

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LA PRÉVENTION DU VIH AUPRÈS DES HRSH MONTRÉALAIS : UNE
ÉTUDE EXPLORATOIRE DE L'ACCÈS AUX SERVICES
MENÉE SOUS L'ANGLE DE LA PRÉVENTION COMBINÉE

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SEXOLOGIE

PAR
MICHEL MARTEL

JUIN 2018

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire 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.07-2011). 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.»

REMERCIEMENTS

Mon parcours académique n'aurait pas été aussi enrichissant et instructif sans l'aide et le soutien de plusieurs personnes, qui certes, m'ont fait grandir professionnellement, mais tout autant personnellement. C'est avec reconnaissance que je tiens à les remercier.

Tout particulièrement, je tiens à remercier Joanne Otis, Professeure au département de sexologie et anciennement Titulaire de la Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé, qui m'a fait confiance et qui, malgré le temps qui a passé et les embûches rencontrées, a toujours cru en la réalisation possible de ce projet. C'est avec une reconnaissance sincère que je tiens à la remercier de m'avoir encouragé. Merci.

Je remercie également mes précieux et précieuses collègues de la Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé qui savent rire et être rigoureux à la fois. Jamais je n'aurai eu autant de plaisir si franc à travailler avec des chercheurs. Leur expertise m'a fait progresser. Un merci spécial à l'une d'entre elle que j'admire, Jessica Caruso, pour son soutien, son écoute et ses conseils qui m'ont permis de continuer.

Merci aux acteurs d'importance en prévention du VIH à Montréal qui ont siégé aux rencontres du comité de direction intersectoriel « MOB » et qui avec dévouement, participent activement à soutenir, protéger et respecter les droits de l'homme et la dignité des HRSH et des autres minorités sexuelles en plaidant la mise à jour de la prévention du VIH par le développement de soins et services à la fine pointe, davantage adaptés aux besoins de la population HRSH. Merci également à tous ceux et celles, notamment les hommes de notre communauté, qui à travers le projet

« Mobilise » assurent la continuité de la démarche présentée dans ces lignes avec brio !

Je tiens à exprimer mes remerciements à mes ami(e)s, pour leurs épaules étanches qui m'ont rassuré dans les moments de doutes et qui ont partagé avec moi, les meilleurs moments de la maîtrise, comme les plus difficiles.

Enfin, mille fois merci à mon amoureux qui par un soutien inestimable a su me rassurer et me reconforter malgré les intempéries.

À tous, votre soutien, vos encouragements et votre patience m'ont donné la force nécessaire.

DÉDICACE

*À ceux et celles qui participent activement
au soutien, à la protection et au respect
des droits de l'homme et à la dignité
des hommes gais*

*À William
pour ton inestimable soutien et
ta précieuse présence*

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES.....	xiii
LISTE DES TABLEAUX.....	xv
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	xix
RÉSUMÉ ET MOTS-CLÉS	xxi
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I	
PROBLÉMATIQUE	5
1.1 Un portrait de santé marqué par les inégalités	5
1.1.1 Le portrait épidémiologique du VIH et des ITSS chez les HRSH	5
1.1.2 Le portrait de santé globale des HRSH	6
1.2 La nécessité d'une vision syndémique	8
1.3 La prévention combinée : des conditions potentiellement gagnantes pour la prévention, mais qui présentent des défis pour les acteurs	10
1.4 L'accès aux soins et services de santé : Un enjeu structurel d'importance ...	11
1.5 Objectifs de recherche.....	14
1.6 Pertinence et retombées.....	15
CHAPITRE II	
RECENSION DES ÉCRITS	19
2.1 Barrières d'accès aux soins et services de santé en prévention du VIH chez les HRSH	20
2.1.1 Barrières reliées à l'individu	20
2.1.2 Barrières liées aux ressources et aux fournisseurs de soins	25
2.2 Les conditions favorables à l'accès aux soins et services de santé en prévention du VIH chez les HRSH.....	30
2.2.1 Conditions favorables reliées à l'individu.....	31
2.2.2 Conditions favorables reliées aux ressources et aux fournisseurs de soins.....	33
2.3 Priorités d'actions pour les fournisseurs de soins, les ressources et les services offerts	37

2.3.1	Favoriser l'accès à une éducation juste liée à la santé en matière de prévention du VIH et l'accès aux informations adéquates entourant les services disponibles.....	37
2.3.2	Veiller à la formation continue des fournisseurs de soins et au développement de leurs compétences en matière de santé des HRSH	38
2.3.3	Voir à la mise en place de services accueillants et pratiques	39
2.3.4	Soutenir l'importance accordée aux services à l'adolescence	39
2.3.5	La mobilisation et l'engagement des HRSH et d'autres membres de la communauté LGBTQ dans la mise sur pied de programmes et services en prévention du VIH.....	40
2.3.6	L'implication des instances gouvernementales, décideurs politiques et bailleurs de fonds comme priorité d'actions.	41
2.4	Limites des études	42
2.4.1	Méthodologies de recherche préconisées par les études	42
2.4.2	Disparité entre les lieux de provenance des études	43
2.4.3	Disparité entre les caractéristiques des échantillons	44
2.4.4	Le manque d'exhaustivité quant aux types de soins et services étudiés ..	44
2.4.5	Difficulté à conceptualiser la notion d'accès	45
2.4.6	Méconnaissance entourant l'accès aux services et soins en contexte de prévention combinée	46
2.5	Conclusion.....	46
 CHAPITRE III		
CADRE CONCEPTUEL		49
3.1	La prévention combinée.....	49
3.1.1	Pertinence du concept de prévention combinée dans la présente étude...	53
3.2	L'accès aux soins et services de santé.....	54
3.2.1	Dimension 1 : L'approchabilité.....	55
3.2.2	Dimension 2 : L'acceptabilité	56
3.2.3	Dimension 3 : La disponibilité	57
3.2.4	Dimension 4 : L'abordabilité	57
3.2.5	Dimension 5 : L'adéquation	58
3.2.6	Pertinence d'intégrer le concept d'accès aux soins de santé à la présente étude.....	58
3.3	Le jugement crédible.....	60
3.3.1	Pertinence d'intégrer le concept de jugement crédible à la présente étude	62
3.4	Question et objectifs de recherche	63

CHAPITRE IV

MÉTHODOLOGIE.....	65
4.1 Stratégie de recherche : L'approche ethnographique.....	66
4.1.1 Définition, forces et limites.....	66
4.1.2 Justification de l'approche ethnographique comme méthode privilégiée.....	66
4.2 Phase I : Rencontres du Comité MOB.....	67
4.2.1 Méthode de collecte utilisée: L'entretien de groupe.....	67
4.2.2 Déroulement de la phase I.....	69
4.3 Phase II: Activités de repérage.....	70
4.3.1 L'observation directe.....	70
4.3.2 L'entretien avec des informateurs clés.....	71
4.3.3 La méthode du client simulé.....	72
4.3.4 Déroulement de la phase II.....	74
4.4 Phase III : Essais des services.....	79
4.4.1 L'observation participante clandestine.....	79
4.4.2 Déroulement de la phase III.....	81
4.5 L'analyse des données.....	82
4.5.1 Niveau d'analyse 1: Présentation des deux méthodes d'analyse privilégiées.....	83
4.5.2 Premier niveau d'analyse des données issues des rencontres du Comité MOB : Description du processus.....	85
4.5.3 Premier niveau d'analyse des données issues de la phase de repérage : Description du processus.....	87
4.5.4 Premier niveau d'analyse des données issues de la phase d'essai des services : Description du processus.....	91
4.5.5 Niveau d'analyse 2 : Des processus de triangulation pour renforcer les inférences et interprétations.....	92

CHAPITRE V

RÉSULTATS.....	99
5.1 Échantillon à l'étude : Ressources et services recensés.....	99
5.2 Indicateurs et critères sous-jacents qui composent l'accès aux soins.....	101
5.3 Caractéristiques de l'offre de services : Formulation de jugements crédibles portant sur les cinq dimensions de l'accès aux services et aux soins et leurs indicateurs.....	103
5.3.1 Première dimension à l'étude : L'accessibilité.....	104
5.3.2 Deuxième dimension à l'étude: L'acceptabilité.....	119

5.3.3	Troisième dimension à l'étude : La disponibilité.....	129
5.3.4	Quatrième composante à l'étude : L'abordabilité.....	136
5.3.5	Cinquième dimension à l'étude : L'adéquation.....	141
CHAPITRE VI		
DISCUSSION.....		151
6.1	Validité de la recherche.....	152
6.2	Synthèse et interprétation des résultats.....	153
6.2.1	Ressources et services déjà existants à Montréal en matière de prévention du VIH auprès des HRSH et ayant le potentiel d'être combinés.....	154
6.2.2	Indicateurs et critères sous-jacents qui composent l'accès aux soins et services de santé en prévention du VIH.....	156
6.2.3	Jugements crédibles et caractéristiques de l'accès aux soins et services de prévention du VIH spécifiques aux HRSH montréalais selon trois secteurs (médical, communautaire, CLSC/CSSS).....	161
6.2.4	Obstacles à contourner et conditions favorables à respecter en vue d'opérationnaliser une stratégie efficace et accessible de prévention combinée du VIH auprès des HRSH à Montréal.....	167
6.3	Principales limites et biais de l'étude.....	173
6.3.1	Les limites d'un devis qualitatif.....	173
6.3.2	La période de collecte de données.....	174
6.3.3	Une cartographie centrée sur la prévention du VIH spécifique aux HRSH qui constitue un biais de sélection.....	174
6.3.4	L'équipe d'assistants de recherche comme biais méthodologique.....	175
6.3.5	Le manque de constance a rendu impossible l'évaluation pertinente de la dimension d'adéquation.....	175
6.4	Principales retombées et apport au champ de la sexologie au Québec.....	177
6.4.1	La pertinence sociale.....	178
6.4.2	La pertinence scientifique.....	179
6.4.3	La pertinence opérationnelle.....	179
6.5	Recommandations pour des recherches futures.....	180
CONCLUSION.....		183
ANNEXE A		
FICHE D'OBSERVATION PAR CLIENT SIMULÉ.....		185

ANNEXE B	
QUESTIONNAIRE SEMI-DIRIGÉ POUR RENCONTRE AVEC LES AGENTS DE RECHERCHE AYANT SIMULÉ UN CLIENT.....	187
ANNEXE C	
FICHE PRÉLIMINAIRE DE COLLECTE DE DONNÉES POUR OBSERVATION DIRECTE.....	189
ANNEXE D	
FICHE DE COLLECTE DE DONNÉES POUR OBSERVATION DIRECTE.....	191
ANNEXE E	
COMPTE-RENDU D'OBSERVATION PARTICIPANTE CLANDESTINE.....	201
ANNEXE F	
TABLEAU SYNTHÈSE DES RENCONTRES DU COMITÉ INTERSECTORIEL PONCTUEL « MOB »	203
ANNEXE G	
Liste des indicateurs et critères sous-jacents : L'accès aux soins et services de santé	221
ANNEXE H	
TABLEAU DE COMPILATION DES SEUILS DE RÉUSSITE ET POINTAGE ATTRIBUÉS.....	227
ANNEXE I	
DÉTAILS DE L'ÉVALUATION POUR L'ATTRIBUTION DES SEUILS DE RÉUSSITE ET LA FORMULATION DES JUGEMENTS CRÉDIBLES	241
Liste des références	339

LISTE DES FIGURES

Figure		Page
2.1	Cadre conceptuel d'accès aux services de santé (Lévesque, Harris et Russel, 2013)	55
2.2	Cadre conceptuel d'accès aux soins de santé (Lévesque, Harris et Russel, 2013) incluant les barrières d'accès et conditions favorables soulevées dans la recension des écrits	59
4.1	Design de recherche	65
4.2	Imbrication de quatre types de triangulation dans le cadre de la recherche	93

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
3.1 Exemples de stratégies pouvant être combinées	50
3.2 Qu'est-ce que la prévention combinée?	52
4.1 Pertinence des sources et méthodes dans la production de résultats liés aux cinq dimensions	94
5.1 Repérage des services (Réduction de l'échantillon de la sous-étape 1 à la sous-étape 2)	100
5.2 Composition de l'offre de services en prévention du VIH spécifique aux HRSH montréalais par secteur d'activités	101
5.3 Éléments contenus dans la fiche finale de collecte de données pour observation directe	102
5.4 Attribution des seuils de réussites : Indicateur de l'accessibilité no 1 - L'utilisation des technologies de communication (Site Internet, médias sociaux, application cellulaires) comme moyen de promotion et de diffusion d'informations	107
5.5 Attribution des seuils de réussites : Indicateur de l'accessibilité no 2 - Prise de contact téléphonique et réponse à une demande d'informations générale	110
5.6 Attribution des seuils de réussite : Indicateur de l'accessibilité no 3 de l'accessibilité - Diversité des efforts de promotion et de diffusion d'informations	113
5.7 Attribution des seuils de réussite : Indicateur de l'accessibilité no 4 - L'intensité et la pertinence des activités de promotion en dehors des zones reconnues comme étant fortement fréquentées par la population gaie	115
5.8 Attribution des seuils de réussite : indicateur de l'accessibilité no 5 - La pertinence des thèmes utilisés pour promouvoir les services préventifs	118
5.9 Score total et attribution des seuils de réussite comparatif globaux pour la première dimension de l'accès : L'accessibilité	119

5.10	Attribution des seuils de réussite : Indicateur de l'acceptabilité #1 - Caractère anonyme et confidentiel des ressources et des services	123
5.11	Attribution des seuils de réussite : Indicateur de l'acceptabilité #2 - Caractéristiques des populations ciblées par les ressources et leurs services	126
5.12	Attribution des seuils de réussite : Indicateur de l'acceptabilité #3 - Intensité de la promotion des valeurs à caractère acceptable pour une majorité	128
5.13	Score totaux et attribution des seuils de réussite comparatifs globaux pour l'ensemble de la deuxième dimension de l'accès : L'acceptabilité	129
5.14	Attribution des seuils de réussite : Indicateur de la disponibilité no 1 - Amplitude de l'offre de services sur une période hebdomadaire par plage horaire donnée et par types d'intervention	133
5.15	Attribution des seuils de réussite comparatifs : Indicateur de la disponibilité no 2 - Réactivité des ressources et de l'offre de services	135
5.16	Score totaux et attribution des seuils de réussite comparatifs globaux pour l'ensemble de la troisième dimension de l'accès : La disponibilité	136
5.17	Attribution des seuils de réussite comparatifs: Indicateur de l'abordabilité no 1 – Coûts directs liés à l'utilisation du service	138
5.18	Attribution des seuils de réussite comparatifs: Indicateur de l'abordabilité no 2 – Coûts indirects liés à l'utilisation du service	140
5.19	Score totaux et attribution des seuils de réussite comparatifs globaux pour l'ensemble de la quatrième dimension de l'accès : L'abordabilité	141
5.20	Attribution des seuils de réussite comparatifs : Indicateur de l'adéquation no 6 – Intensité de la valorisation de mandats/missions/objectifs favorisant le développement d'offres de services justes et adéquates	145
5.21	Attribution des seuils de réussite comparatifs : Indicateur de l'adéquation no 2: Intensité de la valorisation d'approches favorisant la mise en place de services justes et adéquats	148
5.22	Score totaux et attribution des seuils de réussite comparatifs globaux pour l'ensemble de la cinquième dimension de l'accès : L'adéquation	149

6.1	L'offre de services en regard des types d'intervention nécessaires à la prévention combinée	155
6.2	Offres de services déjà existants en Montréal en prévention du VIH spécifique aux HRSH : Proportions par secteur et par type d'interventions	155
6.3	Score totaux et attribution des seuils de réussite comparatifs globaux pour l'accès dans sa globalité	163
6.4	Synthèse de l'attribution des seuils de réussite comparatifs obtenus à l'évaluation de cinq dimensions et 19 indicateurs de l'accès	164

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

CDPDJ	Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse
CLSC	Centre local des services communautaires
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
Dx	Diagnostic
HGBTQ	Hommes gais, bisexuels, transsexuels, queer
HRSH	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
ITS	Infections transmissibles sexuellement
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
NTPs	Nouvelles stratégies biomédicales de prévention
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/Sida
PPE	Prophylaxie post-exposition au VIH
PrEP	Prophylaxie pré-exposition au VIH
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
SCM	Simulated client method
SIDEP	Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS
SPA	Substances psychoactives
SMS	Short message service
UDI	Utilisateurs de drogues par injection
URHESS	Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

RÉSUMÉ ET MOTS-CLÉS

Les données épidémiologiques de l'infection au VIH et les travaux portant sur la santé des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HRSH) soulèvent la question de la suffisance des efforts de prévention et de promotion de la santé déployés jusqu'à maintenant auprès d'eux. Ce portrait évocateur nous oblige à porter un regard critique sur l'ensemble des stratégies mises en œuvre jusqu'à maintenant pour lutter contre le VIH. Un consensus est établi autour de la prévention combinée.

Cette recherche s'inscrit dans le contexte d'une vaste démarche délibérative (en cours depuis 2012) impliquant les principaux acteurs en prévention du VIH à Montréal. L'objectif est de caractériser l'accès aux services de prévention du VIH spécifiques aux HRSH sous l'angle de la prévention combinée et en fonction de 5 dimensions de l'accès (Lévesque, Harris et Russell, 2013) : 1. Approchabilité, 2. Acceptabilité, 3. Disponibilité, 4. Abordabilité et 5. Adéquation. L'ethnographie a servi de cadre au design de la recherche qui s'est déroulée en trois phases de collectes et deux niveaux d'analyse par triangulation.

Bien que non exhaustive et centrée sur le VIH, la cartographie des services dressée laisse entendre que les principales stratégies comportementales, biomédicales et structurelles sont disponibles dans la communauté, que ce soit en milieu communautaire, clinique ou des services sociaux (CSSS, CLSC). Elle a aussi permis d'établir 19 indicateurs et 63 sous critères permettant d'apprécier l'accès aux services. Plusieurs barrières à l'accès ont été identifiées, en termes d'approchabilité (p.ex. ressources et services peu visibles et mal identifiés), d'acceptabilité (p.ex. absence ou faible reconnaissance des spécificités des HRSH en matière de santé ; incapacité à préserver l'anonymat et la confidentialité), de disponibilité (manque de réactivité des ressources, manque d'amplitude de certaines offres), d'abordabilité (p.ex. coûts indirects engendrés en termes d'attente, coûts directs importants.) et d'adéquation (p.ex. absence de coordination et de complémentarité des services, intra et intersectorielles).

Mots clés : accès aux soins et services – prévention combinée VIH – HRSH – vision syndémique

INTRODUCTION

Le portrait épidémiologique du VIH chez les *hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes* (HRSH) est, depuis le début de l'épidémie, caractérisé par leur surreprésentation. Au Québec, en 2015, la proportion d'HRSH parmi les nouveaux diagnostics atteignait 56%, dont la majorité était à Montréal (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2016). De surcroît, les HRSH présentent une plus forte prévalence que les hétérosexuels en regard de nombreuses problématiques de santé autres que sexuelle, tel est le cas pour la santé mentale (Jie *et al.*, 2012), la violence dans les relations intimes (Buller *et al.*, 2014; Siemieniuk *et al.*, 2013), le suicide (Dufour *et al.*, 2000), la consommation de substances psychoactives et l'utilisation de drogues injectables (Flores-Aranda, 2015) pour ne nommer que celles-là. Ce portrait caractérisé par les inégalités est évocateur. Il nous oblige et nous presse à se pencher sur la question de la suffisance et de l'efficacité des efforts de prévention et de promotion de la santé déployés jusqu'à maintenant auprès des HRSH (Blanchard et Aral, 2011). Cette problématique circonscrit le champ d'intérêt de la présente recherche.

Depuis quelques années, une approche syndémique est proposée pour procéder à l'examen de la transmission du VIH chez les HRSH (Stall *et al.*, 2001). Cette approche suppose que les problématiques concomitantes auxquelles les HRSH font face (dépression, dépendance, traumatisme, violence et abus, anxiété, etc.) se combinent et se renforcent les unes les autres dans une synergie qui augmente la vulnérabilité au VIH. Particulièrement chez les HRSH, la coexistence de plusieurs problématiques exacerbe leurs risques d'infection au VIH (Ferlatte *et al.*, 2014; Hampton *et al.*, 2010; Santos *et al.*, 2014; Stall *et al.*, 2003; VanDevander *et al.*,

2011). Cette vision syndémique soulève la complexité des enjeux et défis entourant la prévention du VIH chez les HRSH. La logique syndémique soutient que pour être efficace, une stratégie de prévention du VIH devrait tenir compte de la coexistence de ces problématiques diverses (Wolitski *et al.*, 2008). En ce sens, un consensus existe maintenant sur la nécessité d'adopter une *approche de prévention combinée* du VIH (Beyrer *et al.*, 2012b; Hankins et Zalduondo, 2010; Kurth *et al.*, 2011; UNAIDS, 2010). Cette approche offrirait les conditions gagnantes pour la prévention du VIH puisqu'elle propose d'adresser à la fois les facteurs de vulnérabilité biologiques (ITS concomitante, charge virale, etc.), comportementaux (consommation de drogues, observance aux traitements, etc.), psychosociaux et structurels (absence de réseau de soutien, inégalités sociales, homophobie, stigmatisation, etc.). Elle mise sur le chevauchement et la synergie qui s'opèrent entre différents types de services et constitue de la sorte un défi de taille pour les acteurs de la prévention puisqu'elle implique le maillage solide des interventions biomédicales, comportementales, psychosociales et structurelles (UNAIDS, 2011).

Dans une vision syndémique de l'épidémie du VIH chez les HRSH et devant l'évidence du potentiel de la prévention combinée pour réduire les nouvelles infections, un enjeu structurel d'importance doit être soulevé : l'accès aux soins et services de santé. La *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* propose un cadre de référence pour promouvoir la santé au moyen de cinq axes stratégiques d'intervention dont *La réorientation des services*. Qui plus est, aujourd'hui, le gouvernement canadien reconnaît officiellement 12 déterminants de la santé, dont l'accès aux soins et services de santé (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1999). Or, dans une visée d'atténuation des inégalités caractérisant le portrait de santé des HRSH, l'accès aux soins et services de santé est un enjeu structurel déterminant.

Toutefois, en regard de l'accès aux soins et services de santé, les HRSH se heurtent à plusieurs barrières. De nombreuses études se sont penchées sur l'accès aux soins et services de santé en matière de prévention du VIH et identifient ces barrières (Arreola *et al.*, 2015; Brito *et al.*, 2015; Holt *et al.*, 2012; Koester *et al.*, 2013; Li *et al.*, 2011; Liu *et al.*, 2015; Mimiaga *et al.*, 2009; Reisen *et al.*, 2014; Stahlman *et al.*, 2016; Wanyenze *et al.*, 2016; Ye *et al.*, 2012).

Cette recherche s'inscrit dans le contexte d'une vaste démarche délibérative impliquant plusieurs des principaux acteurs en prévention du VIH chez les HRSH à Montréal. Cette démarche en cours depuis 2012 porte sur les enjeux de l'épidémie et sur les solutions à envisager pour palier à l'insuffisance des efforts de prévention déployés jusqu'à maintenant auprès de cette population précisément. L'objectif général de la présente recherche est de caractériser l'accès aux services de prévention du VIH s'adressant spécifiquement aux HRSH montréalais et ce, sous l'angle de la prévention combinée.

Ce mémoire se divise en six chapitres. Le premier expose le contexte général du projet de recherche, ainsi que sa contribution à l'avancement des connaissances notamment dans le champ de la sexologie. Le second chapitre fait état des connaissances en regard des barrières et conditions favorables à l'accès aux services, tant du côté de l'utilisateur que du côté de l'offre de services (ressources et fournisseurs de soins). Le troisième chapitre permet de préciser le concept de *prévention combinée* (UNAIDS, 2010), de décrire un *modèle d'accès aux services et soins de santé* (Lévesque *et al.*, 2013) et d'expliquer *l'évaluation axée sur le jugement crédible* (Hurteau *et al.*, 2013). Par la suite, une présentation exhaustive de la méthodologie est effectuée, suivie des résultats qui en découlent. Enfin, dans le sixième et dernier chapitre, les principaux résultats sont discutés, les limites de la recherche sont exposées et des recommandations et pistes de recherches futures sont soulevées.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE

Cette section vise à circonscrire le problème à l'étude. D'abord, les portraits épidémiologiques du VIH chez les HRSH et de leur état de santé globale, marqués par l'inégalité, seront explicités. L'iniquité dans la distribution des services de santé sera ensuite abordée révélant ainsi l'importance d'une vision syndémique de la santé et l'évidence d'une approche de prévention combinée du VIH dans le développement de nouvelles stratégies préventives. Par la suite, l'enjeu structurel d'importance que constitue l'accès aux soins et services de santé sera soulevé ce qui permettra d'élaborer le contexte de la présente étude et de présenter ses objectifs. Au final, la pertinence et les retombées possibles de cette recherche seront avancées.

1.1 Un portrait de santé marqué par les inégalités

1.1.1 Le portrait épidémiologique du VIH et des ITSS chez les HRSH

Au Canada autant qu'au Québec, les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HRSH) sont particulièrement touchés par le VIH. Depuis 1985, au Canada, ils comptent pour 66,1 % de tous les cas de sida signalés. Pour l'année 2014, ils constituent 61,9% des nouveaux diagnostics au VIH, soit 75,8% des nouvelles infections chez les hommes (INSPQ, 2014). Au Québec, en 2015, la proportion d'HRSH parmi les nouveaux diagnostics atteignait 56%, dont la majorité était à Montréal. Sur ce territoire, ils sont aussi surreprésentés dans les données

épidémiologiques concernant les ITSS, qui constituent une porte d'entrée pour l'infection au VIH (INSPQ, 2016). À Montréal, les HRSH sont les plus touchés par la syphilis, la LGV, la gonorrhée et l'hépatite C par transmission sexuelle (INSPQ, 2014, 2016; Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2013). Ces données épidémiologiques permettent de constater l'inégalité qui caractérise en partie le portrait de santé sexuelle des HRSH. Ce n'est pas qu'en regard de cet aspect de leur santé que de pareilles inégalités se profilent.

