and conducting Mixed Methods Research*. Thousand Oaks, California, Sage Publications.
- Crimp D. 1996. *AIDS: Cultural analysis/cultural activism*, Cambridge, MIT Press.
- Curotto, A., Rebchook, G., et Kegeles, S. 2003. *Opening a virtual door into a vast real world: Community based organizations are reaching out reaching out to at-risk MSM with creative, online programs*. Centre for AIDS Prevention Studies, University of California.
- De Gaulejac, V., Taboada Léonetti, I. 1994. *La lutte des places*, Paris, Desclée de Brouwer.
- Dejours, C. 1993. *Travail : Usure mentale. De la psychopathologie à la psychodynamique du travail*. Paris, Bayard.

- Dejours C. 2009. *Travail vivant, Tome 2 : Travail et émancipation*, Paris, Payot.
- De Quieroz, J.M. et Ziotkowski, M. 1997. *L'interactionnisme symbolique*. Rennes, Les Presses Universitaires de Rennes.
- Deshaies, B. 1992. « Pour sortir du XX^e siècle », dans *Méthodologie de la recherche en sciences humaines*. Montréal, Éditions Beauchemin.
- Deslauriers, J.P., Groulx, L., Laperrière, A., Mayer, R., Pirès, A., Poupart, J. (1997). *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal, Gaétan Morin.
- Direction de la protection de la santé publique. 2004. *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*. Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Dubar, C. 1991. *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*. Paris, Armand Colin.
- Dubard, C. 2000. *La crise des identités*. Paris, Presses universitaires de France.
- Dufour A., Alary M., Otis J., Remis R.S., Mâsse B., Parent R., Turmel B., Lavoie R., LeClerc R., Vincelle J. and the OMÉGA Study Group. 2000. « Correlates of risky behaviours among young and older men who have sexual relations with men in Montreal, Quebec, Canada ». *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 23, no 3, p. 272-278.
- Dugan, A. 2006. « Understanding Interpersonal Communication Processes across Health Contexts: Advances in the Last Decade and Challenges for the Next Decade ». *Journal of Health Communication*, vol. 11, no 4, p. 93-108.
- Dumas, J., Cyr, C., Otis, J., Lévy, J.- J., Lavoie, R., Séguin, C. 2007a. *Profil et discours des usagers de RÉZO, un programme de prévention du VIH interactif sur Internet destiné aux hommes de 16-25 ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes*. Rapport de recherche, 2^e édition. Action Séro Zéro en collaboration avec l'Université du Québec à Montréal.
- Dumas, J., Mensah, M. N., Rousseau, R. 2007b. *Êtes-vous satisfait ? Peut-on faire mieux... autrement ? Rapport de l'enquête auprès d'hommes ayant des relations sexuelles et affectives avec d'autres hommes sur l'approche globale de la santé et du mieux-être à Action Séro Zéro*. Rapport de recherche publié par Action Séro Zéro en collaboration avec le département de Travail social de l'Université du Québec à Montréal.
- Dumas, J., Mensah, M. N., Rousseau, R. 2011. *Êtes-vous satisfait ? Peut-on faire mieux... autrement ? Phase II. Rapport de l'enquête auprès des jeunes HARSAH de 25 ans et moins, les hommes d'origines culturelles variées et les travailleurs du sexe*. Rapport de recherche publié par Action Séro Zéro en collaboration avec le département de Travail social de l'Université du Québec à Montréal.