1.1.2 Le portrait de santé globale des HRSH

Comparativement aux hommes hétérosexuels, les HRSH se démarquent par de plus fortes prévalences en regard de nombreuses problématiques de santé autres que sexuelles. Ils présentent des prévalences plus importantes sur les problématiques de violence interpersonnelle, de traumatismes vécus dans l'enfance, de violence dans les relations intimes (Buller *et al.*, 2014; Siemieniuk *et al.*, 2013) et de violence sexuelle [où la prévalence est au moins le double de celle observée chez les hommes hétérosexuels (Lloyd et Operario, 2012; Buller *et al.*, 2014; King *et al.*, 2008)]. Ils présentent également une plus forte prévalence des problèmes de santé mentale (Jie *et al.*, 2012) dont des problématiques liées au vécu d'homophobie intériorisée (Finneran et Stephenson, 2014; Jeffriers *et al.*, 2013). De surcroît, les HRSH présentent également des prévalences plus importantes que les hétérosexuels sur certaines habitudes dommageables à la santé : tabagisme, consommation d'alcool, consommation de drogues par injection et consommation de substances psychoactives (SPA) avant une relation sexuelle (Beyrer *et al.*, 2012a; Vermund et Leigh-Brown, 2012).

Les données portant sur le contexte québécois vont également dans ce sens. Malgré le fait qu'au Québec la Charte des droits et libertés de la personne protège les individus de minorités sexuelles contre la discrimination depuis 1977, le contexte social,

culturel, politique et institutionnel québécois expose toujours les HRSH à un environnement homophobe et hétérosexiste propice à l'émergence de problématiques de santé spécifiques aux réalités HRSH. En effet, le contexte québécois d'homophobie, où ils seraient entre 2,5 fois (homosexuel) à 4 fois (bisexuel) plus souvent victimes d'un crime violent que les hétérosexuels, aurait un impact direct sur leur santé mentale (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse du Québec, 1994). L'exposition à un environnement homophobe et hétérosexiste a été associée chez les HRSH à un faible niveau d'affirmation et d'estime de soi (Dufour *et al.*, 2000; Girard *et al.*, 2002), au développement de troubles anxieux ou de troubles de l'humeur (Girard *et al.*, 2002) et à l'augmentation des risques suicidaires (Dufour *et al.*, 2000). Au Québec, le taux de suicide est plus élevé chez les HRSH que dans le reste de la population, ce qui s'avère encore plus vrai chez les HRSH de 25 ans et moins (Dufour *et al.*, 2000). Les HRSH québécois seraient aussi plus nombreux que les hétérosexuels à manquer de soutien social et à souffrir d'isolement social (Dufour *et al.*, 2000; Franssens *et al.*, 2009).

Chez les HRSH québécois, la consommation de SPA (substances psychoactives) est également plus importante que chez les hommes de la population générale et constitue un phénomène qui s'accroît (Flores-Aranda, 2015; Lambert *et al.*, 2011; Otis *et al.*, 2006). Par exemple, les données issues de la cohorte OMEGA concernant 1 587 HRSH et portant sur leur consommation de certaines drogues (cannabis, poppers, cocaïne, ecstasy, speed, hallucinogènes, héroïne, GHB) au cours des six derniers mois révèlent une augmentation de la consommation de cocaïne, d'ecstasy, d'hallucinogènes, de speed et de GHB entre 1997 et 2003. Chez les HRSH québécois, la consommation de SPA par injection (particulièrement de crystal meth ou des cathinones) ou non, dans un contexte sexuel précisément est un phénomène qui s'accroît également et augmente leur vulnérabilité à l'infection au VIH (Flores-Aranda, 2015, Lambert *et al.*, 2011) en altérant leur jugement ou en favorisant

l'adoption de comportements à risques (hausse du nombre de partenaires sexuels occasionnels, partage de matériel d'injection, etc.). Par exemple, des données de l'enquête ARGUS recueillies en 2008-2009 auprès de 1 873 HRSH révèle qu'au cours des 6 mois précédant l'enquête, 3,4 % des répondants s'était injecté une drogue (autre que des stéroïdes), dont 19 % avait utilisé une aiguille souillée (Lambert *et al.*, 2011).

Ces diverses données, où les HRSH demeurent également surreprésentés, posent la question de la suffisance et de l'efficacité des efforts de prévention et de promotion de la santé déployés jusqu'à maintenant auprès d'eux. Ce constat du portrait de santé globale des HRSH marqué par d'importantes inégalités sociales et disparités de santé nous oblige à porter un regard critique sur l'ensemble des stratégies préventives et ce, dans la visée d'une restructuration impérative de la prévention du VIH au sein de cette population vulnérable.

1.2 La nécessité d'une vision syndémique

Développé et introduit par Merrill Singer dans le milieu des années 1990, le concept de syndémie a donné lieu à l'émancipation du champ de la recherche syndémique qui connaît un essor continu depuis. Les études syndémiques (Freudenberg *et al.*, 2006; Singer, 2006; Singer *et al.*, 2006; Singer et Clair, 2003) s'intéressent au phénomène des populations vulnérables spécifiques aux prises avec au moins deux épidémies concomitantes liées aux troubles de santé (maladies, infections, problèmes psychosociaux, violences structurelles, etc.). Les interactions entre ces troubles exacerbent les effets néfastes sur la santé que peut avoir l'un d'entre eux ou l'ensemble de ceux-ci, ce qui par le fait même, provoque une détérioration de l'état de santé globale de cette population spécifique et des individus qui la composent. Pour analyser ce phénomène, les études syndémiques accordent une attention

particulière aux interactions synergiques entre les troubles (qui se renforcent entre eux de manière réciproque), leurs causes, leurs conséquences et leurs facteurs environnementaux.

Les études syndémiques portant sur l'infection au VIH sont nombreuses (Jie *et al.*, 2012; Halkitis *et al.*, 2013; Hampton *et al.*, 2010; Nusbaum *et al.*, 2004; Safren *et al.*, 2011; Santos *et al.*, 2014; Singer, 2006; Stall *et al.*, 2003; VanDevander *et al.*, 2011). La majorité d'entre elles constatent que la concomitance de l'infection au VIH et d'autres troubles de santé et le contexte social, politique, culturel et institutionnel dans lesquels ils émergent, se combineraient et se consolideraient pour engendrer une incidence syndémique se traduisant par un ensemble de facteurs réciproquement et étroitement liés à l'émergence d'épidémies concomitantes.

Plusieurs travaux ont réussi à illustrer des situations syndémiques incluant l'infection au VIH. Notamment, la syndémie toxicomanie-violence-VIH/SIDA illustrée par Singer (2006), met en lumière l'incidence syndémique existante entre ces trois troubles de santé concomitants entrecroisés qui se renforcent non seulement entre eux, mais se renforcent simultanément d'un contexte socio-économique pauvre et en milieux urbains. La syndémie santé mentale-VIH a également fait l'objet de plusieurs analyses qui mettent en évidence que les problèmes psychosociaux sont reliés entre eux de manière synergique et sont associés de manière significative et positive à des comportements sexuels augmentant la vulnérabilité des HRSH au VIH (Jie *et al.*, 2012; Safren *et al.*, 2011; Stall *et al.*, 2003). Plus récemment, une étude transversale mondiale menée auprès de 3943 HRSH dans 151 pays (Santos *et al.*, 2014) a démontré que les entrecroisements syndémiques entre dépression-toxicomanie-violence-stigmatisation sexuelle s'actualisent de manière synergique pour augmenter le risque d'infection au VIH. Des syndémies impliquant des interactions entre VIH et ITS agissant simultanément ont elles aussi été identifiées (p. ex. syphilis primaire et secondaire-VIH; gonorrhée rectale-VIH) et augmenteraient de deux à cinq fois, le

risque de contamination et de transmission du VIH (Nusbaum *et al.*, 2004). Une autre étude portant sur les facteurs individuels, psychosociaux et sociaux des relations anales non protégées (RANP) chez les jeunes HRSH révèle que l'engagement dans des RANP serait un facteur de vulnérabilité lié au contexte social et politique, et aux formes de violences structurelles en conjoncture dans ce-dit contexte (Halkitis *et al.*, 2013). Plusieurs autres études ont aussi révélé ce lien synergique (Stall *et al.*, 2003; Hampton *et al.*, 2010; VanDevander *et al.*, 2011).

Cette vision syndémique rend compte de toute la complexité des enjeux actuels de la prévention du VIH chez les HRSH. Ces études syndémiques portant sur le VIH convergent vers un même constat : la prévention du VIH ne peut plus se centrer uniquement que sur les comportements sexuels à risque, elle devrait plutôt préconiser une approche holistique qui tient compte de ces relations syndémiques. L'implantation de stratégies préventives combinées aurait le potentiel de pallier aux défis et enjeux soulevés par les recherches syndémiques sur le VIH.

1.3 La prévention combinée : des conditions potentiellement gagnantes pour la prévention, mais qui pressent des défis pour les acteurs

Au cours des dernières années, le renforcement continu des stratégies préventives biomédicales a fait évoluer le paradigme de la prévention du VIH. Un consensus existe maintenant sur la nécessité d'adopter une approche de prévention combinée (Beyrer *et al.*, 2012b; Hankins et Zalduondo, 2010; Kurth *et al.*, 2011; Sullivan *et al.*, 2013). Des modélisations mathématiques ont su démontrer que l'implantation de stratégies préventives combinées visant une population vulnérable donnée sur un territoire donné aurait le potentiel, sur une période de 15 ans, d'éradiquer complètement le nombre de nouvelles infections au VIH (Padian *et al.*, 2011).

Selon UNAIDS (2010), la prévention combinée est le recours simultané et stratégique à différentes interventions préventives réalisées à de multiples niveaux pour répondre aux besoins spécifiques de populations particulières en tenant compte de modes de transmission différents. La combinaison efficace de ces stratégies pose de nombreux défis. Elle implique l'établissement de priorités communes, le développement de partenariats, l'engagement des populations, la participation communautaire, le renforcement de l'offre des services de proximité, le renforcement d'un volet d'interventions comportementales et le développement de nouvelles stratégies de communication (Ellen *et al.*, 2010; Kim *et al.*, 2010). Alors qu'on souligne le besoin urgent d'évaluer l'efficacité de l'approche de prévention combinée du VIH, peu de recherches ont été réalisées en ce sens. Mis à part ces éléments que souligne UNAIDS, les conditions favorables et les obstacles à considérer pour assurer l'efficacité d'une prévention combinée du VIH restent à ce jour peu explorés et méconnus.

Dans une vision syndémique de l'épidémie du VIH chez les HRSH et devant l'évidence du potentiel d'une approche de prévention combinée pour réduire les nouvelles infections, un enjeu structurel d'importance apparaît : l'accès aux soins et services de santé. *A priori*, avant de pouvoir être combinées, ces stratégies se doivent d'abord d'être accessibles.

1.4 L'accès aux soins et services de santé : Un enjeu structurel d'importance

L'accès aux soins et services de santé constitue un des enjeux structurels d'importance à considérer dans la visée d'amélioration de la santé des populations. Lors de la première Conférence internationale pour la promotion de la santé tenue en 1986 à Ottawa, la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* a été adoptée. Elle propose dès lors un cadre de référence pour la mise en œuvre de la promotion de la

santé au moyen de cinq axes stratégiques d'intervention en promotion de la santé. Parmi ces cinq axes se trouve *La réorientation des services* où on y stipule que tous doivent œuvrer ensemble à la création d'un système de soins servant au mieux les intérêts de la santé et que pour s'y faire, le système de santé doit poursuivre son mandat qui consiste à rendre accessible des services cliniques et curatifs (Organisation mondiale de la Santé, ministère de la Santé et du Bien-être social du Canada et Association canadienne de santé publique, 1986). Depuis l'adoption de cette charte, le gouvernement fédéral canadien est demeuré investi dans la recherche en promotion de la santé ce qui a permis, au cours des dernières décennies, de préciser les facteurs qui déterminent la santé des populations, ils sont appelés les « déterminants de la santé ». Aujourd'hui, le gouvernement canadien reconnaît officiellement 12 déterminants de la santé (Agence de la santé publique du Canada [ASPC], 2011), dont l'accès aux soins et services de santé, *en particulier ceux conçus pour entretenir et favoriser la santé, pour prévenir la maladie et pour restaurer la santé et les diverses fonctions de l'Homme* (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1999). En ce sens, dans une visée d'atténuation des inégalités caractérisant le portrait de santé des HRSH, l'accès aux soins et services de santé constitue indéniablement un enjeu structurel déterminant. D'ailleurs, un rapport émis en 1994 par la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ) intitulé justement « *De l'illégalité à l'égalité* », recommandait au Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec l'importance de soutenir et mettre en place des pistes d'interventions multisectorielles accordant une place primordiale à l'accès aux soins et services adaptés pour améliorer la situation de santé des individus issus de minorités sexuelles et adressant la problématique du VIH/sida (CDPDJ, 1994).

Toutefois, en regard de l'accès aux soins et services de santé, les HRSH se heurtent à plusieurs barrières. De nombreuses études se sont penchées sur l'accès aux soins et services de santé en matière de prévention du VIH et identifient ces barrières

(Arreola *et al.*, 2015; Brito *et al.*, 2015; Holt *et al.*, 2012; Koester *et al.*, 2013; Li *et al.*, 2011; Liu *et al.*, 2015; Mimiaga *et al.*, 2009; Reisen *et al.*, 2014; Stahlman *et al.*, 2016; Wanyenze *et al.*, 2016; Ye *et al.*, 2012). Elles sont tantôt reliées à l'individu, (barrières culturelles et linguistiques, fausses croyances liées à la santé, manque de connaissance quant à la santé sexuelle ou aux services disponibles, peur d'un diagnostic positif au VIH, peur de la stigmatisation entourant l'orientation sexuelle ou le vécu sexuel, etc.), tantôt reliées à l'offre de services (manque de flexibilité des horaires, inadéquation de protocoles préservant l'anonymat et la confidentialité, manque d'engagement politique et difficultés législatives des pays entourant l'orientation sexuelle et le VIH, difficultés liées aux compétences relationnelles ou cliniques des fournisseurs de soins, etc.).

Dans une moindre mesure, ces études identifient également des conditions favorables de l'accès aux soins et services en prévention du VIH. Là aussi elles sont tantôt reliées à l'individu (soutien social et sentiment d'appartenance à la communauté; perception d'être vulnérable à l'infection au VIH, etc.), tantôt reliées à l'offre de services (utilisation des technologies de communication; transmission d'informations adéquates, sensibilisation et éducation; adaptation des services aux réalités des HRSH et à leurs besoins; technologies de dépistage rapide du VIH et autotest; et moyens mis en place pour préserver l'anonymat, etc.).

Ces études présentent certaines limites. Notamment, à travers les études recensées, on remarque un manque d'exhaustivité en regard des types de services et de soins étudiés. La plupart des études portent sur l'accès aux services de dépistage du VIH standard ou rapide, aux traitements antirétroviraux et plus rarement, sur l'accès au matériel de protection, à la PPE ou la PrEP. Or, il y a un manque identifié en rapport aux types de services recensés dans les études, surtout considérant que le concept de prévention combinée inclut trois types de stratégies préventives (structurelles, comportementales, biomédicales). D'autres limites ont été identifiées : la disparité

entre les lieux de provenance des études, la disparité entre les échantillons des études; le manque de considération quant aux différences et spécificités des cultures organisationnelles des ressources qui offrent les services; et la difficulté à conceptualiser la notion d'accès et ses composantes. Il apparaît important de souligner qu'aucune de ces études ne porte sur la prévention combinée, et aucune d'entre elles n'a été menée à Montréal. Les réalités entourant l'accès aux soins et services en prévention du VIH auprès des HRSH montréalais restent donc méconnues et le sont d'autant plus en contexte de prévention combinée. Dans la visée d'atténuation des inégalités qui caractérisent le portrait de santé globale des HRSH, ces réalités doivent conséquemment être explorées.

1.5 Objectifs de recherche

Compte tenu de ces éléments, la présente recherche tente de contribuer à palier aux manques identifiés en s'intéressant à l'enjeu structurel déterminant qu'est l'accès aux soins et services de santé spécifiques aux HRSH montréalais et ce, en contexte d'une éventuelle mise en place d'une prévention combinée sur ce territoire. L'objectif général du présent mémoire est de caractériser l'accès aux soins et services de prévention du VIH spécifiques aux HRSH montréalais sous l'angle de la prévention combinée. Il se décline en deux objectifs spécifiques :

Obj. spécifique 1 : Répertorier les ressources et services déjà existants à Montréal en matière de prévention du VIH auprès des HRSH et ayant le potentiel d'être combinés.

Obj. spécifique 2 : Développer une liste d'indicateurs et de critères sous-jacents qui composent l'accès aux soins et services de santé.

Obj. spécifique 3 : Produire des jugements crédibles qui portent sur ces cinq dimensions de l'accès aux soins et services (approchabilité, acceptabilité, disponibilité, abordabilité, adéquation), leurs indicateurs et critères sous-jacents, et qui visent à caractériser l'accès aux soins et services de prévention du VIH spécifiquement offerts aux HRSH montréalais selon trois secteurs du réseau de la santé et des services sociaux (clinique, communautaire, CLSC/CSSS).

Nous tenterons de répondre à une question générale : En regard des services existants, quelles sont les obstacles à contourner et les conditions favorables à respecter en vue d'opérationnaliser une stratégie efficace et accessible de prévention combinée du VIH auprès des HRSH à Montréal?

1.6 Pertinence et retombées

Ultimement, la présente recherche trouve sa pertinence globale dans le fait qu'elle soutient, protège et respecte les droits de l'homme et la dignité des HRSH et des autres minorités sexuelles en plaidant la mise à jour et la bonification de la prévention du VIH. Elle vise à contribuer au développement du domaine de la sexologie au Québec et à l'avancement de la recherche sexologique. Notre recherche est également pertinente sur les plans social, scientifique et opérationnel, ici abordés.

D'un point de vue social, la présente recherche est fort pertinente. En adressant la question de l'accès aux soins et services de santé, elle s'inscrit en congruité avec les priorités du gouvernement fédéral canadien et du gouvernement provincial québécois en matière de santé. Elle s'inscrit parfaitement dans la lignée des priorités du gouvernement canadien parce qu'elle se penche sur l'un des cinq axes stratégiques de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (la réorientation des services) ainsi que sur l'un des 12 déterminants de la santé reconnus par le gouvernement

canadien (l'accès aux soins et services). De la sorte, notre étude trouve sa pertinence sociale en contribuant à rendre accessibles les services cliniques et curatifs; en soutenant la création d'un système de soins servant au mieux les intérêts de santé de la population canadienne; et en participant au champ de recherche important des déterminants de la santé en cours depuis plus de deux décennies au Canada. Une retombée envisagée de l'étude est de participer non seulement à l'amélioration de l'état de santé globale des HRSH, mais aussi à l'amélioration de l'état de santé globale de la population générale. La liste des indicateurs et critères sous-jacents qui caractérisent l'accès pourrait à certains égards convenir à un autre contexte que celui de l'épidémie du VIH. Également, la présente étude concorde avec les priorités du gouvernement québécois par la prise en compte des orientations proposées par la CDPDJ dans le rapport « *De l'illégalité à l'égalité* » (1994). Or, elle trouve sa pertinence sociale en soutenant la mise en place de pistes d'interventions multisectorielles accordant une place primordiale à l'accès à des soins et services adaptés pour améliorer la situation de santé des individus issus de minorités sexuelles et adressant la problématique du VIH/sida. L'ultime retombée sociale envisagée est très certainement de participer à l'atténuation des inégalités de santé et inégalités sociales dont souffrent les HRSH.

Ensuite, la pertinence scientifique est d'emblée soutenue par le fait qu'à ce jour aucune étude n'a porté sur l'accès aux soins et services de santé en contexte de prévention combinée du VIH à Montréal. Notre recherche vise à offrir des réponses aux manques identifiés dans les études recensées par la production d'un savoir nouveau concernant l'accès aux soins et services de santé. Notamment, elle contribuera à l'avancement des connaissances: en visant le territoire montréalais jusque là peu étudié; en proposant une étude exploratoire sous l'angle de la prévention combinée, terrain encore très peu connu; en répertoriant les ressources et services spécifiques aux HRSH montréalais ayant le potentiel d'être combinés; en

accordant une importance aux trois types de stratégies préventives nécessaires à la prévention combinée (structurelles, comportementales, biomédicales) pour davantage d'exhaustivité des services étudiés et de congruence avec le concept de prévention combinée; et en permettant de conceptualiser plus précisément la notion d'accès en développant une liste d'indicateurs et critères qui composent l'accès aux soins et services de santé en prévention du VIH spécifiques aux HRSH.

Notre étude est également pertinente d'un point de vue opérationnel. Elle pourrait avoir un effet levier sur les décideurs politiques et les bailleurs de fonds en orientant leurs prises de décisions quant à l'intensité de leur investissement dans la bonification de la prévention du VIH chez les HRSH. Elle pourrait également avoir un effet levier auprès des ressources et fournisseurs de soins qui seront davantage en mesure d'identifier les forces et faiblesses quant à leurs capacités à rendre accessibles leurs services et pourront ainsi s'attaquer aux barrières d'accès intra-organisationnelles. Pour terminer, la présente étude pourrait avoir un effet levier sur l'ensemble des acteurs en prévention du VIH à Montréal en constituant un point de départ pour la réflexion entourant une éventuelle mise en place de prévention combinée du VIH pour les HRSH montréalais et en constituant une invitation à leur mobilisation pour s'attaquer ensemble aux barrières d'accès de nature inter-organisationnelle.

CHAPITRE II

RECENSION DES ÉCRITS

La prévalence élevée du VIH parmi les HRSH dans le monde est reconnue et les coûts des soins de santé engendrés par l'infection au VIH sont non-négligeables. Par exemple, Nakagawa *et al.* (2015) ont procédé à plus de 10 000 simulations par ordinateur pour projeter la distribution et les coûts engendrés au cours d'une vie chez un HRSH de 30 ans infecté par le VIH en 2013. Sur la base d'une espérance médiane de vie de 71,5 ans, le coût évalué pour traiter une personne tout au cours de sa vie serait de 567 000\$ (dollars canadiens). Autrement dit, si 3000 HRSH avaient été infectés en 2013 (alors âgés de 30 ans), les coûts susceptibles d'être liés au traitement du VIH seraient supérieurs à 1,7419 milliard \$ (dollars canadiens). Pour ces auteurs, il est donc impératif que les investissements dans les programmes de prévention soient poursuivis ou renforcés et que l'accès aux offres de services en rapport au VIH soit favorisé.

Dans la présente recension, l'accès aux services et soins de santé s'inscrivant en prévention du VIH chez les HRSH sera étudié. Tout d'abord, ce sont les barrières reliées aux individus qui seront abordées suivies de celles liées à l'offre de services (aux ressources et aux fournisseurs de soins). Par la suite, quelques conditions favorables seront notées. Enfin, une présentation des limites des études recensées et des priorités d'actions et de recherches sera effectuée, suivie d'une courte conclusion.

2.1 Barrières d'accès aux soins et services de santé en prévention du VIH chez les HRSH

2.1.1 Barrières reliées à l'individu

2.1.1.1 Facteurs socioéconomiques et sociodémographiques

Conformément aux résultats d'autres auteurs, Holt *et al.* (2012), Li *et al.* (2011) et Mimiaga *et al.* (2009) constatent que certains facteurs socioéconomiques et sociodémographiques contribueraient aux taux de fréquentation des services de dépistage. Premièrement, les participants plus âgés seraient plus susceptibles d'avoir passé un test de dépistage (Brito *et al.*, 2015; Reisen *et al.*, 2014). En effet, selon Brito *et al.* (2015), plus les HRSH sont jeunes, moins ils sont susceptibles d'avoir passé un test de dépistage. De même, la proportion des participants qui n'ont jamais reçu de test de dépistage serait significativement plus élevée chez les jeunes ayant un faible niveau de scolarité (deux catégories : moins de 8 ans de scolarité et de 9 à 12 ans de scolarité) (Brito *et al.*, 2015).

Deuxièmement, un faible revenu ou le fait d'être au chômage seraient associés à un plus faible accès aux soins (Brito *et al.*, 2015; Reisen *et al.*, 2014; Ye *et al.*, 2012). Même si ces auteurs n'expliquent pas précisément les raisons qui corroborent *faible revenu et chômage à faible accès aux soins*, d'autres auteurs mettent en lumière des informations qui pourraient expliquer ce lien. Par exemple, le manque de couverture d'assurance maladie, de même que le manque de couverture d'assurances privées pour les soins de santé, souvent liées à certaines catégories d'emploi, diminueraient la probabilité d'avoir recours aux soins (Koester *et al.*, 2013; Reisen *et al.*, 2014; Underhill *et al.*, 2014). Les protocoles utilisés par certaines compagnies d'assurances privées et leurs fournisseurs de services seraient aussi, chez les personnes ayant un

plus faible revenu, considérés comme ayant un impact négatif quant à l'accès aux soins (Reisen *et al.*, 2014).