- Edmond, M. et Picard, D. 1996. *L'interaction sociale*. Paris, Presses universitaires de France.
- Edmond, M. et Picard, D. 2008. *Relations et communications interpersonnelles*, 2^e édition. Paris, Dunod.
- Émond, G. 2005. *Processus de séduction et protection contre le VIH dans l'expérience sexuelle des hommes gais de Montréal*. Thèse présentée comme exigence partielle du doctorat en communication, Université du Québec à Montréal.
- Eysenbach, G. 2008. « Medicine 2.0: Social Networking, Collaboration, Participation, Apomediation, and Openness », *Journal of Medical Internet Research*, vol. 10, no 3.
- Feldman M.B., Meyer L. H. 2007. « Eating disorders in diverse lesbian, gay, and bisexual populations ». *International Journal of eating disorders*, vol. 40, p. 218–226.
- Flament, C. 1989. « Structure et dynamique des représentations sociales », dans Jodelet, D. *Les représentations sociales*, Paris, Presses universitaires de France.
- Foucault M. 1991. « Governmentality », dans Burchell, G., Gordon, C. et Miller, P. *The Foucault effect*, Chicago, University of Chicago Press, p. 87-104
- Furedi, F. 2002. *The Culture of Fear, Risk Taking and the Morality of Low Expectation*. London. Continuum publication.
- Gay and Lesbian Health Services of Saskatoon, 2000. *Mise en situation de la santé des hommes gais dans la trame de la santé des populations*. Document de travail produit dans le cadre de la Stratégie Canadienne sur le VIH/sida, Ottawa, Santé Canada.
- Gay and Lesbian Health Services of Saskatoon. 2002. *Valorisation des vies des hommes gais: donner un second souffle à la prévention dans le contexte de notre santé et de notre mieux-être*. Stratégie Canadienne sur le VIH/sida, Santé Canada, Ottawa.
- Glaser, B. G., Strauss, A.L. 1967. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, Chicago, Aldine Publishing Company.
- Goffman, E. 1968. *Asiles*. Paris, Éditions de Minuit.
- Goffman, E. 1973. *La mise en scène de la vie quotidienne, Tome 2. Les relations en public*. Paris, Éditions de Minuit.
- Goffman, E. 1975. *Stigmate : Les usages sociaux des handicaps*. Paris, Éditions de Minuit.
- Gosling, P. 1996. *Psychologie sociale: approches du sujet social et des relations interpersonnelles*. Paris, Bréal.
- Green, L.W., Kreuter, W.M. 1999. *Health promotion planning: An Educational and Ecological Approach*. Mountain View, California, Mayfield Publishing Company.

- Habermas, J. 1997. *L'espace public : Archéologie de la publicité comme dimension constitutive de la société bourgeoise*. Paris, Payot
- Haig, T. 2001. *The Conversant Community: HIV Health Promotion Work at 'Action Séro Zéro'*. Thèse présentée comme exigence partielle du doctorat en communication, réalisée sous la direction de la professeure Kim Sawchuck, Montréal : Concordia University.
- Haig, T., Côté P.B. et Rousseau, R. 2009. « Intimité, dialogue et santé. Réflexion sur le travail de proximité dans les milieux de socialisation fréquentés par les hommes gais et bisexuels », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 21, no 2, p. 157-173.
- Haig, T., Leblanc, D. et Rousseau, R. 2011. « Le travail de « proximité » sur Internet auprès des hommes gais et bisexuels : le cadre d'intervention de RÉZO (Action Séro Zéro) », dans Lévy, J.J., Dumas, J. Ryan, B. et Thoër, C. *Minorités sexuelles, Internet et santé*. Collection Santé et Société, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Herek, G. M., Glunt, E.K. 1988a. « An epidemic of Stigma: Public reactions to AIDS ». *American Psychologist*, vol. 43, p. 886-891.
- Herek, G.M. 1998b. *Stigma and sexual orientation: Understanding prejudice against lesbians, gay men, and bisexuals*. Thousand Oaks, California, Sage Publications.
- Herek, G.M. 1999. « AIDS and Stigma ». *American Behavioral Scientist*, vol. 42, p. 1106-1116.
- Hanson, W.E., J.W. Creswell, J.W., Plano Clark, V.L., Petska, K.S. 2005. « Mixed Methods Research Designs in Counseling Psychology ». *Journal of Counseling Psychology*, vol. 52, no 2, p. 224-235.
- Herzlich, C., Pierret, J. 1991. *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui. De la mort collective au devoir de guérison*. Paris, Payot.
- Holmes, D., Warner D. 2005. « The anatomy of a forbidden desire: men, penetration and semen exchange ». *Nursing Inquiry*, vol. 12, no 1, p.10-20.
- Honneth, A. 2000. *La Lutte pour la reconnaissance*. Paris, Éditions du Cerf.
- Honneth, A. 2004. « La théorie de la reconnaissance: une esquisse », *Revue du MAUSS*, vol. 1, no 23, p. 133-136.
- Ingham, R. 1994. « Some speculations on the concept of rationality ». *Advances in Medical Sociology*, vo. 4, p. 89-111.
- Institut de la statistique du Québec. 2001. *Enquête sociale et de santé 1998* (chapitre 10 : orientation sexuelle et santé). Collection santé et bien-être, Québec, Publications du Québec.
- Jablonski, O., Le Talec, J. Y. 2010. *Santé gaie*. Paris, L'Harmattan.
- Jodelet, D. 1989. *Les représentations sociales*. Paris, Presses universitaires de France.

- Jodelet, D. 1994. « Représentations, pratiques, société et individu sous l'enquête des sciences sociales », dans *Les représentations sociales*. Paris, Presses universitaires de France.
- Kaufmann, J.C. 2007. *L'enquête et ses méthodes: L'entretien compréhensif*. Paris, Armand Colin.
- Kenaïssi, A. 2000. *L'interactionnisme et l'ethnométhodologie*. Dossier de présentation en ligne : <http://abder.kenaïssi.pagesperso-orange.fr/interactionnisme.htm>, consulté le
- Lacan J. 2002. *Écrits*. New York, W.W. Norton Co.
- Lacoste, M. 1993. « Langage et interaction : le cas de la consultation médicale » dans Cosnier, J., Grosjean, M. et Lacoste, *Soins et communication. Approche interactionniste des relations de soins*. Presses universitaires de Lyon.
- Lambert, G., Cox, J., Tremblay, F., Gadoury, M.A., Tremblay, C., Alary, M., Otis, J., Lavoie, R., Remis, R., Vincelette, J., Archibald, C., Sandstrom, P., M-Track Study Researchers. 2006. *Sexual risk behaviours among men having sex with men MSM in Montreal: results from the ARGUS 2005 survey*. 15e Conférence annuelle pour la recherche sur VIH/Sida, Association Canadienne de Recherche sur le VIH, Québec.
- Lambert, G., Minzunza, S. 2010. *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec Année 2009 (et projections 2010) – Faits saillants*. Collection analyse et surveillance, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Lavoie, R., Otis, J., Godin, G. & the MAYA Study Group. 2006. *Working people living with HIV: who are they ?* 15th Annual Canadian Conference on hiv/aids Research, Québec, Canada. *Journal Canadien des Maladies Infectieuses*, vol.17 (suppl. A), résumé no 424, p. 65A.
- Le Breton, D. 2004. *L'interactionnisme symbolique*. Paris, Presses universitaires de France.
- Le Breton, D., Intermeyer, P. 2007. « Le risque : entre fascination et précaution ». *Revue des sciences sociales*, no 38, Strasbourg, Laboratoire Cultures et Sociétés en Europe, Université Marc Bloch.
- Lemire, M., Sicotte, C., Paré, G. 2008. « Internet use and the logics of personal empowerment in health », *Health Policy*, vol. 88, no 1, p.130-140.
- Léobon, A., Frigault L.- R., Lévy, J.J. 2004. *Les usages sociosexuels d'Internet & le développement d'une culture du risque au sein de la population homo et bisexuelle française : Données qualitatives mises en perspective avec les résultats de l'enquête "Net Gai Baromètre"*. Rapport de recherche, France, ANRS.
- Léobon, A., Frigault, L.R. 2007. « La sexualité bareback: d'une culture de sexe à la réalité des prises de risque », dans Bozon, M. et Doré, V. (dir. publ.). *Sexualité, relations et*

prévention chez les homosexuels masculins. Un nouveau rapport au risque, Paris, ANRS, p. 97-103.