Troisièmement, les barrières linguistiques et culturelles jouent également un rôle important en regard de l'accès aux services et soins de santé (Brito *et al.*, 2015; Liu *et al.*, 2015; Ye *et al.*, 2012). Liu *et al.* (2015) constatent que, selon certaines croyances culturelles, les hommes percevraient une faible probabilité d'être infectés par le VIH, puisque l'infection serait plutôt reliée à une punition lors d'écart de conduite. Pour d'autres adhérents à cette même croyance, l'infection au VIH serait même considérée non seulement comme peu probable, mais bien impossible. De plus, certaines personnes croiraient que le VIH est lié à la pauvreté et toucherait les personnes à faible revenu uniquement (Liu *et al.*, 2015). Une étude menée au Malawi démontre aussi un exemple de barrière culturelle influençant sur le recours aux services et soins de santé. En effet, certains hommes croient que leur risque d'infection par le VIH est possible seulement lors de rapports sexuels avec une femme et ne fréquenteraient donc pas les services de dépistage. D'autres hommes croient par ailleurs que les infections sexuelles se résorbent d'elles-mêmes. Ils ne considéreraient donc pas avoir besoin de traitement (Wirtz *et al.*, 2014).

Être né dans un autre pays que celui où l'on demeure semblerait aussi être un facteur sociodémographique pouvant influencer à la baisse l'accès aux services et soins de santé. En effet, une étude américaine de Ye *et al.* (2012) menée auprès de 2 500 participants qui s'identifiaient comme asiatiques, certains nés aux États-Unis et certains nés en Asie, a démontré un lien entre le pays de naissance et l'utilisation de services de santé au cours des 12 derniers mois. Ils indiquent qu'être né à l'étranger serait associé au fait de ne pas avoir d'assurances, d'être moins susceptible de demander des soins lors de maladie et également moins susceptibles d'avoir eu recours aux services de médecins ou autres spécialistes de la santé (Ye *et al.*, 2012).

En outre, dans l'étude de Brito *et al.* (2015) certaines caractéristiques de l'échantillon liées à l'orientation sexuelle, aux pratiques sexuelles ou au vécu sexuel sont corrélées avec un moins fort recours aux services de dépistage du VIH. Cette étude menée auprès de 3 859 hommes de plus de 18 ans recrutés dans 10 sites différents (Manaus, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, Santos, Curitiba, Itajaí, Brasília ou Campo Grande) révèle que les hommes les moins susceptibles d'avoir eu recours au dépistage seraient aussi ceux qui : ont une attirance sexuelle envers les deux sexes (hommes et femmes); s'identifient comme bisexuel et/ou hétérosexuel; ont eu une femme comme premier partenaire sexuel; étaient âgés de plus de quinze ans à leur premier rapport sexuel; avaient moins de partenaires sexuels au cours de la dernière année; n'ont pas cherché de partenaires sexuels dans des sites de *cruise* (bars, discothèques, saunas, cinémas pornographiques) dans la dernière année et n'ont jamais subi de violence sexuelle.

2.1.1.2 Le manque de connaissance en termes de services disponibles et d'informations entourant le VIH

Une faible connaissance des services disponibles en matière de prévention du VIH, ainsi que le manque d'informations concernant le VIH (symptômes de primo infection, mode de transmission, prévalence dans la communauté, etc.) seraient des prédicteurs d'une faible probabilité d'accès aux soins, notamment aux services de dépistage et aux services de distribution de matériel de protection (Bowring *et al.*, 2015; Liu *et al.*, 2015). Le manque de connaissance quant aux services disponibles est une barrière directe irréfutable de l'accès aux soins et services de santé dans le domaine du VIH. Selon Wirtz *et al.* (2014), les hommes ayant indiqué un manque de connaissance quant à la disponibilité des préservatifs et des lubrifiants à base d'eau, ont aussi été ceux ayant signalé un moins fort recours à cette stratégie. Selon la même étude (Wirtz *et al.*, 2014), les HRSH de leur échantillon étaient rarement

informés quant à la notion de risque de transmission du VIH lors des rapports sexuels avec d'autres hommes. De la sorte, un homme qui ne connaît pas ces informations peu difficilement développer sa capacité à percevoir ses propres besoins de santé. Ainsi, s'il ne perçoit pas ses besoins de santé, il n'aura forcément pas recours aux services et soins entourant le VIH.

2.1.1.3 La perception de risque sexuel et la perception que les HRSH ont de leurs propres besoins de santé

La mauvaise information, les politiques publiques de santé et les messages transmis aux HRSH quant à la notion de risque peuvent avoir une influence sur les perceptions des HRSH de leur prise de risque sexuel (Wirtz *et al.*, 2014). En effet, sans information adéquate et sans soutien politique pouvant aider à la promotion d'informations justes et adéquates, la perception du risque sexuel est amoindrie tant chez les HRSH, le public, que chez les fournisseurs de soins (Wirtz *et al.*, 2014). La perception du risque réfère, entre autres, à la potentialité perçue de courir un risque d'atteinte à sa santé et à la gravité potentielle perçue des conséquences que pourrait engendrer cette atteinte à sa santé. Selon les auteurs, le fait de ne pas se sentir à risque d'infection diminue la capacité des hommes à recourir aux services de dépistage car ils ne seraient pas en mesure de percevoir leur propre besoin de santé (Bowring *et al.*, 2015; Brito *et al.*, 2015; Liu *et al.*, 2015; Reisen *et al.*, 2014; Wirtz *et al.*, 2014). À ce sujet, la littérature révèle que certains hommes ne seraient pas conscients du risque de transmission du VIH associé au sexe anal, ce qui constituerait une barrière d'accès (Wirtz *et al.*, 2014).

Un autre facteur relié à la perception du risque serait la consommation de substances psychoactives (SPA) chez les hommes. À ce sujet, Underhill *et al.* (2014) ont constaté que certains hommes auraient peu de considération pour leur état de santé durant les périodes de consommation de SPA et se soucieraient donc moins du risque

de contracter le VIH. Ainsi, ils seraient moins enclins, lors de période de leur vie caractérisée par l'abus de SPA, à avoir recours aux services de dépistage d'ITS et de VIH, à la PrEP, à la PPE, aux services de santé mentale ou aux traitements liés à l'abus de SPA.

La perception subjective de la santé comme l'absence de symptômes est aussi reliée à un plus bas taux de consultation et de recours au dépistage. Un bon nombre d'HRSH anticipent que s'ils sont malades, ils auront des symptômes. Ainsi, lorsqu'ils se sentent bien, ils ne vont pas consulter (Bowring *et al.*, 2015; Li *et al.*, 2014).

2.1.1.4 La peur d'un diagnostic (Dx) positif au VIH

Les craintes et angoisses reliées à la possibilité d'un Dx positif au VIH sont souvent reconnues comme barrières d'accès au dépistage. De nombreux HRSH éviteraient d'affronter l'éventualité d'un résultat Dx positif en évitant le recours au dépistage (Bowring *et al.*, 2015; Liu *et al.*, 2015; Reisen *et al.*, 2014; Wirtz *et al.*, 2014). En plus de constituer une barrière d'accès aux services de dépistages du VIH, cela pourrait également constituer une barrière d'accès pour les services de dépistage des autres ITS puisque de manière courante, les services de dépistage standard du VIH incluent souvent le dépistage du VIH et des ITS.

2.1.1.5 La peur d'être discriminé et la non-divulgence de l'orientation sexuelle ou des pratiques sexuelles

Dans l'étude de Wanyenze *et al.* réalisée en 2016, 72,9% de leur échantillon ne seraient pas à l'aise d'aborder leurs pratiques sexuelles et les infections avec les fournisseurs de soins. Il s'agit d'une barrière d'accès puisque si les fournisseurs de services et de soins ne connaissent pas la réalité des usagers, les soins et services

dispensés peuvent difficilement être adaptés et offrir une réponse adéquate à leurs réels besoins de santé. Ils constatent aussi que près de 65, 9 % de ces hommes estiment que les fournisseurs de soins ne s'attarderaient pas à eux s'ils savaient qu'ils étaient des HRSH. La gêne, l'embarras, la peur d'être discriminé (Bowring *et al.*, 2015; Pachankis *et al.*, 2015; Underhill *et al.*, 2015) de même que la croyance que la sexualité ne relève pas du domaine médical (Underhill *et al.*, 2015) seraient des facteurs influant le fait d'aborder ou non les pratiques sexuelles avec les fournisseurs de soins. Ainsi, la peur d'être discriminé entraînerait la cachette ou l'omission volontaire de certaines informations quant à l'orientation sexuelle ou au vécu sexuel. La non-divulgence de ces informations essentielles entraînerait des barrières d'accès pour les services de dépistage du VIH et des ITSS et pour les services de distribution de matériel de protection.

2.1.2 Barrières liées aux ressources et aux fournisseurs de soins

2.1.2.1 Manque d'engagement politique et difficultés législatives

Les politiques et les lois affectant la santé des HRSH diffèrent selon le pays. Les politiques et lois sont des enjeux structureaux d'importance qui définissent le contexte social dans lequel les hommes vivent. D'une part, elles sont souvent le berceau de contextes sociaux où s'actualise l'homophobie et d'autre part, elles sont le reflet de l'engagement des décideurs et de l'importance qu'ils accordent ou non aux enjeux spécifiques de la santé des HRSH. Moins les politiques et lois s'inscrivent en faveur de l'ouverture et l'acceptation de la diversité sexuelle, moins les financements sont adéquats pour la mise sur pied de services ce qui rend difficile l'accès à des services et soins de qualité en matière de prévention du VIH ou de traitement du VIH. Malgré que les articles recensés proviennent de différents pays, quelques points communs ressortent (Arreola *et al.*, 2015; Baral *et al.*, 2014; Stahlman *et al.*, 2016).

Tout d'abord, les politiques administratives punitives de nombreux pays (la criminalisation des pratiques sexuelles entre personnes de même sexe, etc.) seraient associées à une plus grande perception de la stigmatisation sexuelle; à une augmentation de la peur reliée au recours aux soins de santé; et conduiraient à une réduction de l'engagement dans un protocole de soins adaptés et à une aggravation de l'état de santé des HRSH (Arreola *et al.*, 2015; Baral *et al.*, 2014; Stahlman *et al.*, 2016). Vivre dans des pays qui criminalisent les comportements homosexuels serait associé à une diminution de l'accès à certaines stratégies préventives (préservatifs et lubrifiants; dépistage du VIH; traitement antirétroviral) (Arreola *et al.*, 2015). De même, lorsque l'homosexualité est illégale et stigmatisée, cela décourage les HRSH à divulguer les réalités de leur vécu sexuel aux fournisseurs de soins. Ceci engendre des occasions manquées de recours au dépistage et contribue au maintien d'une forte prévalence du VIH et des ITS asymptomatiques (Beyrer *et al.*, 2012b).

Un rapport d'enquête réalisé par l'*American Foundation for AIDS Research* (2012) sur le financement du VIH et la mise en œuvre de programmes de prévention de l'infection montre une forte corrélation entre la criminalisation du comportement homosexuel et le manque d'investissement politique dans le soutien aux services de prévention du VIH (cité dans Beyrer *et al.*, 2012b). Le faible investissement politique dans les services de prévention du VIH serait associé à un moins bon accès à des services et soins de qualité (Arreola *et al.*, 2015).

2.1.2.2 Un contexte social marqué par l'homophobie, la stigmatisation, la discrimination et le manque d'aisance des fournisseurs de soins en regard des réalités spécifiques aux HRSH

Pour augmenter l'efficacité des pratiques en matière d'offre de services, les fournisseurs de soins doivent savoir identifier avec succès les personnes les plus à risque au VIH (Paxton, 2012). Or, l'aisance des fournisseurs de soins à aborder les questions d'orientation sexuelle et de pratiques sexuelles à risque est requise

(Krakower et Mayer, 2012; Wingood *et al.*, 2013). Toutefois l'exposition à un contexte homophobe et les perceptions négatives que peut avoir la population générale envers les homosexuels a plusieurs impacts sur la vie des HRSH : exposition à la violence homophobe; manque de soutien social, honte et culpabilité; attitudes négatives et comportements inhospitaliers des fournisseurs de soins; isolement social; et victimisation à l'école ou au travail. Ces réalités du contexte social dans lequel évoluent les HRSH auraient toutes été associées à des impacts négatifs en matière de santé chez les HRSH ainsi qu'en matière d'accès aux soins et services de santé, notamment en regard des services de dépistage du VIH (Stahlman *et al.*, 2016; Wanyenze *et al.*, 2016).

La stigmatisation que vivent les HRSH est décrite par certains auteurs en termes de jugement, non seulement par les fournisseurs de services, mais aussi de toutes personnes qui pourraient voir ou savoir qu'ils ont recours au dépistage et ce, que la stigmatisation soit réelle ou perçue (Hottes *et al.*, 2012). Un certain nombre d'hommes indiquent avoir vécu des expériences de stigmatisation de la part du personnel des cliniques qu'ils fréquentent. Ces expériences de stigmatisation auraient été liées à leurs pratiques sexuelles ou liées au fait qu'ils ont eu recours au dépistage du VIH (Bien *et al.*, 2015; Li *et al.*, 2014). Ceci aurait pour effet, entre autres, de les décourager à dévoiler leur orientation sexuelle lors d'expérience en milieu médical formel (Bien *et al.*, 2015).

Plusieurs auteurs appuient le fait que la stigmatisation et la discrimination (perçues ou réelles) relatives à l'orientation sexuelle, au vécu sexuel ou au vécu avec le VIH de la part des fournisseurs de soins ou de la population générale, expliqueraient les non-interactions des HRSH avec le système de soins de santé (Beyrer *et al.*, 2012b; Bien *et al.*, 2015; Bowring *et al.*, 2015; Duvall *et al.*, 2015; Magesa *et al.*, 2014; Pachankis *et al.*, 2015; Stahlman *et al.*, 2016; Wirtz *et al.*, 2014). Globalement, la

stigmatisation réduirait le taux de recours au dépistage du VIH, augmenterait le risque d'infection au VIH, réduirait la probabilité de discuter ou de divulguer son statut de VIH avec des partenaires masculins et réduirait chez les PVVIH, leur recours au traitement du VIH (Choi *et al.*, 2008; Knox *et al.*, 2011, cités dans Stahlman *et al.*, 2016).

La stigmatisation jouerait également un rôle important en augmentant la méfiance qu'ont les HRSH envers le système de santé et les procédures de test de dépistage et de notification des résultats. La double stigmatisation associée à l'homosexualité et au statut sérologique positif au VIH, créerait une puissante barrière d'accès au dépistage (Reisen *et al.*, 2014). Enfin, Underhill *et al.* (2015) ont noté que les HRSH vivaient de la discrimination en regard de leurs pratiques sexuelles et leur identité sexuelle. Il y aurait aussi quelques préoccupations reliées à la stigmatisation des pratiques de consommation de SPA (Underhill *et al.*, 2015).

2.1.2.3 Difficultés liées à l'organisation pratique des services

L'organisation pratique des services est reconnue par les différents auteurs comme étant un facteur très important pouvant impacter l'accès ou non aux services et soins de santé chez les HRSH. L'organisation pratique des services est soulevée dans les différentes études sous plusieurs angles. Les auteurs parlent notamment de localisation à proximité, d'heures flexibles, de court temps d'attente, de possibilité de sans rendez-vous, de tests de dépistage rapide (Bien *et al.*, 2015; Koester *et al.*, 2013; Liu *et al.*, 2015).

Certains auteurs soulèvent que les heures d'ouverture des cliniques sont souvent en conflit d'horaire avec les horaires de travail, ce qui réduirait les possibilités d'accès et découragerait certains HRSH à avoir recours aux services de ces cliniques (Liu *et al.*, 2015). D'autres auteurs soulèvent que les HRSH ont une préférence pour les services

de dépistage rapide (Bien *et al.*, 2015; Liu *et al.*, 2015) et qu'ils désirent des technologies très efficaces et très sensibles puisqu'ils seraient confrontés à une grande anxiété reliée à l'attente des résultats. Ne pas pouvoir bénéficier de ce genre de technologies sensibles serait une barrière d'accès aux services de dépistage (Koester *et al.*, 2013). Les longues files d'attente, les centres bondés et la distance entre les centres de soins sont aussi des barrières soulevées (Bowring *et al.*, 2015; Hottes *et al.*, 2012; Liu *et al.*, 2015).

Les procédures bureaucratiques, en particulier en regard de régimes d'assurances, limiteraient l'accès au dépistage (Reisen *et al.*, 2014). Le même constat est fait quant aux procédures complexes et à la longueur des questionnaires avant et après le dépistage (Liu *et al.*, 2015). Le manque de clarté et de fluidité dans le système de référence entre médecins et intervenants est aussi soulevé comme une barrière d'importance (Bowring *et al.*, 2015).

2.1.2.4 Inadéquation des protocoles quant à la protection de la confidentialité et de l'anonymat des usagers

À travers différentes études, des hommes ont déclaré que certaines ressources ne mettraient pas en place les protocoles adéquats pour protéger la confidentialité ce qui les rebutterait à avoir recours à certains services. Par exemple, de nombreux HRSH n'auraient pas confiance aux fournisseurs de services de test de dépistage en milieu hospitaliers et auraient peur du bris de confidentialité (Bien *et al.*, 2015; Bowring *et al.*, 2015; Wirtz *et al.*, 2014). Dans le même sens, les HRSH de l'étude de Koester *et al.* (2013) expriment leur peur d'être repérés par les compagnies d'assurances, les employeurs ou le gouvernement s'ils ont recours au dépistage. D'ailleurs, dans l'échantillon de Bien *et al.* (2015), certains soulignent leurs besoins quant aux paramètres à utiliser pour protéger leur confidentialité.

2.1.2.5 Lacunes relatives aux compétences relationnelles et compétences cliniques des fournisseurs de soins

À travers les études, les compétences relationnelles et les compétences cliniques des fournisseurs de soins sont identifiées comme facteurs ayant un impact sur l'accès aux soins et services. Lorsque les HRSH se heurtent à une atmosphère contraire, cela peut créer de la méfiance envers le réseau de la santé et ainsi créer une barrière de recours aux services (Underhill *et al.*, 2015). Le manque de compétences relationnelles est lui aussi soulevé comme barrière d'accès. D'ailleurs, certains HRSH auraient la perception que les travailleurs de la santé sont désagréables et ne respectent pas les HRSH (Li *et al.*, 2014; Wanyenze *et al.*, 2016).

Le manque de compétences cliniques et le manque de connaissances suffisantes des fournisseurs de soins dans la gestion des besoins en soins de santé spécifiques aux HRSH sont soulevés dans la littérature (Ross *et al.*, 2015; Wanyenze *et al.*, 2016). Certains HRSH seraient préoccupés plus particulièrement par la formation des fournisseurs de soins (Li *et al.*, 2014; Wanyenze *et al.*, 2016). Certains participants de l'étude de Bien *et al.* (2015) auraient eux aussi déclaré que de nombreux hôpitaux ou centres de santé manqueraient de personnel adéquatement formé pour fournir des soins spécifiques aux HRSH. D'autres auteurs constatent aussi que la plupart des hommes ont une perception plutôt négative de la qualité des services offerts en ces lieux (Li *et al.*, 2014).

2.2 Les conditions favorables à l'accès aux soins et services de santé en prévention du VIH chez les HRSH

Outre celles vaguement abordées dans la partie précédente dédiée aux barrières (de bonnes compétences cliniques des fournisseurs de la santé, des lieux accueillants et professionnels à la fois, etc.), certaines conditions favorables observées dans des

services et soins spécifiques aux HRSH sont relevées par quelques-uns des auteurs recensés. Dans les prochains paragraphes, les conditions favorables reliées à l'individu seront d'abord abordées pour poursuivre avec les conditions favorables reliées aux ressources et aux fournisseurs de soins.

2.2.1 Conditions favorables reliées à l'individu

2.2.1.1 Le soutien social et le sentiment d'appartenance à la communauté

Majoritairement, les auteurs qui ont tenu compte de cette variable dans leur analyse mentionnent que le soutien social est une condition favorable très importante chez les HRSH quant aux recours aux services de santé (Reisen *et al.*, 2014; Stahlman *et al.*, 2016; Vogel *et al.*, 2007; Wanyenze *et al.*, 2016). Les HRSH ayant déclaré connaître plusieurs personnes vivant avec le VIH (PVVIH) seraient plus susceptibles d'avoir déjà été dépistés (Reisen *et al.*, 2014). Cette association pourrait découler d'une plus grande prise de conscience de la prévalence du VIH au sein de la communauté gaie et des impacts du VIH sur la santé ce qui conduirait ces hommes à porter leur regard sur leur propre prise de risque et leur risque possible de contracter l'infection au VIH (Reisen *et al.*, 2014).

D'autres mentionnent que certains facteurs sociaux tels que la confiance ou la capacité des HRSH à travailler ensemble vers un but commun, à éprouver un sentiment de plaisir ou de la valeur à participer aux événements publics et à être confortable avec son identité et ses comportements sexuels, seraient associés à une augmentation de l'utilisation de certains services, notamment l'utilisation des préservatifs et une plus grande observance au traitement du VIH. Ces facteurs sociaux sont aussi corrélés à une diminution de l'infection par le VIH et à une réduction de la dépression ou de l'état dépressif (Stahlman *et al.*, 2015, 2016). L'approbation par les pairs influencerait aussi le choix de la ressource approchée,

notamment par référence vers un service ou un professionnel avec lequel un pair a eu une expérience positive (Wanyenze *et al.*, 2016).

Reisen *et al.* (2014) font la distinction entre deux formes de soutien: le soutien social instrumental et le soutien social émotionnel. Ils expliquent que le soutien social instrumental serait important pour faciliter le dépistage de diverses façons, notamment par l'offre d'informations, l'aide financière ou les possibilités de transport. Le soutien social émotionnel, comme l'encouragement des amis, des partenaires et d'autres personnes significatives, pourrait quant à lui être utile pour diminuer le niveau d'anxiété et le sentiment de peur associés à un recours éventuel aux services de dépistage du VIH (Reisen *et al.*, 2014). Ainsi, qu'il soit instrumental ou émotionnel, le soutien social constitue pour ces auteurs une condition fort favorable de l'accès.

2.2.1.2 Perception de sa vulnérabilité à l'infection au VIH

Il existerait aussi un lien entre le fait d'avoir déjà reçu un diagnostic d'ITS et celui d'avoir eu recours au dépistage du VIH. Reisen *et al.* (2014) expliquent ce lien par l'augmentation de la vulnérabilité perçue quant au risque. Plus précisément, puisque le fait d'avoir eu une ITS a déjà constitué un plus grand risque de contracter le VIH, cela aurait influencé la perception qu'ont ces hommes quant à leur risque de contracter le VIH (Reisen *et al.*, 2014).

2.2.2 Conditions favorables reliées aux ressources et aux fournisseurs de soins

2.2.2.1 Compétences relationnelles et cliniques des fournisseurs de soins

Le fait d'éprouver de la confiance envers les fournisseurs de soins est un aspect favorable à l'accès aux services et soins de santé pour les HRSH. Notamment, recevoir un service humaniste, voire amical, de la part de fournisseurs de soins œuvrant dans les centres de santé ou bénéficier d'une relation agréable avec son médecin seraient des exemples de facteurs bénéfiques favorisant l'accès (Bowring *et al.*, 2015; Underhill *et al.*, 2014). Parallèlement, l'importance d'un environnement détendu et accueillant, tout en demeurant professionnel, ressort aussi comme une condition primordiale favorisant le recours aux services disponibles (Bien *et al.*, 2015). Au-delà de l'aspect relationnel, les HRSH rechercheraient du personnel cliniquement compétent et formé en matière de santé sexuelle, de relations entre hommes et rechercheraient des services adaptés à leurs réalités et leurs besoins (Bien *et al.*, 2015; Koester *et al.*, 2013; Li *et al.*, 2014). Les HRSH désireraient ressentir une expertise reliée au VIH, des compétences professionnelles, et une attitude accueillante (Liu *et al.*, 2015).

2.2.2.2 L'utilisation de technologies de communication

Les interventions de prévention du VIH utilisant diverses technologies de communications (service sur le web, services de messages textes de rappel de rendez-vous, applications mobiles, réseaux sociaux, etc.) seraient des outils particulièrement efficaces en prévention du VIH. Celles-ci permettraient, entre autres, de promouvoir de l'information sur la routine de dépistage et l'autoévaluation des risques. Elles fourniraient également des rappels périodiques et recommandations de services et offriraient des outils préventifs (Sullivan *et al.*, 2013). L'utilisation des technologies de communication rendrait davantage pratique l'accès aux services :

elle rendrait davantage pratique l'accès aux services en permettant: une commodité d'accès (accès à tout moment de la journée); un contrôle standardisé et axé sur le client; faciliterait le dévoilement d'informations personnelles sans craintes d'être stigmatisé; réduirait le nombre de personnes qui ne se présentent pas au rendez-vous ainsi que les visites inutiles; faciliterait les activités administratives; améliorerait la qualité de la documentation transmise et réduirait l'information erronée (Hottes *et al.*, 2012; Naseriasl *et al.*, 2015).

L'utilisation des médias sociaux (Facebook, Twitter) et des applications mobiles comme outils de prévention, d'intervention ou de promotion d'informations serait aussi considéré comme bénéfique dans la mise en place de stratégies préventives efficaces contre le VIH (Hottes *et al.*, 2012; Liu *et al.*, 2015; Wanyenze *et al.*, 2016). Dans leur étude, Levy *et al.* (2015) ont évalué l'acceptabilité d'une application mobile pour l'intervention et la prévention du VIH chez 93 HRSH d'origine africaine ou caribéenne âgés entre 21 à 69 ans. La plupart des participants ont convenu qu'ils utiliseraient l'application si elle était gratuite (81%), qu'il serait plus facile de se souvenir de dire au médecin ce dont ils auraient besoin (88%) et d'obtenir les services médicaux qui puissent répondre plus efficacement à leurs besoins (80%). Les participants de leur étude mentionnent aussi qu'ils se sentiraient plus à l'aise d'aborder la sexualité par l'entremise de cette application.