Letonturier, E., Godard, P.Y. (dir. publ.). 2010. *Normes, discours et pathologies du corps politique*. Paris, l'Harmattan.

Lévesque, P.A, Billette, I. 2004. *Représentations sociales du VIH et logiques de gestion du risque chez de jeunes hommes désaffiliés ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes*. Rapport de recherche, Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention, Université de Montréal.

Lévy, J.J, Pierret, J., Trottier, G. 2004. *Les traitements antirétroviraux - Expériences et défis*. Collection Santé et Société, Québec, Presses de l'Université du Québec.

Lévy, J.J, Garnier, C. 2005. *La Chaîne des médicaments: perspectives pluridisciplinaires*. Collection Santé et Société. Québec, Presses de l'Université du Québec.

Lévy, J.J., Dumas, J., Ryan, B., Thoër, C. 2011. *Minorités sexuelles, Internet et santé*. Collection Santé et Société, Québec, Presses du l'Université du Québec.

Lombardo, A.P., Léger, Y.A. 2007. « Thinking about "Think Again" in Canada: assessing a social marketing HIV/AIDS prevention campaign ». *Journal of Health Communication*, vol. 12, no 4.

Lupton D. 1997. *The imperative of health: Public health and the regulated body*. Thousand Oaks, CA, Sage.

Lussault, M. 2001. « Propositions pour l'analyse générale des espaces d'actes », dans Ghorra-Gobin C. (dir. publ.), *Réinventer le sens de la ville. Les espaces publics à l'heure globale*. Paris, L'Harmattan.

Mayer, R. et Ouellet, F. 1991. *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux*. Montréal, Gaëtan Morin.

Massé, R. 2003. *Éthique et santé publique : Enjeux, valeurs et normativité*. Québec, Les Presses de l'Université Laval.

Mensah, M.N., Waugh, T., Lavoie, R., Dumas, J., Bernier, M., Garnaud, M.J., Giroux, C. 2008. « The VIHsibilité Project: HIV-positive people in the Québec press and community responses ». *AIDS Care*, vol. 20, no 5, p. 596-600.

Meyer, I.H. 2003. « Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence ». *Psychological Bulletin*, vol. 129, no 5, p. 674-697.

Meyer, I.H, Northridge, M.E. (dirs.). 2007. *The Health of Sexual Minorities: Public Health Perspectives on Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Populations*. New York, Springer Publications.

Miège, B. 2010a. *L'espace public contemporain*. Grenoble, Presses universitaires de Grenoble.

Miège, B. 2010b. *L'espace public: fondements et prolongements*. Groupe de recherche sur les enjeux de la communication. Consulté le 22 mars 2011. www.mshparisnord.org/GPB8/E_P_Bernard.ppt,

Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2008. *Juger peut propager le sida*, communiqué du lancement d'une campagne de sensibilisation dans le cadre de la Journée mondiale du sida. Consulté le 11 décembre 2009. http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/itss/

Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2010. Programme de soutien aux organismes communautaires 2011-2012. Québec. Gouvernement du Québec.

Ministère de la Justice. 2009. *Politique québécoise de lutte contre l'homophobie : Ensemble vers l'égalité sociale*. Québec, Gouvernement du Québec.

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. 2001. *Politique gouvernementale : L'action communautaire, une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté net au développement social du Québec*. Québec, Direction générale du Secrétariat à l'action communautaire autonome du Québec.

Moliner, P. 2001. *La dynamique des représentations sociales : pourquoi et comment les représentations se transforment-elles ?* Grenoble, Presses universitaires de Grenoble.

Morin. E. 1982. *Science avec conscience*. Paris, Fayard.

Morin, M. 1994. « Entre représentations et pratiques : le SIDA, la prévention et les jeunes », dans Abric, J.C. (dir. publ.), *Pratiques sociales et représentations*. Paris, Presse universitaires de France.

Moscovici, S. 1961. *La psychanalyse, son image et son public*. Paris, Presse universitaires de France.

O'Neill, M. 2003. « Pourquoi se préoccupe-t-on tant des données probantes en promotion de la santé ? ». *International Journal of Public Health*, vol. 48, no 5, p. 317-326.