Cependant, puisqu'elles ne peuvent répondre à certains besoins comme une évaluation subjective des risques ou un entretien motivationnel, par exemple, la combinaison d'un service utilisant ces technologies et d'un service offert par un fournisseur (de type face à face) serait nécessaire pour certains clients (Sullivan *et al.*, 2013). Certains auteurs soulignent aussi que bien que l'utilisation d'Internet assure l'anonymat, il demeure primordial d'avoir des mesures de sécurité importantes pour assurer la confidentialité, notamment lorsqu'un homme reçoit le résultat au test de dépistage auquel il a eu recours (Hottes *et al.*, 2012).

2.2.2.3 La sensibilisation, l'éducation et la promotion d'informations justes quant au VIH ou aux services.

Lorsqu'elles sont adaptées aux clientèles cibles, l'éducation, la sensibilisation et la transmission d'informations et de conseils portant sur la santé en lien avec le VIH (VIH asymptomatique, bénéfices du dépistage régulier, comportements à risque, moyens de protection, etc.) ou les services (interventions disponibles, horaires, etc.) favoriseraient l'accès aux services et soins de santé pour les HRSH (Bowring *et al.*, 2015). L'information entourant la PrEP devrait être intégrée aux services spécifiques aux HRSH et aux hommes travailleurs du sexe. Savoir recommander et procéder au référencement vers des médecins compétents en la matière constitueraient des atouts importants (Underhill *et al.*, 2014).

2.2.2.4 L'adaptation des services aux réalités et besoins spécifiques des HRSH

Les centres de santé intégrés qui s'orientent spécifiquement vers la clientèle HRSH, où un amalgame de services sont disponibles en un même endroit, favoriseraient l'accès aux services et aux soins (Coulibaly *et al.*, 2013). De même, la dimension privée permettrait un meilleur anonymat et serait aussi positive quant à l'accès (Bowring *et al.*, 2015). Les services qui démontrent une sensibilité quant aux besoins de santé spécifiques aux HRSH seraient également favorables à l'accès (Wanyenze *et al.*, 2016).

La clinique de santé sexuelle de nuit mise sur pied en 2010 par ARCAD-SIDA au Mali évaluée dans l'étude de Coulibaly *et al.* (2013) est un bon exemple de clinique adaptée. Cette clinique, créée dans le cadre d'une stratégie visant à mieux répondre aux besoins de santé des populations, aurait un effet positif sur l'accès aux services et le maintien des HRSH dans une routine de santé. Cette clinique adapte les horaires des services en fonction des modes de vie des populations ciblées. Elle offre des

services de proximité là où vivent les populations ciblées et propose des consultations sur mesure, ce qui hausserait les compétences des patients et favoriserait la mobilisation des pairs dans la communauté.

2.2.2.5 Dépistage rapide du VIH et autotest

Dans leur étude, afin de mieux comprendre les facteurs qui influencent les décisions des participants entourant le recours aux services de dépistage, Bien *et al.* (2015) ont recruté des hommes qui n'ont jamais été dépistés pour le VIH et la syphilis, des hommes qui ont été dépistés une seule fois et d'autres qui l'ont été plusieurs fois. Il ressort de leurs résultats que les hommes préféreraient les services de dépistage rapide. Mis à part la commodité de recevoir les résultats dans les 30 minutes, les hommes ont également nommé d'autres avantages comme la diminution de l'anxiété associée à l'attente des résultats ou les craintes liées à la non-confidentialité. Certains types de dépistage rapide offriraient aussi la possibilité de procéder à un *autotest*, ce qui permettrait aux hommes de se dépister eux-mêmes, avec ou sans supervision. Cette option pourrait, selon Bien *et al.* (2015), avoir pour effet de faciliter la passation de tests de dépistage chez les hommes qui sont réticents à fréquenter les centres de dépistage notamment en raison de la crainte d'être stigmatisés par exemple.

2.2.2.6 Moyens mis en place pour préserver l'anonymat

Certains moyens mis en place pour préserver l'anonymat sont nommés comme conditions pouvant favoriser l'accès aux services et soins de santé. Notamment, l'emplacement discret des cliniques de dépistage ou autres centres de services dédiés aux HRSH (Bien *et al.*, 2015; Liu *et al.*, 2015) ainsi que le dépistage anonyme sont soulevés comme paramètres bénéfiques (Bien *et al.*, 2015). Le fait d'offrir des services de dépistage rapides décentralisés (dans des installations de santé en

périphérie des secteurs géographiques reconnus comme gais et dans des lieux non cliniques) et dans des cliniques accessibles en milieu défavorisé permettraient d'atteindre une population plus large dont ceux qui n'ont jamais eu recours au dépistage auparavant (Bien *et al.*, 2015; Underhill *et al.*, 2014). Par ailleurs, le fait d'habiter en zone urbaine favoriserait l'accès aux technologies de pointes comme la PrEP (Peltzer *et al.*, 2007).

Le fait de pouvoir laisser des pseudonymes ou des numéros de téléphone lors de prise de rendez-vous au lieu de laisser son nom constitue aussi un paramètre pouvant faciliter la protection de l'anonymat et faciliterait l'accès aux services de dépistages du VIH ou d'ITS (Bien *et al.*, 2015). De manière générale, les établissements privés seraient aussi plus acceptables aux yeux des HRSH que les services gouvernementaux (Ross *et al.*, 2015).

2.3 Priorités d'actions pour les fournisseurs de soins, les ressources et les services offerts

2.3.1 Favoriser l'accès à une éducation juste liée à la santé en matière de prévention du VIH et l'accès aux informations adéquates entourant les services disponibles

L'accès à une éducation juste liée à la santé en matière de prévention du VIH et l'accès aux informations adéquates entourant les services disponibles devraient être bonifiés et consolidés (Beyrer *et al.*, 2012b). Ceci permettrait d'augmenter la capacité des HRSH à reconnaître leurs propres besoins de santé et à connaître les ressources offertes, disponibles et acceptables pour eux. Pour des soins cliniques adéquats, justes et appropriés les fournisseurs de soins devraient être en mesure de discuter, éduquer et conseiller leurs usagers tant sur les informations entourant le VIH (modes de transmission du VIH, prévalence dans la communauté, traitements

antirétroviraux, etc.) que sur divers aspects des services qui sont offerts (endroits où sont disponibles des préservatifs et des lubrifiants gratuits, etc.) (Beyrer *et al.*, 2012b).

En ce sens, le développement d'outils préventifs et informatifs utilisant diverses technologies de communications est à prioriser en termes d'actions à mettre en place pour favoriser l'accès aux informations justes et adéquates (sur la routine de dépistage, l'autoévaluation des risques, etc.).

2.3.2 Veiller à la formation continue des fournisseurs de soins et au développement de leurs compétences en matière de santé des HRSH

Afin d'optimiser la santé globale des HRSH, les fournisseurs de soins devraient avoir l'occasion et saisir l'occasion de se familiariser tant avec les réalités des HRSH que leurs besoins spécifiques en termes de soins et services de santé. En effet, la formation continue des fournisseurs de soins en ce qui a trait aux réalités et besoins spécifiques des HRSH est primordiale puisqu'elle permettrait aux fournisseurs de soins de mieux comprendre les HRSH, de les servir plus adéquatement en offrant des soins optimaux et de mieux les conseiller (Beyrer *et al.*, 2012b; Bowring *et al.*, 2015; Ross *et al.*, 2015; Wanyenze *et al.*, 2016). Ross *et al.* (2015) parlent même d'inclure dans les programmes de formation académique des fournisseurs de soins des modules obligatoires sur ces enjeux plutôt que des cours optionnels volontaires. La formation des fournisseurs de soins permettrait également de les outiller de manière optimale pour qu'ils restent en mesure de cibler adéquatement les HRSH vulnérables de contracter le VIH et aussi les HRSH au prise avec des problèmes de santé mentale en comorbidité, comme la dépression, les ITS et la toxicomanie (Ross *et al.*, 2015).

2.3.3 Voir à la mise en place de services accueillants et pratiques

Pour favoriser l'accès aux divers soins et services de santé en prévention du VIH, Wanyenze *et al.* (2016) mettraient sur l'accueil et la sensibilité des établissements de santé de manière à augmenter la perception des HRSH de leur acceptabilité. Un établissement serait perçu comme accueillant si le personnel est sympathique et qu'il n'y a aucune discrimination basée sur l'orientation sexuelle (Wanyenze *et al.*, 2016). Pour ces mêmes auteurs, les services de dépistage rapide et de proximité seraient des types de services à prioriser parce qu'ils démontrent intrinsèquement une sensibilité aux réalités HRSH, notamment dans l'adaptation à leur mode de vie, et un accès facilité par la disponibilité immédiate du service (Wanyenze *et al.*, 2016). Les auteurs parlent aussi du fait bénéfique d'offrir des centres mixtes où l'on retrouve diverses populations, pour que tous soient traités dans le même centre afin que les HRSH qui s'y rendent pour un dépistage puissent passer inaperçus et préserver leur anonymat. Les services utilisant les technologies de la communication sont aussi considérés comme une avenue à prioriser pour le développement du secteur de la prévention du VIH (Hottes *et al.*, 2012; Liu *et al.*, 2015; Wanyenze *et al.*, 2016). Enfin, l'accès gratuit aux services pourrait venir pallier aux problèmes liés aux assurances santé que certains HRSH ne possèdent pas (Bowring *et al.*, 2015).

2.3.4 Soutenir l'importance accordée aux services à l'adolescence

D'une part, les fournisseurs de soins devraient être renseignés et à jour concernant les ressources d'aide disponibles pour les adolescents et qui s'inscrivent comme modèles positifs. Par modèle positif, on entend autant des fournisseurs de soins qui sont des modèles positifs dans la communauté que les ressources elles-mêmes par les valeurs qu'elles véhiculent. Les fournisseurs de soins devraient également être en mesure de référer les adolescents vers des ressources qui offrent l'accès à des milieux de vie sains et positifs ou des opportunités d'implications sociales (Beyrer *et al.*,

2012b). Ceci aurait pour effet de briser l'isolement social et de favoriser la création et la consolidation de leur réseau de soutien social, largement spécifiées comme conditions favorables à un meilleur accès aux soins et services de santé selon les auteurs (Reisen *et al.*, 2014; Stahlman *et al.*, 2016; Vogel *et al.*, 2007; Wanyenze *et al.*, 2016). Dans le même sens, en raison du fait que la discrimination et le rare soutien social sont associés à l'infection du VIH chez les HRSB (Friedman *et al.*, 2008; Lauby *et al.*, 2012), une attention accrue de la part des fournisseurs de soins devrait être portée dès l'adolescence à l'importance de les aider à se munir d'un réseau de soutien familial et social solide. En appui à cela, la mise en place de systèmes éducatifs favorisant le développement sain des jeunes peu importe leur orientation sexuelle et leur genre, favoriserait un accès aux soins et services de santé (Beyrer *et al.*, 2012b).

2.3.5 La mobilisation et l'engagement des HRSB et d'autres membres de la communauté LGBTQ dans la mise sur pied de programmes et services en prévention du VIH

Dans de nombreux pays, les HRSB sont prêts à lutter contre la stigmatisation et savent exiger des services de santé adéquats (Beyrer *et al.*, 2012b). Cette mobilisation des communautés LGBTQ est nécessaire. Selon Beyrer *et al.* (2012b), l'inclusion et la participation active des HRSB dans la mise sur pied de programmes et services devraient être valorisées chaque fois que possible. L'implication des dirigeants communautaires et des représentants dans la planification, la gestion et la livraison de soins et services de santé en prévention du VIH chez les HRSB serait aussi à prioriser comme action.

2.3.6 L'implication des instances gouvernementales, décideurs politiques et bailleurs de fonds comme priorité d'actions.

Dans leur étude, Beyrer *et al.* (2012b) expliquent que les actions reliées aux instances gouvernementales devraient, entre autres, favoriser la réduction des barrières juridiques, législatives, administratives et structurelles qui nuisent à l'accès aux soins et services de santé adéquats. Certaines actions ressortent comme nécessaires à cet égard et s'inscrivent comme enjeux structurels d'importance notamment en regard des lois et politiques et aussi en regard du financement.

D'abord, au niveau des lois et politiques, ces auteurs soulignent l'importance de voir à la réforme des lois et des politiques discriminatoires sur la base de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre. Pour s'y faire, l'importance d'assurer la formation adéquate des acteurs responsables d'appliquer les lois est aussi mise en lumière. Ceci pourrait avoir comme effet bénéfique de ralentir ou mettre fin au harcèlement, à la détention arbitraire, aux mauvais traitements et aux abus vécus par les HRSH (et autres minorités sexuelles et de genre).

Au niveau du financement, ces auteurs mettent d'avant plan l'importance de soutenir et augmenter le financement national en matière de santé globale des HRSH afin de favoriser la mise sur pied de programmes préventifs et éducatifs qui veillent à la réduction de la stigmatisation à l'égard des minorités sexuelles et de genre. Un financement adéquat apparaît comme nécessaire pour assurer le développement et l'accès aux services de prévention adaptés aux réalités spécifiques des HRSH ainsi que pour favoriser l'accès aux traitements du VIH pour tous. Il serait important, selon Beyrer *et al.* (2012b), de mettre en place des mécanismes de financement visant à fournir des ressources suffisantes pour répondre aux besoins des HRSH et combler les lacunes actuellement présentes. Ces mécanismes de financement devraient viser : la mise en place de mécanismes permettant de soutenir et favoriser

l'inclusion des HRSH dans la prise de décisions les concernant; le soutien aux études des besoins de santé des HRSH; le soutien du développement et des services adaptés et leur programmation.

2.4 Limites des études

À travers les études recensées, des limites peuvent être soulevées : les méthodologies de recherche préconisées par les études; la disparité entre les lieux de provenance des études; la disparité entre les échantillons; le manque d'exhaustivité en regard des services et soins étudiés; la difficulté à conceptualiser l'accès au sens large; et la méconnaissance de l'accès aux soins et services de santé en contexte précis de prévention combinée.

2.4.1 Méthodologies de recherche préconisées par les études

La première limite concerne le fait que la plupart des études recensées sont basées sur les fondements de la recherche qualitative. Les échantillons qualitatifs sont plus petits (Bien *et al.*, 2015 = 25 HRSH; Bowring *et al.*, 2015 = 31 hommes bisexuels; Underhill *et al.*, 2014 = 56 hommes; Wirtz *et al.*, 2014 = 8 HRSH, etc.) et sont donc moins représentatifs de l'ensemble de la population. Les résultats de ces études ne peuvent donc pas représenter tous les obstacles perçus par tous les HRSH et tous les fournisseurs de services du réseau de la santé en matière de prévention du VIH chez les HRSH. L'accès aux soins et services de santé en prévention du VIH semble rarement étudié sous l'angle quantitatif, ce qui pourrait assurer davantage de validité externe des résultats.

2.4.2 Disparité entre les lieux de provenance des études

Les études recensées proviennent de plusieurs pays comme le Brésil (Brito *et al.*, 2015), l'Uganda (Wanyenze *et al.*, 2016), la Chine (Arreola *et al.*, 2015) et les États-Unis (Underhill *et al.*, 2014). La disparité entre les pays de provenance des études rend complexe la généralisation des résultats et leurs comparaisons, ce qui rend difficile la compréhension globale de l'objet d'étude ainsi que la formulation d'hypothèses globales quant aux barrières d'accès et aux conditions favorables. Par exemple, un service de dépistage du VIH offert en Ouganda ne comportera pas les mêmes enjeux entourant l'accès que ce même type de service offert aux États-Unis.

En provenance de pays différents, ces études ont forcément été menées dans des contextes sociopolitiques et économiques propres à chacune et comportent donc des enjeux qui leurs sont propres en termes d'accès aux soins et services. Selon les tenants d'une approche syndémique en prévention du VIH, le contexte dans lequel évoluent les HRSH a des impacts majeurs tant sur leurs réalités, leurs besoins, leurs comportements que sur l'accès aux services et soins de santé de qualité. Considérant la disparité entre les pays de provenance des études, il faut intrinsèquement considérer les différences entre la législation de ces divers pays, que ce soit : au niveau de l'assurance maladie qui n'est pas disponible partout à travers le monde; des différences du contexte social entraînant des niveaux d'intensité divers d'homophobie, de stigmatisation et de criminalisation des comportements homosexuels; ou aux différences quant à l'implication des décideurs politiques en matière de santé globale des HRSH.

Par ailleurs, une autre limite des études est soulevée concernant les lieux de provenance des études recensées : aucune d'entre elles n'a été menée à Montréal, ni même au Québec. Or, les réalités entourant l'accès aux services et soins s'inscrivant en prévention du VIH auprès des HRSH montréalais restent mal connues.

2.4.3 Disparité entre les caractéristiques des échantillons

D'autres disparités entre les caractéristiques des échantillons posent le même problème de généralisation et de comparaison des résultats. En effet, ces hommes proviennent de divers milieux et de différentes classes sociales. Par exemple, l'échantillon de Browing *et al.* (2015) est composé de jeunes étudiants, celui de Brito *et al.* (2015) exclut les travestis, tandis que l'étude d'Arreola *et al.* (2015) a utilisé un échantillon recruté en ligne par le biais des réseaux d'avocats et des fournisseurs de services. La réalité différente des personnes selon le lieu où ils habitent (ex. endroits ruraux versus urbains) peut nuire à la comparaison entre les différentes réalités. En effet, l'accès aux soins, les perceptions de la stigmatisation et les expériences personnelles peuvent être différents autant d'un pays à un autre que d'un milieu à un autre (Koester *et al.*, 2013; Wirtz *et al.*, 2014). Dans certaines études, les hommes qui n'ont jamais cherché des services de santé sexuelle ne sont pas inclus, ni ceux qui ont des rapports sexuels avec des hommes sans s'identifier gai ou bisexuel (Koester *et al.*, 2013), ce qui, encore là, limite la généralisation et la comparaison des résultats.

2.4.4 Le manque d'exhaustivité quant aux types de soins et services étudiés

À travers les études recensées, on remarque un manque d'exhaustivité en regard des types de soins et services étudiés. La plupart des études portent sur l'accès aux services de dépistage du VIH standard ou rapide (Browning *et al.*, 2015; Holt *et al.*, 2012; Li *et al.*, 2011; Liu *et al.*, 2015; Mimiaga *et al.*, 2009; Reisen *et al.*, 2014; Underhill *et al.*, 2014; Wirtz *et al.*, 2014) ou sur l'accès au traitement du VIH (Browning *et al.*, 2015; Liu *et al.*, 2015; Reisen *et al.*, 2014; Wirtz *et al.*, 2014). Plus rarement, les études recensées portent aussi sur l'accès au matériel de protection (Browning *et al.*, 2015) ou l'accès à la PPE ou la PrEP (Underhill *et al.*, 2014). Cette lacune, considérant le concept de prévention combinée, souligne de manière claire

l'importance de combiner trois types d'interventions préventives : structurel, comportemental et biomédical. Il s'agit ici d'une piste à prioriser par de nouvelles études en vue de mieux comprendre l'accès aux services en contexte de prévention combinée.

Par ailleurs, bien qu'elles soient rares, certaines études permettent de comprendre que la culture organisationnelle des milieux où sont dispensés les services ainsi que les types de fournisseurs de soins seraient des enjeux à considérer quant à l'accès aux soins et services (les usagers considèrent plus acceptables des services offerts dans un cadre moins institutionnalisé, les HRSH ont moins confiance aux fournisseurs de soins en milieu hospitalier, etc.). Ces rares mises en lumière laissent comprendre qu'un même service offert dans un contexte communautaire ou hospitalier ne présenterait pas le même taux d'acceptabilité chez les HRSH. Cet aspect manque de précisions à travers les études recensées.

2.4.5 Difficulté à conceptualiser la notion d'accès

Une autre limite des études recensées est la difficulté apparente à conceptualiser l'accès au sens large. Suite aux efforts de recension, il reste toujours difficile de comprendre clairement la notion d'accès et ses composantes. Bien que les études nous révèlent certains facteurs considérés comme barrières ou conditions favorables de l'accès aux services et soins de santé, il reste que l'accès est toujours une notion complexe et mal définie comme en témoigne la variété des termes utilisés et des interprétations présentes chez les auteurs. À travers les études, divers termes sont utilisés pour désigner le caractère accessible d'un service (disponible, gratuit, pratique, etc.). Il apparaît primordial que de futures études dans ce domaine visent à définir de façon opérationnelle et éventuellement, mesurable, ce qu'est l'accès aux soins et services de santé.

2.4.6 Méconnaissance entourant l'accès aux services et soins en contexte de prévention combinée

Alors qu'on souligne le besoin urgent d'évaluer l'approche de prévention combinée, très peu de recherches ont été réalisées sur ces interventions combinées en prévention du VIH (Padian *et al.*, 2011). Dans les études disponibles, les services étudiés sont pris un à un sans considération de l'importance du maillage entre les ressources et des combinaisons possibles. Or, les façons efficaces d'opérationnaliser une prévention combinée reste à explorer.

2.5 Conclusion

L'accès à des services et soins de santé adaptés aux réalités HRSH est primordial à la baisse de l'incidence du VIH au sein de cette population et à la réduction des inégalités composant le portrait de santé globale des HRSH. D'un côté, il apparaît important que les HRSH développent et consolident leurs propres habilités, compétences et ressources à recourir aux services et soins de santé en prévention du VIH. De l'autre côté, des efforts doivent être faits du côté de l'offre de services pour favoriser l'accès à des services et soins de santé faciles d'approche et adaptés aux besoins des HRSH.

En conclusion, des études ultérieures sont nécessaires en vue de repérer les conditions favorables au développement et à la mise en place de stratégies efficaces, et accessibles de prévention combinée. Idéalement, ces études devraient circonscrire un territoire donné et porter sur une population précise; être plus claires en regard des composantes de l'accès aux services et soins de santé; considérer davantage de types de services et soins de santé pouvant être combinés; prendre en considération les différences de contexte organisationnel dans l'offre de services (institutionnel,

clinique, communautaire, etc.) et caractériser l'accès en vue de faire ressortir les conditions gagnantes à une opérationnalisation efficace d'une prévention combinée.

CHAPITRE III

CADRE CONCEPTUEL

En regard des objectifs de recherche proposés, trois concepts sont pertinents et adaptés au contexte de l'étude : (1) La prévention combinée, (2) l'accès aux soins de santé et (3) le jugement crédible. Dans le présent chapitre, une section est réservée à la présentation de chaque concept, de leur définition et fondements. Les motifs justifiant l'utilisation de ces concepts comme bases de notre travail de recherche seront exposés. Au final, nous préciserons nos objectifs et questions de recherche.

3.1 La prévention combinée

En 2010, UNAIDS définissait la prévention combinée comme étant :

Le recours simultané et stratégique à différents types d'interventions préventives (biomédicales, comportementales, sociales, structurelles) réalisées à de multiples niveaux (individuel, relationnel, communautaire, sociétale) pour répondre aux besoins spécifiques et divers de populations visées tout en tenant compte de modes de transmission différents (UNAIDS, 2010, p. 5).

Pour plus d'efficacité, la prévention combinée devrait aussi viser divers points du cycle de transmission du virus (avant l'infection et après l'infection), d'une part, pour diminuer la vulnérabilité à l'acquisition du virus chez les hommes séronégatifs et

d'autre part, pour réduire la charge virale chez les hommes séropositifs (Kurth *et al.*, 2011).

Plusieurs interventions ou stratégies ayant le potentiel de faire partie de telles stratégies préventives combinées ont été répertoriées. Les efforts visant à prévenir et traiter le VIH chez les HRSH et à faire face aux caractéristiques individuelles nécessaires pour augmenter l'adhérence aux services devraient, selon plusieurs auteurs, être couplés avec des interventions structurelles et politiques visant à réduire la stigmatisation, renverser les politiques de criminalisation et accroître l'investissement des instances gouvernementales et politiques dans les services (Arreola *et al.*, 2015; Bien *et al.*, 2015; Pachankis *et al.*, 2015; Reisen *et al.*, 2014). Pour Wingood *et al.* (2013), les interventions de prévention biomédicales telles que la PrEP, la circoncision masculine et le traitement antirétroviral sont elles aussi nécessaires à inclure dans la trousse de stratégies préventives du VIH à être combinée. Voici un tableau contenant des exemples de stratégies pouvant faire partie de telles combinaisons préventives (*prevention packages*) :

Tableau 3.1 Exemples de stratégies pouvant être combinées

Interventions Biomédicales	Interventions Comportementales	Intervention Structurelles
<ul style="list-style-type: none"> - Dépistage du VIH (Rapide, standard, anonyme) - <i>Test & treat</i> - Dépistage des ITSS - Traitements des ITSS - PPE - PrEP 	<ul style="list-style-type: none"> - Éducation, - Counselling (individuel, couple, groupe) - Intervention de groupe - Promotion de comp. sécuritaires - Distribution de matériel préventif 	<ul style="list-style-type: none"> - Promotion des droits - Promotion de la justice sociale - Marketing social - Revendications politiques - Activisme - Advocacy

Pour dégager tout leur potentiel, ces interventions ou stratégies, doivent être regroupées de manière à être acceptables et disponibles aux populations visées. Elles demandent donc un fort niveau d'implantation et une forte adhérence des populations visées. En effet, l'identification d'approches optimales et appropriées dépendrait de leur niveau d'adaptation aux différents contextes et aux multiples réalités des communautés locales où l'on projette de mettre en place une prévention combinée.

Ainsi, le simple jumelage de ces interventions entre elles ne suffit pas (counseling et test de dépistage du VIH, etc.). Il faut accorder une grande importance au caractère « simultané et stratégique » central au concept de prévention combinée. En ce sens, pour être dite opérationnelle et efficace, une stratégie préventive combinée nécessitera une utilisation synchronisée et efficiente des ressources disponibles. Pour être efficace, la prévention combinée devrait, entre autres, examiner le rôle de l'interdépendance entre les modalités d'intervention et leur niveau d'influence. L'objectif de la prévention combinée serait alors de créer des ensembles dans lesquels les interventions seraient complémentaires, efficaces et qui maximiseraient le potentiel synergique les unissant les unes aux autres (Wingood *et al.*, 2013).

En somme, malgré un manque de données quant aux manières les plus efficaces d'opérationnaliser la prévention combinée, on sait quand même que pour être optimale, elle doit prendre en considération : les multiples contextes de la communauté ciblée et les diverses réalités des individus qui la composent (Kurth *et al.*, 2011; UNAIDS, 2010); les différences entre les ressources et leurs spécificités quant à leurs capacités organisationnelles et leur environnement juridique et culturel (UNAIDS, 2010; Wingood *et al.*, 2013); et considérer le fait que les organisations sont des systèmes complexes composés de plusieurs parties interdépendantes telles que les équipes, départements ou unités (Wingood *et al.*, 2013). On sait également que l'opérationnalisation efficace d'une prévention combinée pourrait être largement facilitée par : l'établissement de priorités communes entre les divers acteurs; des

ententes de partenariat claires et solides; l'engagement des populations affectées (Buchbinder *et al.*, 2008; UNAIDS, 2010); l'implantation et le renforcement des offres de services de proximité; le renforcement du volet des interventions comportementales; le développement de nouvelles stratégies de communication (Ellen *et al.*, 2010; Kim *et al.*, 2010; Underhill *et al.*, 2014, 2015; Weber *et al.*, 2010); et la mise en place d'interventions qui se combinent de manière synergique (Wingood *et al.*, 2013)

Tableau 3.2 Qu'est-ce que la prévention combinée?

La prévention combinée c'est le recours simultané et stratégique :		
À 3 types d'intervention	Visant 4 niveaux d'impact	Et 2 points du cycle de transmission
Biomédical Comportemental Socio-structurel	Individuel Relationnel Communautaire Sociétal	Avant l'infection Après l'infection
Pour être optimale, elle doit prendre en considération :		
<ul style="list-style-type: none"> - Les multiples contextes de la communauté ciblée - Les diverses réalités des individus qui la composent - Les différences entre les ressources et les spécificités quant à leurs capacités organisationnelles, leur environnement juridique et culturel - Le fait que les organisations sont des systèmes complexes composés de plusieurs parties interdépendantes telles que les équipes, départements, unités ou filiales 		
Son opérationnalisation efficace serait facilitée par :		
<ul style="list-style-type: none"> - L'établissement de priorités communes - Des ententes de partenariats solides - L'engagement des populations affectées - Le renforcement des services de proximité - Le développement de nouvelles stratégies de communication - Le renforcement du volet des interventions comportementales - La mise en place d'interventions qui se combinent de manière synergique 		

3.1.1 Pertinence du concept de prévention combinée dans la présente étude

En définitive, on peut dire que dans le contexte actuel de l'épidémie et des avancées récentes en matière d'arsenal préventif, il semble de plus en plus clair que la réduction des nouvelles infections du VIH chez les HRSH passera par la combinaison de stratégies de prévention existantes dont l'efficacité est déjà reconnue. Comme le révèlent les études syndémiques, la prévention du VIH ne peut plus se centrer que sur les comportements sexuels à risque. Elle devrait plutôt préconiser une approche holistique considérant les relations syndémiques entre l'infection au VIH, d'autres troubles de santé et le contexte social, politique, culturel et institutionnel dans lesquels ils émergent. Pour ces raisons, la prévention combinée justifie en soi toute la pertinence du travail de recherche proposé. L'intégration du concept de prévention combinée à notre cadre conceptuel a permis de délimiter le terrain d'études en termes de stratégies préventives à étudier. L'intégration de ce concept a aussi permis d'avoir une idée de ce sur quoi notre attention devrait porter pour reconnaître les caractéristiques du réseau qui peuvent s'inscrire comme obstacles à contourner ou conditions favorables à respecter en vue de mettre en place une stratégie opérationnelle et efficace de prévention combinée du VIH à Montréal. Le fait de considérer la prévention combinée dans une perspective socio-écologique a quant à lui permis de reconnaître l'importance de classer les services et soins étudiés selon le niveau organisationnel et le secteur de la santé et des services sociaux (communautaire, clinique, CLSC-CSSS) où ils sont offerts afin de tenir compte de la spécificité de ces secteurs en termes de culture organisationnelle pouvant avoir des impacts différents sur l'accès aux soins et services qu'ils dispensent.

3.2 L'accès aux soins et services de santé

En regard de l'efficacité et de la performance des systèmes de santé à travers le monde, l'accès aux soins et services de santé est indéniablement un concept central (Lévesque, Harris et Russel, 2013). L'existence d'un service n'inclut pas forcément qu'il en soit un accessible. Or, *a priori*, avant même de pouvoir envisager la combinaison de stratégies préventives, encore faut-il que ces stratégies de prévention soient accessibles. Nous nous sommes donc penchés avec intérêt sur le caractère accessible des services de prévention du VIH spécifiques aux HRSH. Pour soutenir notre réflexion en ce sens, le modèle développé par Lévesque, Harris et Russell (2013) s'est avéré fort pertinent (figure 2.1). Ces auteurs sont partis de la prémisse de départ que la notion d'accès aux soins est une notion complexe aux interprétations variables selon les auteurs à travers la littérature. Pour conceptualiser l'accès aux soins, ils ont procédé à une revue de littérature sur le sujet dans le but d'en faire une synthèse permettant de suggérer une conceptualisation de l'accès aux soins de santé en tenant compte du processus d'obtention des soins.

Les auteurs conceptualisent leur modèle d'accès aux soins en cinq étapes qui se déclinent sous deux angles: l'angle de l'offre de services (i.e. du point de vue du système de santé); et l'angle de la demande de services (i.e. du point de vue de l'utilisateur). D'abord, sous l'angle de l'offre de services, ces cinq étapes correspondent à cinq dimensions caractéristiques de l'accès aux services de santé: (1) l'accessibilité (*approachability*); (2) l'acceptabilité (*acceptability*); (3) la disponibilité (*availability and accomodation*); (4) l'abordabilité (*affordability*); et (5) l'adéquation (*appropriateness*). Sous l'angle de la demande, ces cinq étapes correspondent aux compétences individuelles d'un usager potentiel: (1) sa capacité à percevoir (*ability to perceive*); (2) sa capacité à recourir (*ability to seek*); (3) sa capacité d'atteindre (*ability to reach*); (4) sa capacité de payer (*ability to pay*); et (5) sa capacité de bénéficier (*ability to engage*). Lorsqu'une synergie s'installe entre ces dimensions et

compétences, le potentiel d'accès au service est maximisé. Ainsi, un accès optimal serait indiqué par l'offre d'un service respectant de hauts niveaux sur les cinq dimensions et une demande faite par un usager potentiel possédant les compétences essentielles.

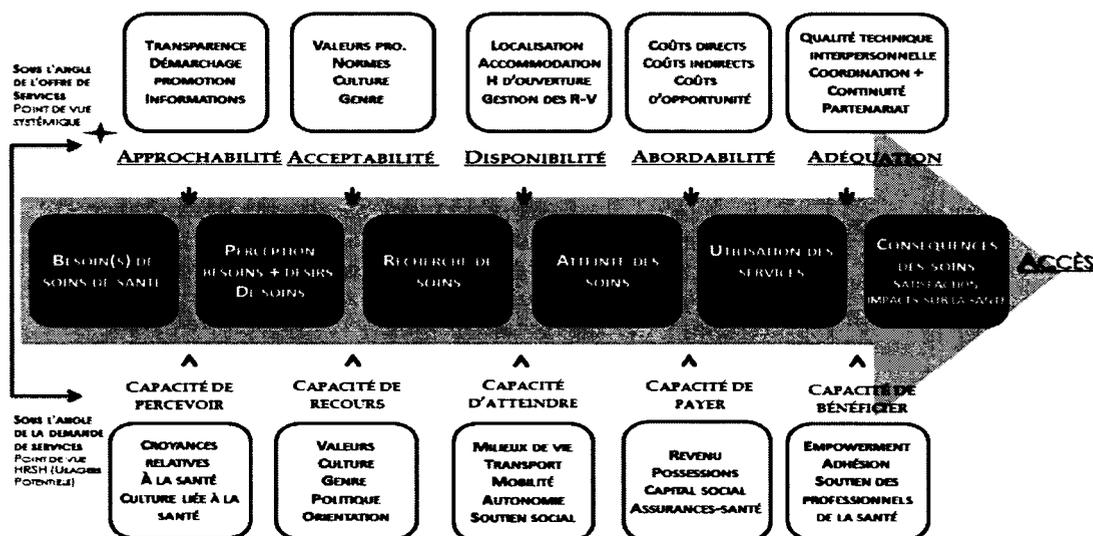


Figure 2.1 Cadre conceptuel d'accès aux services de santé (Lévesque, Harris et Russel, 2013)

Pour une meilleure intégration du concept, voici une définition de chacune des cinq dimensions que nous visions à caractériser dans le cadre de ce mémoire. Puisque nous visions à caractériser l'offre de services, les définitions qui suivent mettent l'accent uniquement sur la dimension de l'accès aux soins sous l'angle de l'offre de services plutôt que la compétence liée sous l'angle de la demande.

3.2.1 Dimension 1 : L'approchabilité

L'approchabilité réfère à tout élément permettant d'augmenter le potentiel d'une ressource à se faire connaître et faire connaître ses services à l'intérieur de certains

groupes sociaux ou populations géographiques. Elle réfère donc aux indicateurs qui rendent une organisation ou un service identifiable aux yeux d'un usager potentiel et à tout ce qui l'aide dans l'identification du service ayant le potentiel de répondre à son besoin le plus adéquatement. Pour être dit approchable, un service doit donc s'attarder à promouvoir des informations pratiques sur le service (horaire, coûts, emplacement, etc.) et il doit également s'attarder à promouvoir des informations liées à la santé. La promotion de ces informations liées à la santé vise à permettre à un usager potentiel de percevoir plus facilement les bénéfices potentiels qu'il pourrait retirer.

3.2.2 Dimension 2 : L'acceptabilité

L'acceptabilité réfère aux facteurs culturels et sociaux qui déterminent la possibilité ou non d'accepter les aspects d'un service et de les juger appropriés. D'abord, pour être acceptables, les services visent à s'inscrire en concordance avec les besoins des populations qu'ils desservent. Plus la réponse aux besoins est explicite (besoin de confidentialité, préservation de l'anonymat, ouverture aux réalités des HRSH, etc.) meilleures sont les chances qu'a le service de rejoindre la population cible. Ensuite, un service est jugé davantage acceptable s'il s'inscrit en concordance avec le système de valeurs et de croyances personnelles de l'usager potentiel. Si le service est syntone à ce système, le désir de soins sera accentué. L'acceptabilité réfère donc aux normes en vigueur dans le contexte sociopolitique où est offert le service; à la culture organisationnelle des ressources où sont dispensés les services; ainsi qu'aux valeurs préconisées par les ressources et leurs fournisseurs de soins. Pour une raison ou une autre, l'organisation de certains services peut être inéquitable et peut les rendre plus ou moins acceptables aux yeux de différentes sous-populations.

3.2.3 Dimension 3 : La disponibilité

La disponibilité réfère aux caractéristiques qui rendent la ressource joignable de manière physique (sur place, sur Internet, par téléphone, etc.) et dans un temps donné. Elle peut autant référer aux organisations et services qu'aux caractéristiques des fournisseurs de soins. Un service disponible renvoie donc à une offre de service définie par sa capacité suffisante à produire des services et mettre en place les moyens facilitants pour que l'utilisateur potentiel puisse les rejoindre. La disponibilité est caractérisée par des facteurs comme la densité des demandes, l'accessibilité physique et géographique des lieux, les caractéristiques du contexte urbain et la gestion des rendez-vous par exemple. Être disponible c'est aussi prendre en compte les diverses réalités des usagers potentiels, comme la flexibilité ou non de leurs horaires de travail, et modifier les services en considérant ces diverses réalités, comme en adaptant les horaires de disponibilité des services en dehors des heures de travail usuelles par exemple.

3.2.4 Dimension 4 : L'abordabilité

L'abordabilité réfère aux caractéristiques de l'organisation ou du service qui implique un coût pour l'utilisateur potentiel, c'est à dire un investissement de ses propres ressources. Certes, le terme coût inclut les coûts directs du service, mais aussi tous les coûts indirects. De la sorte, l'abordabilité réfère à de multiples variables indirectement liées comme les coûts en termes de temps (durée du service, liste d'attente, durée de l'attente, etc.), les pertes de revenus générées (devoir prendre congé de son emploi pour recevoir le service, etc.), les coûts associés au transport pour se rendre sur place ou à l'accès aux stationnements, etc. L'abordabilité peut aussi varier en fonction des moyens mis en place par l'organisation pour faciliter l'utilisation du service par l'utilisateur potentiel en influençant positivement sur sa

capacité à payer (modes de paiements possibles, programmes d'aide financière, reçus pour fin d'impôts, etc.).

3.2.5 Dimension 5 : L'adéquation

L'adéquation réfère à toutes caractéristiques qui permettent de faire ressortir les niveaux de qualité, de justesse et de concordance avec les besoins de santé. L'adéquation est entre autres influencée par la capacité du fournisseur à reconnaître ses propres limites, à reconnaître les compétences de l'autre et, si nécessaire à référer le patient vers des ressources et services appropriés, en référant à l'externe s'il le faut. Ainsi peut-on dire que, l'adéquation réfère aux qualités interpersonnelles des fournisseurs de soins ainsi qu'à leurs compétences techniques et professionnelles. Par exemple, l'adéquation est influencée par la capacité et la rapidité d'un fournisseur de soins à entendre et comprendre les besoins de l'utilisateur, à évaluer adéquatement la problématique de santé vécue et ainsi pouvoir déterminer et administrer le traitement approprié. Par ailleurs, l'adéquation fait aussi référence au caractère continu et intégré des ressources et services. Ceci implique donc des aptitudes à la collaboration et à la concertation dans le but de bâtir une offre de service globale adéquate et juste. La force et l'efficacité du maillage permettent de faire bénéficier les usagers potentiels de l'expertise de tout un chacun. Par voie de conséquence, créer, solidifier et entretenir des maillages étroits et fluides entre les divers secteurs, ressources et acteurs est essentiel et central dans la mise sur pied d'un service adéquat.

3.2.6 Pertinence d'intégrer le concept d'accès aux soins de santé à la présente étude

Les cinq dimensions de l'accès aux soins de santé sous l'angle de l'offre (l'accessibilité, l'acceptabilité, la disponibilité, l'abordabilité, l'adéquation) proposées dans le *modèle d'accès aux services et soins de santé* de Lévesque, Harris et Russel (2013) apparaissent fort pertinentes pour ancrer un premier travail de

triangulation des données recueillies, nous y reviendrons au chapitre IV portant sur la méthodologie. C'est précisément l'intégration de ce concept à notre étude qui a permis l'élaboration et la classification d'une liste d'indicateurs et de critères sous-jacents composant l'accès aux soins et services de santé en prévention du VIH spécifiques aux HRSH. L'intégration de ce concept a également permis la catégorisation des barrières et conditions favorables de l'accès soulevées dans la recension des écrits et ainsi mieux constater l'apport de la présente recherche. Voici une reprise du schéma d'accès aux soins de santé (Lévesque, Harris et Russel, 2013) incluant les barrières d'accès et conditions favorables soulevées dans la recension des écrits.

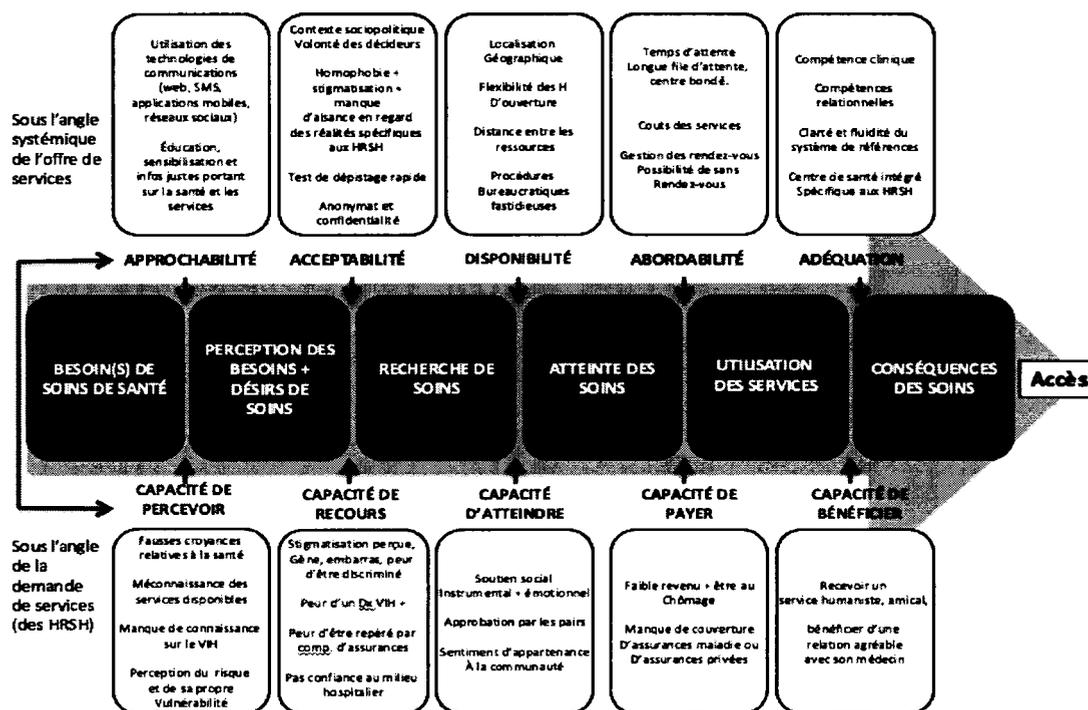


Figure 2.2 Cadre conceptuel d'accès aux soins de santé (Lévesque, Harris et Russel, 2013) incluant les barrières d'accès et conditions favorables soulevées dans la recension des écrits

3.3 Le jugement crédible

Bien que la démarche ne s'inscrive pas nécessairement dans un processus évaluatif, il fallait mobiliser une approche permettant de juger de la qualité des services rendus en rapport à leur adhérence aux cinq dimensions de l'accessibilité et leurs indicateurs. Dans leur ouvrage intitulé *l'évaluation de programmes axée sur le jugement crédible*, Hurteau et ses collègues (2012) proposent une méthode qui consiste à interpréter des données de sorte à générer un *jugement crédible* portant sur la qualité et l'efficacité de programmes. Ici, c'est ce concept, *le jugement crédible*, qui a retenu notre intérêt pour conceptualiser notre recherche. C'est l'intégration de ce concept qui a permis de caractériser l'accès aux services de prévention du VIH spécifiques aux HRSH montréalais en contrastant les performances de trois secteurs distincts du réseau de la santé et des services sociaux au Québec (clinique, communautaire, CLSC/CSSS) pour chacun des indicateurs (et ses critères sous-jacents) préétablis.

Dans cette section, une définition du *jugement crédible* est proposée, par la suite des éléments clés de la démarche de production d'un *jugement crédible* sont mis en lumière.

Ultimement, l'évaluation consiste à porter un jugement sur la valeur d'un objet afin d'éclairer la prise de décisions et les orientations le concernant (Fournier, 2005; Jacob, 2012). Puisque le *jugement* est le fondement de toute démarche évaluative, il est essentiel à cette dite-prise de décisions et d'orientations. De la sorte, il se doit d'être crédible. Pour comprendre ce qu'est un *jugement crédible*, précisons d'abord que le processus de crédibilisation du jugement nécessite l'implication de *parties prenantes* à travers un dialogue ininterrompu et que c'est essentiellement le recours à des méthodes équitables et ouvertes qui rend possible cette crédibilisation.

Le *jugement crédible* doit parvenir à dégager une vision intégrée de l'objet évalué et doit faire émerger des réponses qui n'étaient jusqu'à maintenant écrites nulle part et qui, une fois révélées, pourraient avoir le potentiel de transformer le cours des choses. Bien que dans la production d'un *jugement crédible*, la question de la vérité n'est pas absente, il reste plus opportun de viser la production d'un jugement *juste* plutôt que la production d'un jugement *vrai*. On vise la production d'un jugement dont la *justesse* ne peut être remise en question. C'est précisément parce que les principaux intéressés, *les parties prenantes*, participent activement au *processus de crédibilisation du jugement* que la justesse de celui-ci ne peut être remise en question. Sur le plan contextuel, l'évaluateur doit donc s'assurer que les préoccupations des *parties prenantes* soient prises en considération.

Selon Hurteau et ses collègues (2012), trois étapes sont nécessaires pour émettre le *jugement crédible*: (1) établir l'objet d'évaluation et ses composantes à évaluer; (2) établir un ensemble de critères qui caractérisent ces composantes; (3) observer les données collectées et les mettre en relation entre elles et avec les critères préétablis. Voici un bref survol de ces trois étapes :

Étape 1. Établir l'objet d'évaluation et ses composantes à l'étude

Outre un programme, l'objet évalué peut également s'agir d'une politique, d'un service, d'un produit, d'un processus ou d'un membre du personnel. L'objet d'évaluation est choisi en rapport à sa pertinence face aux problématiques présentées. Cet objet d'évaluation est lié à la question de qualité et d'efficacité du programme soumis à l'évaluation. Une fois cet objet d'évaluation établi, il faut définir ses composantes qui pourraient aussi être évaluées.

Étape 2. Établir un ensemble de critères d'évaluation

Les critères d'évaluation sont à la base du processus et définissent les paramètres de l'évaluation. Ils sont des indicateurs qui précisent ce sur quoi portera l'évaluation.

Les critères d'évaluation proviennent de la littérature, du discours des *parties prenantes* ou de données d'observation terrain. Toutefois, il en revient au chercheur principal d'établir les critères finaux sur lesquels portera l'évaluation. Ils doivent (p. 48) : (1) être pertinents, c'est-à-dire qu'ils doivent illustrer le phénomène à l'étude, tenir en compte la situation actuelle et pouvoir appuyer l'éventuel jugement; (2) être formulés de façon précise, claire, sans équivoque et sans ambiguïté; et (3) se traduire en des indicateurs mesurables, valides, fidèles, sensibles au changement et capables d'identifier les écarts entre les pratiques observées et celles de références.

Étape 3. Mise en relation des données entre elles et avec les critères d'évaluation
C'est l'intégration de *seuils de réussite* qui permet d'analyser les données recueillies et de les mettre en relation entre elles et avec les critères préétablis. Cette démarche nécessite la manipulation des données de sorte à pouvoir les comparer entre elles et à élaborer un argumentaire solide sur lequel reposera la production des jugements crédibles. Le *seuil de réussite*, c'est en d'autres mots l'élément qui permet de constater la performance du programme ou d'un secteur du programme en regard des critères d'évaluation établis.

3.3.1 Pertinence d'intégrer le concept de jugement crédible à la présente étude

Il nous est apparu pertinent d'intégrer le concept de jugement crédible à notre cadre conceptuel en vue de bénéficier de l'apport de cette méthode dans l'analyse de nos données pour un deuxième niveau de triangulation. Nous y reviendrons également au chapitre IV portant sur la méthodologie. Le fait de contraster les performances de trois secteurs (clinique, communautaire, CLSC/CSSS) pour chacun des indicateurs de l'accessibilité (et ses critères sous-jacents) par la production de jugements crédibles a permis de relever les forces et faiblesses de chacun de ces trois secteurs de la prévention. Au final, ces nouvelles données générées pourraient servir d'assises quant aux priorités d'action et de recherche à mettre en place pour mieux orienter

une éventuelle mise en place d'une prévention combinée du VIH auprès des HRSH montréalais.

3.4 Question et objectifs de recherche

Rappelons que l'objectif général du présent mémoire est de caractériser l'accès aux soins et services de prévention du VIH spécifiques aux HRSH montréalais sous l'angle de la prévention combinée. À la lumière de ces trois concepts jugés fondamentaux dans l'encadrement de notre recherche, une question générale à laquelle nous tenterons de répondre a émergée :

Question générale : En regard des services existants, quelles sont les obstacles à contourner et les conditions favorables à respecter en vue d'opérationnaliser une stratégie efficace et accessible de prévention combinée du VIH auprès des HRSH à Montréal?

Rappelons les trois objectifs spécifiques initiaux qui visent à y répondre:

Obj. spécifique 1 : Répertorier les ressources et services déjà existants à Montréal en matière de prévention du VIH auprès des HRSH et ayant le potentiel d'être combinés.

Obj. spécifique 2 : Développer une liste d'indicateurs et de critères sous-jacent qui composent l'accès aux soins et services de santé et ce pour chacune des 5 dimensions (approchabilité, acceptabilité, disponibilité, abordabilité, adéquation).

Obj. spécifique 3 : Produire des jugements crédibles qui portent sur ces cinq dimensions de l'accès aux soins et services (approchabilité, acceptabilité, disponibilité, abordabilité, adéquation), leurs indicateurs et critères sous-jacents, et qui visent à caractériser l'accès aux soins et services de prévention du VIH spécifiquement offerts aux HRSH montréalais selon trois secteurs du réseau de la santé et des services sociaux (clinique, communautaire, CLSC/CSSS).