O'Neill, M., Dupéré, S., Pederson, A., et Rootman, I. (dirs.). 2006. *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*. Québec, Presses de l'Université Laval.

O'Neill, M. 2010. *La promotion de la santé sur les scènes internationale, canadienne et québécoise : déclin, stagnation ou retour en force ?* Présentation dans le cadre d'un déjeuner-causerie, Direction santé publique et évaluation de l'ARSSS de Lanaudière, Joliette, 17 mars 2010. Consulté le 10 janvier 2011. <http://www.agencelanaudiere.qc.ca/ARSSS/SantePublique/DejeunerCauserie/Joliette%20PS%202010.pdf>

OMS (Organisation mondiale de la santé). 1999. *Glossaire de la promotion de la santé*. Genève, Division de la Promotion, de l'éducation et de la communication pour la santé, Service Éducation sanitaire et promotion de la santé.

Omoto, A.M., Kurtzman, H.S. (dirs.). 2006. *Sexual orientation and mental health: Examining identity and development in lesbian, gay and bisexual people*. Washington DC, APA Books.

Paquin, P., Perreault, A. 2001. Cadre de référence pour le travail de proximité en Montérégie. Longueuil, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

Parrott, R. 2004. « Emphasizing "Communication" in Health Communication ». *Journal of Communication*, vol. 8, no4, p. 751-787.

Pauchant, T.C. 2002. *Guérir la santé : un dialogue de groupe sur le sens du travail, les valeurs et l'éthique dans le réseau de la santé*. Montréal, Fides, Presses HEC.

Peterson, J.L., DiClemente, R.J. 2000. *AIDS Prevention and Mental Health : handbook of HIV Prevention*. New York, Kluwer Academics, Plenum Publisher.

Pew Internet and American Life Project. 2005. *Health Information Online*. Rapport de recherche, New York, Pew Internet Research Center.

Pierret, J. 2003. « Enjeux de la santé dans les sociétés du XXI^e siècle », dans Lévy, J.J., Maisonneuve, D., Bilodeau, H., Garnier, C. *Enjeux psychosociaux de la santé*. Québec, Presses de l'Université du Québec.

Pink Triangle Services. 2001. *How Well Are We Doing? A Survey of the GLBT Population of Ottawa*. Ottawa, rapport de recherche publié par Social Data Research Ltd.

Poudrier, S. 2008. « Le Québec à l'heure du virage e-Santé », *Bulletin de veille stratégique*, CEFRIO. Consulté le 6 mars 2009. <http://www.cefrio.qc.ca/fr/documents/veille/Le-Quebec-a-lheure-du-virage-e-Sante84.html>.

Ratzan, S.C. 2006. « The Journal of Health Communication: International Perspectives: Editor's reflection--the first decade ». *Journal of Health Communication*, vol. 11, no 1, p. 5-6.

Remès, E. 2003. *Serial fucker — journal d'un barebacker*. Paris, Les Éditions Blanche.

Réseau juridique canadien du VIH/sida. 2008. *La criminalisation de l'exposition au VIH : l'état actuel du droit canadien*, Ottawa.

Rhéaume, J. 2001. « La fin du travail ou le travail sans fin? ». Texte d'une conférence publié dans *Crise de société... recherche de sens*. Actes du colloque du 10 mai 2001. Montréal, Association canadienne pour la santé mentale, section Montréal, p. 31-48.

Rhéaume, J. 2011. « La démarche clinique en psychodynamique du travail, en psychosociologie et sociologie clinique du travail » dans *Agir en clinique du travail*, Clôt. Y. et Lhuillier, D. (dir. publ.). Paris, Éditions Érès, p. 169-184.

Rhodes, Scott D. 2004. « Hookups or health promotion ? An exploratory study of a chat room-based HIV prevention intervention for men who have sex with men ». *AIDS Education and Prevention*. vol. 16, no 4, p. 315-327.