CHAPITRE IV

MÉTHODOLOGIE

L'ethnographie a servi de cadre pour mener à bien les activités de collecte et d'analyse des données (voir figure 4.1). La collecte a été organisée en trois phases distinctes: (1) rencontres du comité de direction intersectoriel (comité MOB); (2) repérage des services; (3) essai des services. C'est une imbrication de méthodes (entretiens de groupe, observation directe et participante, entretiens avec des informateurs clés) qui a permis de mener à bien ces phases. Phase par phase, ces méthodes seront présentées. Par la suite, la méthode d'analyse des données par processus de triangulation sera explicitée afin de faire ressortir comment elle a été opérationnalisée pour rendre possible l'émergence de jugements crédibles.

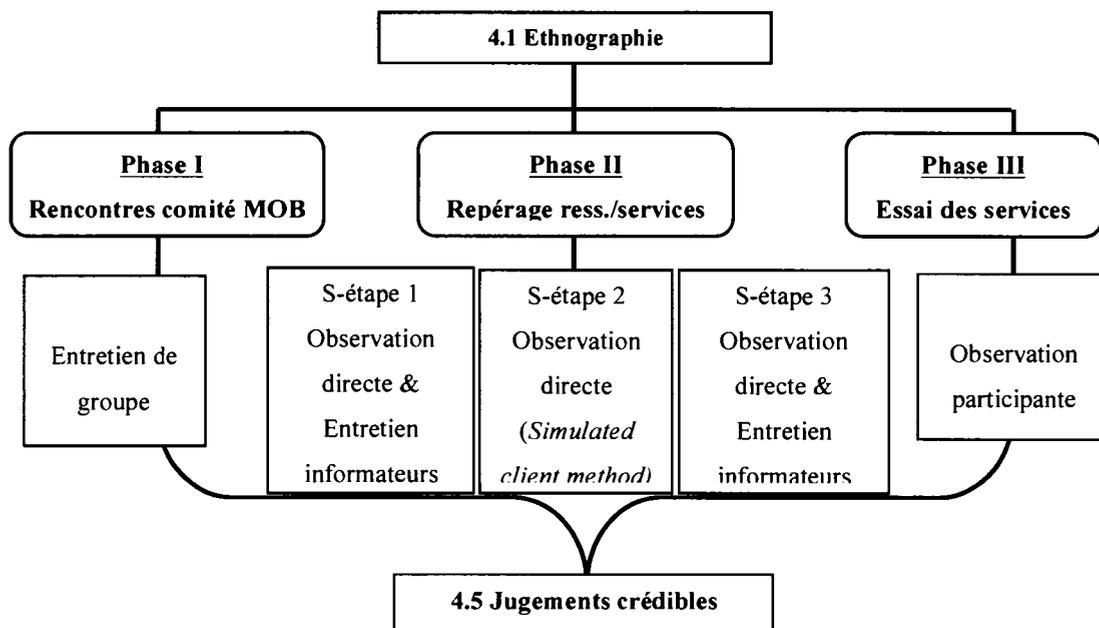


Figure 4.1 Design de recherche

4.1 Stratégie de recherche : L'approche ethnographique

4.1.1 Définition, forces et limites

L'approche ethnographique (ou ethnographie) a constitué la trame de fond de la recherche. Weber (2009) la décrit comme étant une « *enquête directe dans des milieux d'interconnaissance là où l'enquêteur peut nouer des liens personnels avec les enquêtés, eux-mêmes pris dans des interactions entre eux* ». Elle propose l'immersion des chercheurs dans le milieu naturel où se dynamise l'objet d'étude (Pallone, 1990). Elle a pour but l'étude descriptive-analytique la plus exacte et exhaustive possible du phénomène social étudié, de son univers spécifique et du groupe d'humains qui y sont en interactions (Laperrière, 1997; Mauss, 1926). L'enquête terrain constitue le cœur de l'ethnographie et incite donc à l'utilisation de méthodes d'enquête directes fondées sur l'observation, l'entretien et l'étude de cas. Elle implique la production constante de traces écrites par l'entremise d'outils comme un journal terrain (Mauss, 1926), des mémos d'analyses, des notes d'observations descriptives et des réflexions personnelles (Weber, 2009). La principale limite de l'ethnographie est le danger d'une observation superficielle et/ou subjective. Le chercheur doit alors adopter une posture où aucun jugement moral n'est permis (Mauss, 1926). C'est l'objectivité qui est recherchée et ce, tant lors des activités d'observation sur le terrain que dans l'exposé des résultats (Weber, 2009).

4.1.2 Justification de l'approche ethnographique comme méthode privilégiée

Comme présenté au chapitre I, la prévention du VIH auprès des HRSH de Montréal est indéniablement un phénomène complexe caractérisé par une modification majeure par la venue des NTPs et le changement de paradigme de la prévention allant vers le modèle de prévention combinée. L'approche ethnographique s'est avérée pertinente puisqu'elle a justement pour but d'explorer et d'approfondir des phénomènes

complexes par son « *aptitude à saisir à chaud un monde en mouvement (...) partout où la société se donne à voir dans toute sa complexité* » (Weber, 2009, p. 1). Qui plus est, l'ethnographie est particulièrement utile lorsqu'une recherche a pour but d'investiguer : quand et où des pratiques échouent, ou le potentiel de structures innovatrices (Poupart *et al.*, 1997). L'ethnographie est donc utile pour mieux saisir le potentiel de certaines stratégies pouvant être combinées.

Chaque étape de collecte de données a nécessité la production de traces écrites (fiche de collecte, notes d'observation descriptives, mémos d'analyse, réflexions personnelles). Une fiche de collecte de données (annexe D) a émergé de manière évolutive et transversale au rythme de ces étapes organisées en trois phases d'activités présentées ici-bas.

4.2 Phase I : Rencontres du Comité MOB

Cette première phase a nécessité un seul dispositif de collecte: l'entretien de groupe.

4.2.1 Méthode de collecte utilisée: L'entretien de groupe

4.2.1.1 Définition, forces et limites

L'entretien de groupe vise à déterminer la réponse et l'attitude qu'un groupe (culturel, social ou idéologique) adopte en regard d'un concept donné. Les auteurs suggèrent généralement de la combiner à d'autres méthodes de collecte pour trianguler les données qualitatives et profiter pleinement de sa pertinence méthodologique. Dans un article de Baribeau et Germain (2010), les auteures soulèvent que « *Le plus souvent, on conjugue l'entretien de groupe aux entretiens individuels et/ou à l'observation participante* » (p.6).

Cette méthode de collecte a pour forces de faciliter l'accès à un grand nombre de sujets, de s'adapter à des contextes socioculturels particuliers, de produire avec efficacité des données empiriques, d'encourager l'expression des participants sur un sujet sensible, d'identifier rapidement les consensus et les désaccords. Ainsi, l'entretien de groupe sert aux recherches évaluatives orientées vers la prise de décision en vue d'éclairer des choix qui s'offrent, de résoudre des problèmes perçus, d'améliorer des situations ou dynamiques et pour faciliter des analyses de besoins (Baribeau et Germain, 2010).

Comme limites, on lui reconnaît qu'il peut parfois être difficile de suivre des discussions croisées, les participants s'influencent mutuellement, ce qui peut provoquer un consensus par effet boule de neige et l'expression peut être inégale chez les participants (mutisme vs monopolisation de la parole).

4.2.1.2 Justification de l'entretien de groupe comme méthode privilégiée

Comme le précisent Baribeau et Germain (2010), l'entretien de groupe est à envisager dans toutes démarches visant la résolution de problèmes ou l'amélioration d'une situation. Nous l'avons donc utilisé pour faire l'examen des enjeux de la prévention du VIH auprès des HARSAH montréalais avec l'intention de saisir le contexte contraignant ou favorable dans laquelle elle évolue. Son utilisation nous a permis de recueillir l'avis d'un grand nombre d'acteurs (parties prenantes), rapidement. Nos entretiens de groupe ont permis de réunir des experts diversifiés tant par leurs milieux de provenance, leurs idéologies, leurs expertises, leurs champs de pratique que leurs objectifs. De la sorte, nous avons évité un consensus par effet boule de neige et nous avons pu cibler de réels consensus et désaccords. Nous avons combiné cette méthode à des activités d'observation directe et participante pour bénéficier de sa pertinence méthodologique par processus de triangulation.

4.2.2 Déroutement de la phase I

Au total, 31 acteurs issus de 20 milieux et six secteurs de la prévention ont participé à au moins une des cinq rencontres du comité MOB. Ils étaient issus, par ordre d'importance, (1) du secteur communautaire : neuf participants en provenance de six organisations; (2) du secteur de la recherche : huit participants en provenance de cinq organisations; (3) du secteur médical : sept participants en provenance de quatre organisations; (4) du secteur de la santé publique : quatre participants en provenance de deux organisations; (5) du secteur CLSC/CSSS : deux participants en provenance d'une organisation du même lieu; (6) du secteur des médias : un participant en provenance d'une organisation. Ces acteurs occupaient diverses positions telles que directeur général, président de conseil d'administration, coordonnateur à l'intervention, professeur d'université, titulaire de chaire de recherche, professionnel de recherche, intervenant, bénévole, médecin, infirmier, travailleur social, sexologue, coordonnateur clinique, rédacteur en chef.

La directrice de recherche a eu pour tâche d'animer ces rencontres tandis que le chercheur principal avait la tâche de produire les traces écrites et les faire valider par les membres du comité. Entre mai et septembre 2012, cinq rencontres ont eu lieu (une rencontre de mise en contexte, quatre rencontres de travail). La rencontre de mise en contexte visait à sonder l'intérêt des membres à se pencher autour de la question de la prévention combinée. Quant aux quatre rencontres de travail, l'objectif général était de connaître l'opinion des parties prenantes quant aux éléments à considérer pour arriver à une offre de services intégrés et coordonnés en matière de prévention du VIH auprès des HRSH montréalais. Elles visaient spécifiquement à faire ressortir de manière semi-dirigée (1) les enjeux et défis actuels de la prévention du VIH auprès des HRSH montréalais, (2) les objectifs (de recherche et d'action) à poursuivre, (3) les résultats attendus dans l'éventualité de l'implantation d'une approche combinée. Chaque rencontre a été enregistrée et les données recueillies ont

été organisées sous forme de compte-rendu. Au début de chaque rencontre, ces données organisées ont été soumises aux membres du comité en vue d'être validées (adoptées) par les diverses parties prenantes et ainsi faciliter un processus de dialogue constant.

4.3 Phase II: Activités de repérage

Pour la phase II, trois méthodes de collectes de données différentes ont été utilisées : (1) l'observation directe, (2) l'entretien avec des informateurs clés, (3) la méthode du client simulé.

4.3.1 L'observation directe

4.3.1.1 Définition, forces et limites

L'observation directe nécessite que l'on enquête directement sur le terrain. C'est un exercice d'attention soutenue pour considérer un ensemble circonscrit de faits, d'objets et de pratiques et en tirer des constats permettant de mieux les connaître (Arborio et Fournier, 2010). L'observation directe peut être : à découvert (i.e. les enquêtés sont informés de l'étude en cours) ou clandestine (i.e. l'objectif scientifique de la présence terrain est volontairement caché) (Revillard, s.d.). Elle nécessite une production constante de traces écrites qui émergent d'une alternance entre des moments sur le terrain et des moments de réflexion et d'écriture portant sur les faits observés (Revillard, s.d.). On y utilise une grille d'observation au départ très large, permettant ainsi une attention à tous les aspects du terrain avant de recentrer graduellement l'attention sur des aspects particuliers observés. Or, elle se redéfinit constamment au fur et à mesure que le travail terrain s'opère (Arborio et Fournier, 2010).

L'observation directe permet l'examen profond d'un phénomène et la compréhension du contexte dans lequel il évolue (Gagnon, 2005). Elle a la force de saisir l'objet à l'étude dans ses dimensions de temps et d'espace tels qu'elles s'élaborent dans un milieu social donné (Latzko-Toth, 2009) et le potentiel de saisir le contexte contraignant dans lequel les faits et les pratiques se développent (Arborio et Fournier, 2010). Sa principale limite se trouve dans la difficulté à pouvoir prétendre d'une observation purement objective et totalement neutre.

4.3.1.2 Justification de l'observation directe comme méthode privilégiée

Puisque nous voulions saisir les diverses caractéristiques de l'accessibilité aux services de prévention du VIH pour les HRSH montréalais dans toute sa complexité, le choix de cette méthode a été évident puisqu'elle permet d'accorder autant d'attention au phénomène complexe à l'étude qu'à son contexte d'évolution. En outre, il est aussi apparu favorable d'utiliser une méthode pouvant permettre de faire bénéficier la présente recherche de l'expertise du chercheur principal dans le domaine étudié. L'utilisation du journal de bord a permis une bonification importante de la qualité et de la pertinence de l'analyse.

4.3.2 L'entretien avec des informateurs clés

4.3.2.1 Définition, forces, limites

L'entretien avec des informateurs clés est une méthode d'enquête terrain souvent utilisée en combinaison avec l'observation pour explorer davantage une situation particulière ou pour compléter et valider une information provenant d'autres sources. Les informateurs clés doivent s'avérer dignes de confiance et être bien placés pour connaître la situation du moment (Miles et Huberman, 2005). Dans le même sens, Revillard (s.d.) précise qu'il est incontournable de faire affaire avec des informateurs

qui sont des personnes bien intégrées dans le milieu étudié et qui vivent eux-mêmes le phénomène, la situation. Ces informateurs auront comme avantage de donner accès à des informations complémentaires auxquelles la seule utilisation d'une observation directe n'aurait pu suffire.

4.3.2.2 Justification de l'entretien avec des informateurs clés comme méthode privilégiée

Par l'utilisation de l'entretien avec des informateurs clés, il a été possible de valider les données, recueillies par l'entremise des dépliants et des sites Internet. Aussi, nous avons pu avoir accès à de l'information non accessible via ces outils de promotion et de diffusions d'informations.

4.3.3 La méthode du client simulé

4.3.3.1 Définition, forces, limites

La méthode du client simulé ou *Simulated client method* (SCM) est utilisée depuis plus de 40 ans dans le domaine de la santé et des services sociaux et vise principalement à enquêter sur les comportements professionnels par l'expérimentation des services dispensés (Madden *et al.*, 1997). Il s'agit d'une variante de l'observation directe (ou participante) et plus précisément d'une observation clandestine. C'est-à-dire que l'objectif scientifique de la présence terrain de chercheurs est volontairement dissimulé, ce qui limite les biais (Revillard, s.d.). Elle vise à qualifier l'expérimentation de ressources, de services et de comportements des professionnels de la santé (pharmaciens, travailleurs sociaux, physiciens, etc.) dans l'exercice de leur fonction (Madden *et al.*, 1997). Elle permet d'observer sans en obstruer le cours naturel, tant les pratiques que les comportements. Madden et ses collaborateurs (1997) ont passé en revue plus de 23 études utilisant la SCM. La méthode est simple, elle propose l'implication d'agents de recherche sélectionnés qui,

dans la peau d'usagers potentiels prennent contact avec les ressources et formulent une demande. Ces agents de recherche peuvent être de faux usagers potentiels, et aussi de réels usagers potentiels portant un véritable intérêt envers les services, sans réel besoin. Par contre, dans les deux cas, c'est une mise en situation fictive qui les guide dans leur travail d'enquêteurs en précisant le rôle simulé : *Qui est le client? Quelle est la situation? Quels sont ses besoins? Quelle est sa demande?* (Madden et al., 1997). Une fois cette mise en situation précisée sous forme de vignette, les agents contactent les ressources et simulent l'utilisateur et sa situation. Les usagers simulés sont ensuite tenus de reporter et décrire leur expérience.

La SCM naît essentiellement du besoin de capter davantage de vérité quant aux comportements des fournisseurs de soins. Elle y parvient en assurant dans sa mise en place une totale discrétion quant à la présence de chercheurs ou d'une quelconque recherche en cours pour ne pas influencer leurs comportements (Huntington et Schuler, 1993). Cette caractéristique de la SCM constitue un aspect problématique puisqu'elle empêche l'obtention d'un consentement éclairé des individus travaillant dans les ressources étudiées. Puisque l'obtention du consentement éclairé est inapproprié dans une telle démarche, des mécanismes doivent être mis en place pour réduire au maximum les risques et les préjudices.

4.3.3.2 Justification du choix de la SCM comme méthode privilégiée

La SCM est apparue nécessaire pour venir bonifier les données quant au caractère « spécifique aux HRSH ». Puisque la méthode est incognito et n'influence pas le cours naturel de l'expérience des services, elle permet l'accès aux données que d'autres méthodes dites à découvert ne peuvent permettre. Bien que certaines ressources puissent promouvoir leur ouverture aux réalités sexuelles, cela n'est pas nécessairement le cas quant à l'expérience vécue par l'utilisateur. L'expérience clandestine des services a permis une réponse davantage valide puisque centrée sur

l'expérience vécue de l'utilisateur potentiel qui pouvait commenter sur le niveau d'ouverture ressenti lors de son expérience. La SCM a permis de mieux qualifier l'expérience de ressources, de services et de comportements de fournisseurs de soins dans l'exercice de leur fonction.

4.3.4 Déroulement de la phase II

Pour mener à bien nos activités de collecte de données de la phase II, l'auteur du mémoire a eu le rôle de coordonnateur d'une équipe de quatre assistants de recherche membres de l'équipe de la Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé. Ils étaient tous étudiants au département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal (UQAM) dont trois étudiants aux cycles supérieurs et un étudiant au baccalauréat. Les membres de l'équipe de recherche, autant le chercheur principal que les quatre assistants, possédaient une expertise composée d'expériences de travail, d'études et de recherche sur divers sujets du domaine de la santé des HRSH. Ils possédaient une connaissance élevée des ressources offertes sur le territoire de Montréal et possédaient une expertise du domaine de la prévention du VIH.

a) Repérage des ressources et services

Le repérage des ressources et services s'est déroulé en juin 2012. Il s'est amorcé suite à la première rencontre du comité MOB. Les méthodes de collecte de données ont été l'observation directe et des entretiens avec des informateurs clés. Cette première sous-étape visait à ce que nous puissions avoir une vision périphérique de l'arsenal préventif offert à Montréal en termes de ressources de prévention du VIH. Nous voulions recenser toutes ressources et services du territoire montréalais qui dispensent des services s'inscrivant dans l'un des trois types d'interventions en prévention combinée (biomédical, comportemental, structurel) et auxquels pourrait avoir recours

au besoin un homme gai ou bisexuel au cours de sa trajectoire de vie, et ce, sans égard au caractère spécifique aux HRSH.

Dans un premier temps, l'auteur du mémoire a demandé aux assistants de produire une liste la plus exhaustive que possible des ressources montréalaises dont ils connaissaient l'existence et qui étaient selon eux susceptibles de dispenser des services de l'ordre d'un des trois types d'intervention qui composent la prévention combinée (biomédical, comportemental, structurel), et ce sans égard au caractère « spécifique aux HRSH ». En second lieu, ils devaient bonifier leur liste respective par l'entremise de recherche par mots-clés sur Internet. Ces quatre listes exhaustives ont été compilées pour n'en donner qu'une seule. Cette liste a été bonifiée par l'entremise de deux entretiens menés par le chercheur principal avec deux informateurs clés du secteur de la santé publique. Cette liste a été expédiée aux informateurs clés qui ont validé les données y étant contenues.

b) Repérage des offres spécifiques aux HRSH

Ici, nous visions à repérer les ressources chez qui un usager potentiel pourrait percevoir une expertise ou ouverture quant aux réalités des hommes gais et bisexuels. Il était primordial pour nous de recueillir cette information du point de vue de l'utilisateur. Nous avons donc utilisé la méthode du client simulé pour observer de manière clandestine les comportements des fournisseurs de soins rejoints lors d'un premier contact avec la ressource. Pour procéder, le chercheur principal a élaboré la consigne de client simulé, une mise en situation fictive qui a servi de guide aux agents de recherche dans leur travail d'enquêteurs. Voici la consigne de départ remise aux agents de recherche pour leur rôle d'utilisateur potentiel :

Consigne pour le rôle d'utilisateur potentiel simulé

Situation

Vous êtes un homme gai accordant une importance à votre santé globale. Natif d'une région plus au nord du Québec et nouvellement arrivé à Montréal, vous souhaitez avoir une idée des services qui pourraient s'offrir à vous en cas de besoins. Vos expériences avec les ressources de votre région n'ont pas toujours été positives quant à l'ouverture des professionnels que vous y avez rencontrés au sujet de votre homosexualité.

Besoin

Tenant compte de vos expériences passées, vous êtes davantage à l'aise d'avoir recours aux services spécifiquement adressés aux hommes gais et qui sont dispensés par des ressources de qui vous pouvez ressentir une certaine sensibilité/expertise/ouverture face aux réalités des hommes gais, réalité que vous vivez.

Tâche demandée

Vous souhaitez enquêter sur les ressources en vue de valider si elles correspondent ou non à votre unique critère qu'est la sensibilité/l'expertise/l'ouverture face aux réalités gaies.

Le chercheur principal a réuni trois assistants de recherche pour pouvoir les former quant à la marche à suivre. La liste exhaustive des ressources a été séparée en quatre, le chercheur principal ayant lui aussi recueilli des données. Chacun avait à rejoindre 34 ressources (11 ou 12 cliniques; 7 ou 8 CLSC; 4 ou 5 SIDEP; 5 ou 6 organismes communautaires; 5 ou 6 hôpitaux). Ils devaient entrer en contact avec les ressources par téléphone et ce, jusqu'à une limite de huit essais infructueux échelonnés sur une période maximale de quatre semaines. S'il n'y avait toujours pas de réponse, un essai de contact par courriel était tenté si possible. Il leur a aussi été demandé d'inscrire sur une fiche (voir annexe A, fiche d'observation par client simulé) le nom de la ressource, la date, l'heure de chaque essai de prise de contact, s'il y a eu réponse ou non, le nombre d'essais, etc. Cette fiche contenait aussi une section dédiée à l'écriture d'un court récit d'enquête (déroulement de l'observation, difficultés rencontrées, points positifs, caractéristiques du contact et de la relation enquêteur-enquêtés, etc.) ainsi qu'un espace laissé à leurs réflexions personnelles quant à l'expérience vécue.

Une fois cette tâche accomplie, le chercheur principal a rencontré chacun des trois agents pour recueillir des informations plus précises quant à leur expérience respective.

Les questions explorées lors de cette rencontre étaient : *En considération des ressources que vous avez pu rejoindre, vous êtes-vous senti écouté? Compris? Avez-vous senti une ouverture de la part des répondants? Sur quoi vous êtes-vous basé? Avez-vous pu reconnaître une expertise quant aux réalités gaies? Feriez-vous confiance à cette ressource pour répondre à vos besoins? Pourquoi? Pouvez-vous qualifier le comportement des personnes qui vous ont répondu?* (voir annexe B, Questionnaire semi-dirigé pour rencontre avec client simulé)

c) Repérage des services et description de l'offre

Les activités de cette troisième sous-étape se sont tenues de septembre 2012 à janvier 2013. Les méthodes de collecte de données utilisées ont été l'observation directe et l'entretien avec des informateurs clés. Ce volet avait pour but de recueillir les données nécessaires à l'analyse descriptive la plus exacte possible de l'offre de services à Montréal en matière de prévention du VIH chez les HRSH.

Pour débiter, nous avons pris une période de deux semaines pour recueillir tout le matériel informatif existant et accessible (brochures, articles de revues, outils informatifs, rapports d'activités, etc.). Par la suite, une première grille d'observation très large a été remise aux agents de recherche. Cette grille (voir annexe C, Fiche préliminaire de collecte de données pour observation directe) était composée de huit rubriques : *Qui ? Quoi ? Quand ? Où ? Comment ? Pourquoi ? Depuis quand ? Dans quelles conditions?* Dans un premier temps, les assistants ont passé en revue le matériel informatif recueilli pour chacune des organisations et à l'aide de cette fiche préliminaire de collecte de données, ils ont reclassé les informations contenues. Dans

un deuxième temps, pendant six semaines (mi-septembre à début novembre) les agents de recherche ont procédé aux activités d'observation directe sur les sites Internet des ressources. Une distribution équitable des tâches a été faite en répartissant les fiches de collecte déjà entamées. Les informations contenues sur ces sites Internet et n'ayant pas encore été recueillies ont été inscrites sur les fiches de collecte déjà amorcées.

Ces fiches bonifiées ont été remises au chercheur principal qui a pris deux semaines (deux premières de novembre 2012) nécessaires à reclasser les données recueillies, à standardiser graduellement les fiches de collecte de données émergentes et ainsi pouvoir mieux les comparer entre elles. Cette démarche a permis de bonifier petit à petit la fiche préliminaire de collecte de données et ainsi construire graduellement une fiche de collecte de données davantage complète composée d'une section plus générale concernant l'organisation et de sections supplémentaires pour chacun des services offerts (voire annexe D, Fiche de collecte de données pour observation directe).

Toujours par souci de standardisation, le chercheur principal est parti de cette nouvelle fiche de collecte et est retourné sur les sites Internet des ressources pour y recueillir les informations manquantes de sorte à avoir sensiblement les mêmes informations pour chacune des ressources et des services offerts. Cependant, cette démarche n'a pas suffi à compléter les fiches de toutes les ressources et le travail de standardisation est resté incomplet.

Nous avons complété ces fiches de collecte de données par l'entremise d'entretiens avec des informateurs clés provenant de ces différentes ressources. Il a fallu six semaines pour mener à terme ce travail de bonification et validation. Pour s'y faire, les fiches de collecte ont été acheminées tantôt au responsable d'organisation, tantôt au responsable des services. Ils avaient pour tâche d'en prendre connaissance et par la

suite par l'entremise d'entretiens (téléphone, face à face, courriel), ces fiches ont été bonifiées et validées. Ces informateurs clés, bien intégrés dans les milieux étudiés ont permis d'avoir recours à certaines informations auxquelles la simple observation directe ne permettait pas d'avoir accès. Ce travail de bonification et validation a permis de compléter la standardisation des fiches de collecte de données et ainsi permettre leur comparaison efficace.

En termes de considérations éthiques, il est primordial de noter que ces fiches de données (voir annexe D) ne comportaient que des renseignements portant sur la ressource, les services qu'elle offre et leur nature (horaire, disponibilité, promotion, etc.). Ainsi, aucune information ne portait sur les personnes offrant un service, ni sur leurs qualités personnelles et non plus sur leur rendement professionnel dans l'exécution de leur rôle. Ainsi aucune des personnes rejointes ou sollicitées dans le cadre de l'étude n'a encouru de risque, de perte ou quelconque autre préjudice.

4.4 Phase III : Essais des services

Cette phase III de collecte de données visait essentiellement à enrichir nos données existantes par l'entremise d'expériences réelles des ressources et services. Pour y parvenir, nous avons utilisé l'observation participante clandestine.

4.4.1 L'observation participante clandestine

4.4.1.1 Définition, forces et limites

Lorsque l'observateur endosse un rôle déjà existant dans la situation étudiée, il s'agit là d'une observation participante. Comme tout autre démarche d'enquête terrain, elle nécessite la production constante de traces écrites sous forme de journaux de bord, de compte rendu ou de récit d'enquête par exemple (Arborio et Fournier, 2010). Tout

comme pour l'observation directe, il peut s'agir d'observation participante « à découvert » ou « clandestine » (Revillard, s.d.). Tandis que l'observation participante « à découvert » est transparente et déclarée, l'observation participante clandestine elle, est une méthode permettant d'observer sans que l'organisation ou le groupe infiltré ne soit prévenu et n'aie à donner son accord (Revillard, s.d.). Elle peut donc être utilisée comme méthode d'enquête souterraine, réalisée sans consentement et sans dévoilement de l'intention réelle du chercheur (Abercrombie, Hill et Turner, 2000 *dans* Soulé, 2010). Ce type d'observation implique un chercheur totalement immergé dans son terrain d'étude qui permet de profiter de plusieurs forces: avoir un accès privilégié à des informations inaccessibles au moyen d'autres méthodes empiriques, saisir toutes les subtilités du terrain à l'étude, vivre la réalité des sujets observés et pouvoir comprendre certains mécanismes difficilement décriptables pour quiconque demeure en situation d'extériorité (Deslauriers, 1991; Soulé, 2010).

Tout comme l'observation directe, la principale limite de l'observation participante se trouve dans la difficulté à pouvoir prétendre d'une observation purement objective et totalement neutre. Bourdieu (2003) précise que pour contourner cette limite, le chercheur principal ne doit pas réduire son objectivation de l'objet qu'à la seule analyse de l'expérience vécue, mais doit proposer une analyse de l'expérience vécue qui mobilise l'ensemble des connaissances liée à ce milieu qu'il a déjà acquises par des moyens sociologiques. La principale difficulté du compte-rendu consiste à trouver un juste dosage entre empirie et théorie (Revillard, s.d.). En ce sens, il faut savoir éviter les deux écueils, c'est-à-dire : éviter de tenir un propos uniquement théorique par l'illustration de théories préalables par des données décontextualisées et à l'inverse, il faut savoir éviter de restituer des données brutes en laissant tout le travail au lecteur de tirer ses propres conclusions (Revillard, s.d.).

4.4.1.2 Justification de l'observation participante comme méthode privilégiée

La méthode d'observation participante clandestine soulève l'enjeu de l'absence d'un consentement éclairé, mais nécessite cette absence en vue de ne pas influencer les comportements et les attitudes des personnes qui sont contactées ou sollicitées pour permettre aux enquêteurs d'avoir accès à un service dans son contexte naturel. Dans le même ordre d'idées, il est important de rappeler que le modèle d'accès aux services de santé que proposent Lévesque, Harris et Russel (2013) accorde une place importante à l'utilisateur potentiel et à ses compétences. Ainsi, l'équipe de recherche a jugé pertinent de bonifier les données déjà recueillies par l'expérience réelle des ressources et services du point de vue de l'utilisateur potentiel. La collecte par observation participante a permis de saisir de l'intérieur, l'expérience que vit un homme gai ayant recours à des services de prévention du VIH. Cette méthode a été utilisée en vue de mieux comprendre certaines subtilités de l'accès aux services de santé.

4.4.2 Déroulement de la phase III

Les activités d'observation participante clandestine se sont échelonnées sur une période de douze mois, (janvier 2013 à janvier 2014). Pour mener ces observations, l'équipe de recherche a profité du vécu et des connaissances du chercheur principal et d'un des agents de recherche qui se définissent tous deux comme hommes gais séronégatifs utilisant les services de prévention du VIH montréalais. Nous avons considéré *a priori* que ces deux enquêteurs étaient dotés des cinq capacités nécessaires à un accès optimal telles que proposées par Lévesque, Harris et Russel (2013) soit les capacités : (1) de percevoir, (2) de recourir, (3) d'atteindre, (4) de payer, (5) de bénéficier.

Pour la période de douze mois mentionnée, il leur a été demandé de ne rien changer à leur routine de santé habituelle respective. Nous voulions ainsi porter nos observations clandestines sur des ressources et services fréquentés dans leur parcours naturel de vie en tant qu'homme gai séronégatif doté de pleines capacités pour accéder aux services de santé de prévention du VIH sur Montréal. Or, lorsqu'un besoin de santé était ressenti et que ce besoin pouvait être répondu par l'un des services recensés, il leur a été demandé de fournir un compte-rendu d'observation participante clandestine (voir annexe E, compte-rendu d'observation participante clandestine) comportant trois sections : (1) données factuelles, (2) récit d'enquête, (3) argumentation sociologique.

La première section visait à inscrire toutes données factuelles, type de données d'observation purement objectives, (ressources/services observés, motifs de la visite, précision du besoin de santé, etc.). La deuxième section, quant à elle, visait aussi à recueillir des données les plus objectives que possible sous forme de récit d'enquête (déroulement de l'observation, difficultés rencontrées, forces de la ressource/service, etc.). Une troisième et dernière section était proposée sous forme d'argumentaire sociologique (mémos d'analyses, évaluation de la portée et des limites de la stratégie d'enquête, degré d'ouverture ressentie face à la réalité vécue, autres réflexions personnelles, etc.). Nous avons ainsi mobilisé et mis à profit l'ensemble des connaissances de ces deux enquêteurs liés à l'histoire de la prévention du VIH et aux milieux étudiés. Cette manière de procéder a permis de contourner les limites de l'observation participante et du compte-rendu abordées précédemment.

4.5 L'analyse des données

Les méthodes d'analyse de données qualitatives sont plus souvent qu'autrement des méthodes dites inductives. L'induction est définie par Blais et Martineau (2006,

p. 4-5) : « *comme un type de raisonnement qui consiste à passer du spécifique vers le général; cela signifie qu'à partir de faits rapportés ou observés le chercheur aboutit à une idée par généralisation et non par vérification à partir d'un cadre théorique préétabli* ».

Nous avons utilisé deux méthodes différentes pour analyser nos données : (1) par analyse de contenu, souscrivant à la foulée des travaux de Bardin (2001), (2) par analyse classique de matériel d'observation, adoptant la vision de Arborio et Fournier (2010). Ces deux méthodes se rejoignent dans leur processus inductif caractérisé par un mouvement de va-et-vient entre données brutes et analyses.

Dans la présente section, nous précisons la (ou les) méthode utilisée pour analyser les données brutes recueillies lors de chacune des trois phases de collecte en expliquant le fonctionnement. De la sorte, nous ferons ressortir pour chacune des trois phases de collecte un premier niveau d'analyse qui fût très inductif.

Une fois passé en revue ce premier niveau d'analyse, nous expliquerons comment le matériel jusque là obtenu a été retravaillé en le soumettant à un processus de triangulation le portant ainsi vers un deuxième niveau d'analyse (section 4.5.5) cette fois réalisé avec un regard pré déterminé ayant permis de déconstruire et reconstruire les données et ainsi leur inférer de nouvelles interprétations totalisantes. Au final, il sera possible de constater ce qui a permis de formuler des *jugements crédibles*.

4.5.1 Niveau d'analyse 1: Présentation des deux méthodes d'analyse privilégiées

4.5.1.1 L'analyse de contenu

Selon Bardin (1977), l'analyse de contenu vise, par des techniques d'analyse de contenu de communication, la formulation d'indicateurs qualitatifs qui permettent

l'inférence de connaissances (Bardin, 1977). Nous avons préconisé l'analyse de contenu puisqu'elle permet de questionner un objet dont on a une idée générale préalable et de bénéficier d'une approche inductive pour développer une connaissance approfondie de cet objet, connaissance qui émerge d'un exercice de catégorisation ayant permis de fonder une lecture à la fois originale et objective du contenu de communication étudié (Robert et Bouillaguet, 1997).

Le but de l'analyse de contenu est de vérifier des jugements intuitifs en présentant une deuxième lecture d'un message. Cette seconde lecture propose une interprétation construite plutôt qu'une interprétation intuitive. D'ailleurs, la principale limite de cette méthode est le risque encouru de procéder à une analyse qui reste floue ou arbitraire. Dans le sens des travaux de Bardin, l'analyse de contenu est une méthode comportant 4 étapes : (1) l'organisation de l'analyse, (2) le codage, (3) la catégorisation et (4) l'inférence. Elles seront expliquées à la section 4.5.2.

4.5.1.2 L'analyse classique de matériel d'observation

Cette méthode dite *classique* se rapproche de l'analyse de contenu. Elle permet elle aussi d'analyser de grand contenu. Cependant, la raison qui nous a incités à considérer cette méthode d'analyse est qu'elle est aussi favorable lors de l'analyse de données plus courtes et descriptives, lors de la production de listes par exemple. Pour Arborio et Fournier (2010), dans le cadre d'observations directes, l'analyse commence dès que le chercheur-observateur intègre le terrain pour la première fois. En effet, une compréhension sommaire commence à se manifester dès ce premier contact terrain et continue d'émerger d'observation en observation. Il s'agit là de premières impressions que l'on pourrait appeler analyses partielles (Arborio et Fournier, 2010). Il s'agit de rendre explicites ces analyses partielles par une démarche systématique pour produire de nouvelles impressions, cette fois plus construites, appelées : *interprétations totalisantes*. Il s'agit donc encore ici d'une démarche

totalemment inductive où se solidifient les résultats dans un mouvement de va-et-vient entre données et analyses. Selon Arborio et Fournier (2010), l'analyse classique de matériel d'observation comporte 4 étapes (1) systématisation des données d'observation; (2) classement exhaustif des matériaux; (3) comparaison, codage et catégorisation; (4) production d'interprétations totalisantes. Elles seront décrites à la section 4.5.3.

4.5.2 Premier niveau d'analyse des données issues des rencontres du Comité MOB : Description du processus

Ici, les données ont été soumises aux 4 étapes de l'analyse de contenu selon Bardin (1977).

(1) L'organisation de l'analyse

Cette étape nécessite une sélection de documents (textuels, visuels, sonores) qui peuvent provenir de nombreuses sources, comme par exemple des transcriptions d'entretiens, de discours ou de conversations (Bardin, 1977). Pour Bardin, *a priori*, toute parole orale ou écrite peut être soumise à l'analyse de contenu et ce, qu'elle soit spontanée ou suscitée. Lors des cinq rencontres du comité MOB, le contenu des notes terrain et du matériel audio recueilli a été synthétisé, retranscrit et envoyé par courriel aux membres du comité pour fin de validation. Ces retranscriptions validées ont été soumises aux autres étapes de l'analyse de contenu

(2) Le codage

Le codage est une étape de transformation du matériel recueilli pour pouvoir mettre en relief son contenu. Il s'agit d'une tâche de découpage du contenu étudié en unité caractéristique (mot, thème, idée, objet ou référent, etc.) appelé *code*. Or, notre tâche fût de relire attentivement les documents validés afin de procéder au découpage et à la création de codes. Des idées ont été circonscrites et synthétisées sous forme de

tableaux spécifiant : 1) enjeux et défis, 2) objectifs d'actions et objectifs de recherche, 3) résultats attendus. Nous avons relevé 63 enjeux/défis auxquels ont été associés 70 objectifs (actions ou recherche) et 29 résultats attendus.

(3) La catégorisation

La catégorisation est une opération qui vise à fournir une représentation conceptualisée des données brutes. Elle est l'étape d'élaboration d'une grille de catégorie et de sa mise en application. Une catégorie est l'association de plusieurs codes réunis sous un titre général et ayant un caractère commun et que le chercheur considère être les éléments distinctifs du message (Bardin, 1977). Pour cette troisième étape, nous avons regroupé nos données brutes par thématiques proches ou semblables pour laisser émerger de premiers indices quant aux indicateurs de l'accès. Les données ont été regroupées en 11 catégories thématiques, divisées en 23 sous-thématiques (voir annexe F, Tableau synthèse des rencontres du comité MOB). Ce tableau synthèse a été envoyé par courriel aux membres du comité MOB pour une nouvelle validation.

(4) L'inférence

L'inférence est le processus de base de l'analyse de contenu. Il s'agit d'une opération logique et critique de traitement de résultats fondée sur la *déduction interprétative contrôlée* (Bardin, 1977) qui consiste à rendre explicite une information qui n'est au départ qu'évoquée. En ce sens, le chercheur infère aux données brutes qui ont été organisées, codées et catégorisées une interprétation qui les rendent significatives et valides. Le chercheur a aussi pour tâche de mettre en relief ses résultats de diverses manières (pourcentages, tableaux de résultats, figures et autres modèles, etc.). Pour ce qui est de ce travail d'inférence, nous y reviendrons une fois que les données des autres phases auront elles aussi été soumises à un premier niveau d'analyse.

4.5.3 Premier niveau d'analyse des données issues de la phase de repérage : Description du processus

La phase de repérage des activités de collecte de données (phase II) a été constituée de trois sous-étapes : (1) repérage des ressources, (2) repérage des ressources spécifiques aux HRSH, (3) repérage des services spécifiques aux HRSH et description objective de l'offre. Pour ce qui est de ces activités de repérage, les quatre étapes de l'analyse classique de matériel d'observation (Arborio et Fournier, 2010) ont été appliquées. D'abord, ces quatre étapes seront expliquées. Par la suite, tour à tour, chacune des sous-étapes de repérage sera abordée pour expliquer le processus du premier niveau d'analyse des données.

(1) Systématisation des données d'observation

Il faut d'abord une période de découverte intuitive et de familiarisation avec le terrain d'études et les données brutes émergentes. On vise la construction d'une grille d'observation émergente qui prend forme et s'adapte graduellement. L'utilisation de cette grille sert à cibler les intérêts de l'observateur. Cet exercice de systématisation des données se prolonge au-delà des seules observations terrain par un travail parallèle de classement exhaustif des matériaux recueillis.

(2) Classement exhaustif des matériaux

Il s'agit d'un premier classement par nature des données (notes descriptives, commentaires à chaud, impressions terrains, etc.). Ce classement nécessite du temps, après chaque observation, dans la relecture des notes terrain pour diviser les notes descriptives des notes d'analyses et ce, de manière systématique. Cette étape est parallèle à la première et permet la construction de grille d'observation émergente.

(3) Comparaison, codage et catégorisation

Les données de terrain sont comparées entre elles. Cette étape nécessite une nouvelle lecture des données en vue de procéder, tout comme dans l'analyse de contenu, à un processus de découpage en unité caractéristique et de classement par catégorie thématique visant à mettre en relief les données. On peut aussi comparer les analyses avec celles faites par d'autres chercheurs sur d'autres terrains ou thèmes similaires.

(4) Production d'interprétations totalisantes

Même si jusqu'à maintenant les données codées et catégorisées font état du total d'informations recueillies sur l'objet d'investigation, il reste que leurs interprétations totalisantes ne viennent qu'après avoir passé des étapes d'analyse et de compréhension fine. Ces interprétations totalisantes ne peuvent qu'émerger en croisement avec d'autres matériaux.

4.5.3.1 Premier niveau d'analyse des données du repérage des ressources en prévention du VIH

À chaque fois qu'un agent de recherche terminait ses observations, il remettait sa liste exhaustive des ressources montréalaises en prévention du VIH au chercheur principal qui compilait les ressources répertoriées. Il a regroupé ces premières données en quatre catégories correspondant aux types de ressources (CLSC, Hôpitaux, organismes communautaires, cliniques médicales). Il a fait parvenir cette liste à deux informateurs clés de la DSP pour fin de bonification et de validation, ce qui a donné lieu à une liste exhaustive finale des ressources montréalaises composant l'arsenal préventif. Pour ce qui est de la quatrième étape qui vise la production d'interprétations totalisantes, nous y reviendrons dans la section portant sur la triangulation (4.5.5).

4.5.3.2 Premier niveau d'analyse des données du repérage des ressources spécifiques HRSH

Les données recueillies lors du repérage des ressources spécifiques aux HRSH ont été analysées. Deux sources de données principales contenaient les données à être analysées : les fiches d'observation par client simulé (voir annexe A) et le matériel recueilli lors des entretiens tenus entre le chercheur principal et chacun des agents de recherche suite à leur expérience. À chaque fois qu'une ressource a été rejointe, qu'un entretien a été mené ou lorsque la période allouée à l'observation a été écoulée, les données ont été triées systématiquement par le chercheur principal dans un tableau de compilation. Ce tableau comprenait des données factuelles (dates des essais de contacts, moyens utilisés, nombre d'essais) et des données qualitatives. Ces dernières ont été catégorisées par unités thématiques retravaillées au gré des nouvelles données. Encore ici, l'étape des interprétations totalisantes a été rendue possible lors d'un deuxième niveau d'analyse qui sera abordé dans la section portant sur la triangulation (4.5.5).

De cette manière, nous avons pu qualifier l'expérimentation d'un premier contact avec les ressources, qualifier les comportements des professionnels de la santé, cibler les ressources chez qui, en tant qu'utilisateur potentiel simulé on peut ressentir une certaine sensibilité/expertise/ouverture face aux réalités des hommes gais, et ainsi, nous avons pu organiser les données recueillies de sorte à déterminer l'offre de services montréalais en termes de spécificité aux HRSH. Le résultat de cette démarche a réduit l'échantillon sous étude. Les ressources pour lesquelles le jugement était défavorable en regard du critère d'ouverture ressentie face aux réalités gaies ont été exclues pour la suite.

4.5.3.3 Premier niveau d'analyse des données issues du repérage des services HRSH et description objective de l'offre.

Pour ce qui est du repérage des services HRSH et description objective de l'offre, nous avons une seule source de données, soit la grille d'observation directe. Nous avons démarré selon une consigne très large et notre grille a été bonifiée progressivement pour donner lieu à une fiche de collecte de données permettant de centrer les intérêts de recherche (voir annexe D).

La démarche a été sensiblement la même que pour l'étape précédente (sous-étape 2). Au fur et à mesure que les fiches de collectes de données ont été complétées et validées par les informateurs clés, le chercheur principal a trié et divisé systématiquement les données, séparant notes descriptives et notes d'analyse. Nous avons complété et validé les fiches de collecte de données pour les 20 ressources spécifiques aux HRSH recensées. Nous visions à repérer les services dispensés que nous avons catégorisés par type de services. Ceux-ci seront précisés à la section résultat.

Notre travail ne s'est pas arrêté là puisque nous visions aussi à faire la description des services recensés. Or, le chercheur principal a systématisé les données descriptives de chacun des services à chaque fois que les fiches de collecte de données ont été complétées et validées par les informateurs clés. Notre fiche de collecte de données finale est un résultat en soi et sera présenté au Chapitre V. Toutes les données recueillies ont été compilées sous formes de tableaux synthèse permettant d'avoir une vue d'ensemble pour chacun des éléments observés avec l'aide de la fiche de collecte de données pour observation directe.

4.5.4 Premier niveau d'analyse des données issues de la phase d'essai des services : Description du processus

Pour la phase d'essai des services (phase III), nous avons une seule source de données à compiler soit : les compte-rendu d'observation participante clandestine (voir annexe E) comportant trois sections (données factuelles, récit d'enquête, argumentation sociologique). L'analyse de contenu a été préconisée comme méthode d'analyse.

Le chercheur principal a recueilli et analysé le contenu des compte-rendu d'observation participante clandestine. Les données descriptives et factuelles ont été codées et catégorisées de sorte à faire ressortir : Ressources/services observés, motifs de la visite, précision du besoin de santé, processus de recherche de services, justification du choix de la ressource/service, processus de prise de rendez-vous, temps d'attente, coûts directs/indirects, mode de paiement utilisée, déroulement de la prise de contact, date/heure de la visite, nombre de visite, adresse de la ressource, titre du/des professionnels rencontrés. Quant aux données recueillies sous forme de *récit d'enquête*, elles ont été codées et catégorisées de sorte à mettre en lumière : le déroulement de l'observation, les difficultés rencontrées, les forces de la ressource/service, les caractéristiques des lieux, les caractéristiques de la relation enquêteur-enquêtés (utilisateurs - fournisseurs). Les données des *argumentaires sociologiques* ont été catégorisées ainsi : mémos d'analyses, portée et limites de la stratégie d'enquête, degré d'ouverture ressentie face à la réalité vécue, niveau de qualité du service reçu, réponse au besoin de santé, autres réflexions personnelles. Encore ici, le travail d'inférence s'est fait dans un deuxième temps soit lors du processus de triangulation de nos données, abordé à la section suivante.

4.5.5 Niveau d'analyse 2 : Des processus de triangulation pour renforcer les inférences et interprétations

Ce deuxième niveau d'analyse correspond à l'étape d'inférences, quatrième étape de l'analyse de contenu (Bardin, 1977) et de production d'interprétations totalisantes, quatrième étape de l'analyse classique de matériel d'observation (Arborio et Fournier, 2010). Le deuxième niveau d'analyse consiste donc en un processus de déconstruction et reconstruction des données inductives ayant émergées du premier niveau d'analyse et vise la réorganisation des données de sorte à faire émerger des significations nouvelles.

La triangulation s'est développée au cours des décennies 60-70 et est depuis largement utilisée pour assurer la rigueur scientifique d'une recherche et augmenter la validité des résultats (Yeasmin et Rahman, 2012). En sciences sociales, la triangulation consiste en la superposition et combinaison de deux ou plusieurs perspectives théoriques, sources de données, méthodes ou enquêteurs et ce, dans l'étude d'un même phénomène (Yeasmin et Rahman, 2012). Denzin (1978) propose une distinction classique de quatre types de triangulation que voici: (1) *la triangulation méthodologique*; utilisation de plus d'une méthode de recherche ou de plus d'une méthode de collecte des données, (2) *la triangulation des enquêteurs*; recours aux points de vue de plus d'un observateur pour collecter les données et/ou pour les interpréter, (3) *la triangulation des données* (ou des sources de données); récupérer des données issues d'un certain nombre de différentes sources en vue de former un seul corps de données, (4) *la triangulation théorique* (ou conceptuelle); utilisation de plus d'une perspective théorique pour l'analyse et l'interprétation des données. Plus d'un type de triangulation peuvent être utilisés dans une même étude (Yeasmin et Rahman, 2012) tel que le propose la démarche actuelle.

4.5.5.1 L'imbrication de quatre types de triangulation dans la présente étude

La rigueur de la démarche et la validité interne des résultats ont été assurées par l'imbrication des quatre types de triangulation abordés. La figure 4.2 illustre que la démarche a impliqué le travail de six assistants de recherche, l'utilisation de cinq méthodes de collectes de données différentes et de cinq sources de données. Ces trois premiers types de triangulation (enquêteurs, méthodologique, sources de données) ont servi à la production du matériel inductif. De là, l'essentiel du travail consistait à soumettre ce matériel à un deuxième niveau d'analyse de sorte à en faire émerger une signification nouvelle.

		MÉTHODES						
		Ethno graphie	Entretien de groupe	Obs. directe Entretien Inf. clés (1)	Méthode Client simulé	Obs. directe Entretien Inf. clés (2)	Obs. Particip. clandestine	
CADRE CONCEPTUEL ET CADRE D'ANALYSE Accès au soin de santé (Lévesque) Jugement crédible (Hurteau)	5 SOURCES DE DONNÉES	Synth. rencontres comité MOB	6 enquêteurs (Transversal)	2 enquêteurs				
	Liste ress. Mtl. Prév. VIH	6 enquêteurs (Transversal)		5 enquêteurs				
	Fiche o. par client simulé	6 enquêteurs (Transversal)			4 enquêteurs			
	Grille o. descriptive offres HRSH	6 enquêteurs (Transversal)		5 enquêteurs		1 enquêteur		
	C-rendu o. participante clandestine	6 enquêteurs (Transversal)						2 enquêteurs

CADRE CONCEPTUEL ET CADRE D'ANALYSE
 Accès au soin de santé (Lévesque)
 Jugement crédible (Hurteau)

Figure 4.2 Imbrication de quatre types de triangulation dans le cadre de la recherche

4.5.5.2 Premier niveau de triangulation appuyé sur le *modèle d'accès aux services et soins de santé* proposé par Lévesque, Harris et Russel (2013)

Les méthodes et sources de données se sont avérées pertinentes à divers niveaux dans la production de résultats concernant l'une ou l'autre des cinq dimensions (l'approchabilité, l'acceptabilité, la disponibilité, l'abordabilité, l'adéquation) proposées dans le *modèle d'accès aux services et soins de santé* (Lévesque, Harris et Russel, 2013), d'où la pertinence de leur triangulation. Le tableau 4.1 illustre le niveau de pertinence respectif à chacune des méthodes et sources de données en considération des dimensions étudiées.