Rintamaki LS, Weaver FM, 2008. « The social and personal dynamics of HIV stigma », dans Edgar, T., Noar, S. M., Freimuth, V. S. (dirs.). *Communication Perspectives on HIV/AIDS for the 21st Century*, Hillsdale, New Jersey, Erlbaum, p. 67-99.

Richard, C., et Lussier, M.T. 2005. *La communication professionnelle en santé*, Éditions du nouveau pédagogique, Saint-Laurent, Québec.

Roger, E.M. 2000. « Diffusion Theory: A theoretical Approach to Promote Community-Level Change », dans Peterson, J.L., DiClemente, R.J. *AIDS Prevention and Mental Health : handbook of HIV Prevention*. New York, Kluwer Academics, Plenum Publisher, p. 57-65.

Ryan, B. et Chervin, M. 2001. *Valorisation des vies des hommes gais : Donner un second souffle à la prévention du VIH dans le contexte de notre santé et de notre mieux-être*. Document stratégique rédigé pour Santé Canada, en collaboration avec le Groupe national de référence et le Gay Health Services of Saskatoon.

Santé et Services Sociaux Québec. 2010. *L'épidémie silencieuse : les infections transmissibles sexuellement et par le sang*. Québec, Quatrième rapport national sur l'état de la santé de la population du Québec.

Scasta, D. 1998. « Moving from Coming Out to Intimacy ». *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, vol. 2, no 4, p. 99-111.

Saint-Arnaud, Y. 1995. *L'interaction professionnelle. Efficacité et coopération*. Montréal, Presses de l'Université de Montréal.

Schütz, A. 1976. *Collected Papers : Studies in Social Theory*. Netherlands, Martinus Nijhoff Publishers (PAGE 143)

Schwarcz, S., Scheer, S. McFarland, W., Katz, M., Valleroy, L., Chen, S., Catania, J. 2007. « Prevalence of HIV infection and predictors of high-transmission sexual risk behaviors among men who have sex with men ». *American Journal of Public Health*, vol. 97, no 6, p. 1067-1075.

Statistique Canada. 2003. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. ADRESSE consulté le 25 février 2008. <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/040615/dq040615b-fra.htm>

Thompson, T. L., Dorsey, A. M., et Miller, K. 2003. *Handbook of Health Communication*. Lawrence Erlbaum Associates.

Tjepkema, M. 2008. *Utilisation des services de santé par les gais, les lesbiennes et les bisexuels au Canada*. Rapports sur la santé au catalogue de Statistique Canada.

- Treichler, P. 1999. *How to Have Theory in an Epidemic: Cultural Chronicles of AIDS*. Durham, NC, Duke University Press.
- Trudel, L., Simard, C., Vonarx, N. 2007. « La recherche qualitative est-elle nécessairement exploratoire ? ». *Recherches qualitatives*, Hors Série, no 5, p. 38-45.
- Trussler, T. 2000. *Gay health in Vancouver: a quality of life survey*. Vancouver, Community Based Research Centre.
- Walther, J.B. et Parks, M.R. 2002. « Cues Filtered Out, Cues Filtered In Computer-Mediated Communication and Relationships », dans Knapp, M.L, et Daly, J.A., *Handbook of interpersonal communication*, 3^e édition, Thousand Oaks, California, Sage Publications.
- Wang, J., Häusermann, M., Ajdacic-Gross, V. 2007. « High prevalence of mental disorders and comorbidity in the Geneva Gay Men's Health Study ». *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 42, no 5, p.414-420.
- Warning, association française en santé communautaire 2005. *Conférence internationale VIH et santé gaie : nouveaux concepts, nouvelles approches*. Consulté le 7 juin 2007 : <http://santegaie2005.thewarning.info>
- Winkin, Y. 1981. *La nouvelle communication*. Seuil, Paris.
- Wong, D. 1997. *Paradigmes perdus : étude sur l'effet d'un virage de la promotion de la santé vers la santé de la population sur les politiques et programmes en matière de VIH/ sida au Canada*. Ottawa, Société canadienne du SIDA.