Tableau 4.1 Pertinence des sources et méthodes dans la production de résultats liés aux cinq dimensions

	MÉTHODE Entretien de groupe SOURCE Synth. rencontres comité MOB	MÉTHODE O. directe Ent. Inf. clés (1) SOURCE Liste ress. Mtl. Prév. VIH	MÉTHODE Client simulé SOURCE Fiche o. par client simulé	MÉTHODE O. directe Ent. Inf. clés (2) SOURCE Grille o. descriptive offres HRSH	MÉTHODE O Participante clandestine SOURCE C-rendu o. participante clandestine
Approchabilité	+	+++		+++	
Acceptabilité	++		+++	+++	+++
Disponibilité		+	++	+++	++
Abordabilité				+++	++
Adéquation	+++		+++	+	+++

Illustrons la démarche par un exemple où ont été triangulées les données issues de deux sources (synthèse des rencontres du comité MOB, grille d'observation descriptive des offres), recueillies par cinq enquêteurs et utilisant deux méthodes de

collecte (entretien de groupe, observation directe) pour donner forme à un premier indicateur de l'accessibilité.

Comme point de départ, les données issues du tableau synthèse des rencontres du comité MOB ont d'abord été classées sous la dimension de l'accès à laquelle elles s'apparentaient le plus. Par exemple, la donnée suivante a été classée sous la dimension *accessibilité*.

Rendre les services visibles par l'utilisation de multiples canaux de diffusion

- Promouvoir et améliorer la visibilité des ressources, services et acteurs par les biais de multiples canaux (Internet, journaux, réseaux sociaux, tournée des écoles);

Utiliser les technologies pour promouvoir les services et diffuser de l'information

- Intégrer les médias sociaux et les applications de téléphones intelligents à la prévention dans le contexte actuel;
- Concevoir et mettre en place une application Iphone ou Android pour les hommes gais à Montréal où on pourrait y retrouver tous les services disponibles, les modalités d'accès, les messages de prévention clairs, les coordonnées, etc., et en assurer la mise à jour rigoureuse et constante.

C'est de manière graduelle que tout le matériel inductif a été reclassé de la sorte. Ainsi, à la donnée exposée dans l'exemple ci-haut se sont ajoutées des données issues d'autres sources. Par exemple, à partir de grilles d'observation descriptive objective des offres spécifiques aux HRSR, des enquêteurs témoignent de difficultés rencontrées lors de leur visite sur les sites Internet des ressources:

- « à chaque fois que j'ai tenté d'accéder au site Internet : impossible, on indique que le site est sous construction »
- « Le site a été conçu pour les tablettes et certains navigateurs, c'était illisible »
- « Il y avait un nombre élevé de pages, de sections et de sous-sections. ça rendait parfois les informations difficiles à cibler »

Issues de la même source où ont été recueillies des données concernant la promotion des services, de nouvelles données se sont ajoutées au regroupement émergent :

- « *site de l'organisation, Page facebook, bannières sur des sites de rencontres, distribution de dépliant dans les saunas et dans les bars* »
- « *Panneau publicitaire géant, participation à une émission de télé populaire, page FB (3600 abonnés), site Internet* »

Regroupant les données de la sorte, des catégories et sous-catégories se sont construites. Par ce premier niveau de triangulation, ces catégories et sous-catégories se sont affinées petit à petit pour laisser émerger et se préciser sous forme d'indicateurs et de critères sous-jacents, qui seront présentés au chapitre V (résultats). Pour étoffer la présentation des résultats nous avons soumis nos données à un deuxième niveau de triangulation.

4.5.5.3 Deuxième niveau de triangulation appuyé sur le cadre *d'évaluation de programme axé sur le jugement crédible* (Hurteau, Houle et Guillemette, 2013)

Voici les grandes lignes de la démarche quant à la mise en application de l'évaluation axée sur le jugement crédible comme vu au chapitre III (cadre conceptuel). Les rencontres du Comité MOB ont permis la mise en place des conditions nécessaires à la crédibilisation de jugement en permettant un dialogue avec les parties prenantes. Notons toute l'importance accordée par l'équipe de recherche à faire preuve d'ouverture et de transparence dans la restitution des données ainsi que le souci permanent du chercheur principal, à produire des analyses rigoureuses.

Les trois étapes de production d'un jugement crédible ont été appliquées. Pour la première étape un objet d'évaluation a été établi (*l'accès aux services de prévention du VIH spécifiques aux HRSH montréalais*) et ses composantes à évaluer ont été précisées (cinq dimensions de l'accès : l'approchabilité, l'acceptabilité, la

disponibilité, l'abordabilité, l'adéquation). La deuxième étape était de laisser émerger et se développer nos critères d'évaluation que nous avons nommés : indicateurs et critères sous-jacents. Le deuxième niveau de triangulation à constituer à analyser données de sorte à développer pour chaque indicateur et critère sous-jacent des motifs d'évaluation justes permettant de tirer des conclusions sous forme de jugements crédibles par l'attribution de seuils de réussite. L'exercice de production de jugements crédibles consistait aussi à justifier les raisons pour lesquelles on a accordé des seuils faible, moyen ou élevé à un secteur ou à un autre compte tenu de nos observations sur chaque indicateur et critères sous-jacent. Bien entendu, ces jugements crédibles représentent les inférences et interprétations totalisantes qui constituent la dernière étape d'analyse des données.

Il est important de noter qu'étant donné la complexité de la méthodologie appliquée, la façon dont ont été produits les *seuils de réussite* diffère d'un indicateur à un autre. Ainsi, au Chapitre V (résultats) une section a été ajoutée en introduction des indicateurs étudiés pour permettre une meilleure compréhension de l'application de la méthode d'analyse et des résultats obtenus.

CHAPITRE V

RÉSULTATS

Dans cette section, l'échantillon à l'étude et la fiche de collecte de données émergente (annexe D), qui constitue un résultat en soi, sont d'abord abordés. Par la suite, les résultats obtenus sont présentés en fonction des cinq dimensions de l'accès aux services de santé (Lévesque, Harris et Russel, 2013) de sorte à produire des jugements crédibles portant sur l'accès aux services.

5.1 Échantillon à l'étude : Ressources et services recensés

À l'issue de la sous-étape de *repérage des services en prévention du VIH*, un total de 136 ressources a été recensées et qui, sans s'adresser spécifiquement aux HRSH, étaient susceptibles de dispenser des services auxquels pourraient avoir recours au besoin un homme gai ou bisexuel montréalais au cours de sa trajectoire de vie. Parmi celles-ci se trouvaient : 46 cliniques médicales; 31 CLSC dans 12 CSSS; 23 organismes communautaires; 23 hôpitaux dont 3 URHESS; et 13 SIDEPS. Au cours de la sous-étape de *repérage des offres spécifiques aux HRSH*, nous avons utilisée la SCM pour repérer de manière incognito les ressources chez qui un usager potentiel pourrait percevoir une expertise en termes de réponse aux besoins spécifiques des HRSH ou une sensibilité quant à leurs réalités. L'échantillon a connu une large réduction et est passé à 20 ressources (voir tableau 5.1). Aucun SIDEPS ni aucun hôpital n'a été retenu à l'issue de cette deuxième sous-étape puisque les clients

simulés n'ont pas pu repérer d'ouverture ou d'expertise précises aux réalités HRSH. Ce fait sera abordé plus en profondeur au Chapitre VI (discussion).

Tableau 5.1 Repérage des services (Réduction de l'échantillon de la sous-étape 1 à la sous-étape 2)

	Sous-étape 1 Repérage des ressources en prévention du VIH	Sous-étape 2 Repérage des offres spécifiques aux HRSH
Cliniques médicales	46	4
CLSC (CSSS)	31 (12)	5 (4)
Organismes communautaires	23	11
Hôpitaux (URHESS)	23 (3)	0
SIDEP	13	0
TOTAL	136	20

La troisième sous-étape (repérage des services et description objective de l'offre) a permis le recensement des services offerts par les 20 ressources retenues à l'étape précédente. L'offre de services déjà existants à Montréal en matière de prévention du VIH auprès des HRSH est constituée de 91 services ayant le potentiel d'être combinés (voir tableau 5.2) : 43 interventions de type biomédical (dépistage du VIH, dépistage des ITSS, traitements des ITSS, PPE, PrEP); 27 interventions de type comportemental (éducation, counseling individuel ou de couple, intervention de groupe, promotion de comportements sécuritaire, distribution de matériel préventif); 21 interventions de type structurel (promotion des droits, campagne de marketing social, campagne/activité de sensibilisation, drop-in/milieu de vie, offre de formation). Le tableau 5.2 indique de manière objective la composition de l'offre de services spécifiques aux HRSH montréalais en regard des trois secteurs d'activités retenus à la deuxième sous-étape.

Tableau 5.2 Composition de l'offre de services en prévention du VIH spécifique aux HRSH montréalais par secteur d'activités

Sous-étape 2 Repérage des ressources spécifiques HRSH	Sous-étape 3 Repérage des services spécifiques HRSH et description objective de l'offre
4 cliniques médicales	<u>27 services</u> 21 biomédicaux 5 comportementaux 1 structurel
5 CLSC/4 CSSS	<u>18 services</u> 15 biomédicaux 2 comportementaux 1 structurel
11 organismes communautaires	<u>46 services</u> 7 biomédicaux 20 comportementaux 19 structurels
TOTAL	
20 ressources	<u>91 services</u> 43 biomédicaux 27 comportementaux 21 structurels

5.2 Indicateurs et critères sous-jacents qui composent l'accès aux soins

La fiche de collecte de données émergente (annexe D) constitue un résultat en soi. La version finale de cette fiche est composée de huit grands éléments divisés en 30 sous-éléments ayant tous été observés (voir tableau 5.3).

Tableau 5.3 Éléments contenus dans la fiche finale de collecte de données pour observation directe

1. Qui?	2. Offre quoi?	3. Pourquoi?	4. À qui?
1.1 Volume d'intervenants 1.2 Type d'intervenants 1.3 Domaine d'études 1.4 Expertise, spécialisation 1.5 Formations continus	2.1 Définition du service 2.2 Approches préconisées 2.3 Techniques ou types d'intervention préconisée 2.4 Valeurs préconisées 2.5 Moyens pour dispenser le service 2.6 Moyens pour promouvoir le service	3.1 But et objectifs visés par le service 3.2 Mission de l'organisme 3.3 En réponse à quels besoins 3.4 (Bénéfices que pourrait retirer l'utilisateur)	4.1 Population visée 4.2 Critère d'admissibilité 4.3 Langue d'usage
5. Quand?	6. Où?	7. Dans quelles conditions?	8. Avec qui?
5.1 Jours d'ouverture 5.2 Heures d'ouverture 5.3 Depuis quand ce service est-il offert	6.1 Adresse physique de la ressource 6.2 Territoire géographique desservi par le service	7.1 Coût associés et modalités de paiement 7.2 Horaire et Modalités de prise de rendez-vous 7.3 Mécanismes en place pour préserver l'anonymat	8.1 Partenariats et autres collaborations 8.2 Référencement 8.3 Activités sur des tables de concertation 8.4 Engagement des populations affectées

C'est en majeure partie autour des observations recueillies à partir de cette fiche qu'a émergé notre liste d'indicateurs et critères sous-jacents qui composent l'accès aux soins et ce pour chacune des cinq dimensions. Au final, cette liste est composée de 19 indicateurs et 63 critères sous-jacents (voir annexe G).

5.3 Caractéristiques de l'offre de services : Formulation de jugements crédibles portant sur les cinq dimensions de l'accès aux services et aux soins et leurs indicateurs

Dans la présente section, les résultats obtenus sont présentés en fonction des cinq dimensions de l'accès aux services de santé (Lévesque, Harris et Russel, 2013) de sorte à produire des jugements crédibles portant sur les cinq dimensions et leurs indicateurs.

Pour chaque dimension, les indicateurs émergents et leurs critères sous-jacents (s'il y a lieu) sont d'abord présentés. Ensuite, les données obtenues à l'évaluation de chaque indicateur sont mises en relief de sorte à pouvoir les comparer entre elles et établir un rang des performances allant du secteur (communautaire, clinique médicale, CLSC/CSSS) le plus méritoire à celui le moins méritoire. Le même exercice a été fait pour chacun des critères sous-jacents. Toutefois, en ce qui concerne ces critères, les détails de l'évaluation pour l'attribution des seuils de réussite et la formulation des jugements crédibles se trouvent en annexe du présent mémoire (voir annexe I). Parallèlement à cette démarche, des jugements crédibles émergents sont présentés en conclusion de chaque indicateur en vue de caractériser l'offre de services. Pour chaque dimension, une synthèse est produite utilisant le même procédé en regard de la dimension dans sa globalité.

Afin de pouvoir constater et comparer les performances des secteurs, un système de pointage a été mis en place et a été appliqué tout au long de la démarche. Lors de l'évaluation de chaque critère sous-jacent, des *seuils de réussite comparatifs* et des points associés ont été attribués aux secteurs selon leur niveau de performance: *seuil faible* = 1 point; *seuil moyen* = 2 points; *seuil élevé* = 3 points. Pour certains critères sous-jacents, des *seuils absolus* ont été distribués lorsque la performance face à ceux-ci a été jugée complètement atteinte (*seuil absolu/élevé* = 3 points) ou lorsque la

performance a été jugée complètement non-atteinte (*seuil absolu/nul = 0 point*). Les points attribués ont ensuite été organisés dans un tableau de compilation de sorte à établir le score total obtenu et établir des *seuils de réussite comparatifs globaux* en regard de l'indicateur dans sa globalité et ainsi de suite pour chaque dimension. Au final, afin de discuter les résultats, ce même exercice a été réalisé pour l'accès dans sa globalité au Chapitre VI (discussion).

5.3.1 Première dimension à l'étude: L'approchabilité

La présente section porte sur le caractère approchable des ressources et services. Cinq indicateurs (et 29 critères sous-jacents) ont émergé: (1) L'utilisation des technologies de communication comme moyen de promotion et de diffusion d'informations; (2) la prise de contact téléphonique et réponse à une demande d'informations générales; (3) la diversité des efforts de promotion et de diffusion d'informations (autres que les technologies de communication); (4) l'intensité et la pertinence des activités de promotion en dehors des zones reconnues comme étant fortement fréquentées par la population gaie; (5) la pertinence des thèmes utilisés pour promouvoir les services préventifs.

5.3.1.1 Indicateur de l'approchabilité no 1: Utilisation des technologies de communication (Site Internet, médias sociaux, application cellulaires) comme moyen de promotion et de diffusion d'informations

En regard de cet indicateur, six critères sous-jacents ont aussi émergés: (a) l'existence ou non d'un site Internet au nom de la ressource; (b) la possibilité et la facilité de navigation; (c) l'intensité de la promotion des offres de services spécifiquement destinées aux HRSH; (d) l'utilisation de médias sociaux comme moyen de promotion de la ressource/services et portée prétendue; (e) la promotion via des sites de rencontres/réseaux de socialisation pour hommes gais; (f) l'existence d'application cellulaire à l'effigie de la ressource ou de l'un de ses services.

Conclusion de l'indicateur de l'accessibilité no 1

De justesse, le secteur communautaire est celui qui utilise le plus efficacement et intensément les technologies de communication comme moyen de promotion et de diffusion d'informations.

Pour chacun des six critères sous-jacents, les seuils de réussite et pointages obtenus ont été compilés au tableau 5.4 pour l'attribution des seuils de réussite comparatifs pour l'indicateur dans sa globalité. Voici les faits saillants pour cet indicateur de l'accessibilité no 1.

Le secteur communautaire passe de justesse au premier rang avec une fiche de 16 points attribués pour un total de 2 seuils absolus (6 pts); 2 seuils élevés (6 points); 2 seuils moyens (4 pts); et aucun seuil faible. Il se démarque positivement des autres secteurs en étant celui où la proportion des ressources qui possèdent un site Internet *plutôt facile* de navigation (55%) est la plus élevée. C'est aussi dans le communautaire que la proportion des services spécifiquement destinés aux HRSH promus via les sites Internet est la plus forte (70% des 46 services). De toutes les ressources sous étude, une seule se démarque par l'existence d'une application cellulaire à son effigie, il s'agit d'une ressource communautaire. Or, là aussi ce secteur se distingue positivement.

Le secteur médical le seconde de près avec une fiche de 13 points : 1 seuil absolu (3 pts); 2 seuils élevés (6 points); 2 seuils moyens (4 pts). Il se démarque, entre autres, par une forte proportion de 75% des ressources (n=3) utilisant les sites de rencontres pour hommes (*gay411.com, bear411.com, manhunt.com, easygaychat.com*) ou réseaux de socialisation (*Grindr, Scruff, Hornets, Tinder*) comme moyen de promotion. De surcroît, le secteur médical apparaît plus actif sur les médias sociaux que les deux autres secteurs. Il se démarque par une plus forte portée moyenne prétendue de ses actions sur les médias sociaux.

Le secteur des CLSC/CSSS se retrouve dernier en lice avec une fiche totalisant 6 points: 1 seuil absolu (3 pts) et 3 seuils faibles (3 pts). Notamment, sa performance est jugée plus faible en raison de sites Internet composés d'innombrables sections qui rendent l'information pertinente difficile à identifier. Ces difficultés de navigation se répercutent sur l'accessibilité des offres de services spécifiques aux HRSH, où là aussi le secteur performe plus faiblement. Également, il se démarque négativement par une absence totale d'utilisation des sites de rencontre ou réseaux de socialisation entre hommes comme vecteur de promotion.

Au final, il est possible d'attribuer les seuils de réussite comparatifs globaux suivants: Secteur communautaire, seuil de réussite élevé; secteur médical, seuil de réussite moyen; secteur CLSC/CSSS, seuil de réussite faible.

Tableau 5.4 Attribution des seuils de réussites : Indicateur de l’approchabilité no 1 - L’utilisation des technologies de communication (Site Internet, médias sociaux, application cellulaires) comme moyen de promotion et de diffusion d’informations

	Secteur Communautaire		Secteur Médical		Secteur CLSC/CSSS	
	Seuil	Pts	Seuil	Pts	Seuil	Pts
a. L’existence ou non d’un site Internet au nom de la ressource,	élevé absolu	3	élevé absolu	3	élevé absolu	3
b. La possibilité et la facilité de navigation	élevé	3	moyen	2	faible	1
c. L’intensité de la promotion des offres de services spécifiquement destinées aux HRSH	élevé	3	moyen	2	faible	1
d. L’utilisation de médias sociaux comme moyen de promotion de la ressource/services et portée prétendue	moyen	2	élevé	3	faible	1
e. La promotion via des sites de rencontres/réseaux de socialisation pour hommes gais	moyen	2	élevé	3	nul	-
f. L’existence d’application cellulaire à l’effigie de la ressource ou de l’un de ses services.	élevé absolu	3	nul absolu	-	nul absolu	-
SCORE TOTAL	16 points		13 points		6 points	
SEUILS DE RÉUSSITE COMPARATIFS GLOBAUX	ÉLEVÉ	3 pts	MOYEN	2 pts	FAIBLE	1 pt

5.3.1.2 Indicateur d’approchabilité no 2 : Prise de contact téléphonique et réponse à une demande d’informations générale

L’échantillon sur lequel repose les résultats entourant l’indicateur de l’approchabilité no 2 est plus grand que pour les autres indicateurs. En effet, l’échantillon est ici composé de toutes les ressources recensées à la sous-étape 1 (repérage des services en prévention du VIH) de la phase II (voir figure 4.1 design de recherche). Les présents

résultats portent sur 23 organismes communautaires, 46 cliniques médicales et 31 CLSC. Pour tenter de rejoindre ces ressources, le numéro de téléphone identifié pour les demandes d'informations générales a été privilégié. De cette démarche ont émergés trois critères sous-jacents : (a) la possibilité d'établir un contact téléphonique; (b) la rapidité à établir un premier contact avec une personne pouvant répondre à la demande; (c) la qualité de la prise de contact initiale et de la réponse à la demande.

Conclusion de l'indicateur de l'approchabilité no 2

Les trois secteurs sont plus ou moins approchables par contact téléphonique et présentent des difficultés diverses à répondre aux demandes d'informations.

Pour chacun des trois critères sous-jacents les seuils de réussite et pointages obtenus sont compilés au tableau 5.5 pour l'attribution des seuils de réussite comparatifs pour l'indicateur dans sa globalité. Voici les faits saillants entourant l'indicateur de l'approchabilité no 2.

Le seuil comparatif global élevé, n'a pas été attribué pour cet indicateur puisqu'aucun des secteurs ne ressort comme méritoire. Le secteur communautaire et le secteur médical arrivent ex-aequo et obtiennent tous deux un seuil de réussite comparatif global moyen.

Le secteur communautaire présente une fiche de 7 points (1 seuil élevé, 2 seuils moyens). Il est le seul secteur où pour la totalité des ressources, il a été possible d'établir un contact avec une personne en mesure de répondre à la demande et ce, lors de l'une des trois premières tentatives. Pour 86% (n=19) des organismes, des personnes ressources ont pu être rejointes à la première tentative, 9% (n=2) à la deuxième et 5% (n=1) à la troisième. Il se démarque également pour la qualité de la

prise de contact initiale et de la réponse obtenue à la demande initiale qui a été jugée moins problématique que pour les autres secteurs.

Avec une fiche de 7 points également (2 seuils élevés, 1 seuil faible), le secteur médical se démarque quant à lui par la rapidité à établir un premier contact avec une personne ressource pouvant répondre à la demande. Pour 87% (n=39) des ressources du secteur médical, un contact avec une personne ressource a été établi dès une première tentative et pour 13% (n=6) à la deuxième. Plus négativement, il se démarque par une moindre qualité des réponses aux demandes d'informations. Les contacts téléphoniques avec les ressources de ce secteur sont caractérisés par de nombreuses expériences de mises en attente (n=10) jugées trop longues, ce qui a fortement contribué à un affaiblissement de sa performance.

Le secteur des CLSC/CSSS obtient le seuil comparatif global faible avec une fiche de 4 points (1 moyen, 2 faibles). Il se démarque négativement par des tentatives de prise de contact difficiles. D'ailleurs, plus de 29% (n=9) des ressources ont été impossibles à rejoindre. Les transferts d'appel problématiques (multiples transferts, transfert vers des numéros de fax, des postes téléphoniques invalides ou des personnes non-concernées, multiples transferts, etc.) constituent le problème principal rencontré (n=6).

Tableau 5.5 Attribution des seuils de réussites : Indicateur de l'approchabilité no 2 -
Prise de contact téléphonique et réponse à une demande d'informations générale

Critères sous-jacents	Secteur Communautaire		Secteur Médical		Secteur CLSC/CSSS	
	seuil	pts	seuil	pts	seuil	pts
1. Possibilité d'établir un contact téléphonique;	moyen	2	élevé	3	faible	1
2. Rapidité à établir un premier contact tél. avec personne ressource	moyen	2	élevé	3	faible	1
3. Qualité de la prise de contact initiale et de la réponse obtenue	élevé	3	faible	1	moyen	2
SCORE TOTAL	7 points		7 points		4 points	
SEUILS DE RÉUSSITE COMPARATIFS GLOBAUX	MOYEN (ex-aequo)	2 pts	MOYEN (ex-aequo)	2 pts	FAIBLE	1 pt

5.3.1.3 Indicateur de l'approchabilité no 3 : Diversité des efforts de promotion et de diffusion d'informations (autres que les technologies de communication)

Pour ce qui est de l'indicateur no 3 de l'approchabilité (diversité des efforts de promotion et de diffusion d'informations), sept critères sous-jacents ont émergé. Ces critères correspondent à des endroits ou des canaux de promotion et de diffusion autres que ceux abordés dans les sections précédentes : (a) promotion ou distribution d'articles promotionnels dans le milieu scolaire; (b) placements promotionnels dans les médias écrits traditionnels (revue, journaux); (c) promotion par l'entremise de présentoirs ou de distributrices; (d) promotion dans les espaces publicitaires de lieux publics ou de socialisation; (e) promotion par l'entremise de panneaux publicitaires géants; (f) placements publicitaires/promotionnels à la télévision ou à la radio; (g) promotion de proximité lors d'événements spéciaux ou de grands événements. La méthode utilisée pour procéder à leur évaluation a été la même pour ces sept critères. Pour chacun des sept endroits/canaux, une proportion a été établie sous forme de pourcentage des ressources par secteur qui utilisent ces moyens de

promotion/diffusion d'informations. Plus ce pourcentage s'est avéré élevé, plus le secteur a été jugé méritoire.

Conclusion de l'indicateur de l'accessibilité no 3

Le secteur des CLSC/CSSS accuse un manque flagrant d'efforts de promotion et de diffusion d'informations tandis que les secteurs médical et communautaire proposent une grande diversité.

Pour chacun des sept critères sous-jacents, les seuils de réussite et pointages obtenus sont compilés au tableau 5.6 pour l'attribution des seuils de réussite comparatifs pour l'indicateur dans sa globalité. Voici les faits saillants pour l'indicateur de l'accessibilité no 3.

C'est le secteur médical qui s'en sort avec le seuil de réussite comparatif global élevé avec une fiche de 16 points (4 élevés, 2 moyens, 1 absolu-nul). La plus grande force de ce secteur est assurément l'espace qu'il occupe sur la place des médias grands publics. Les quatre seuils de réussite comparatifs élevés qu'il obtient sont attribués pour les efforts considérables de trois cliniques, en particulier deux d'entre elles, pour leur présence dans les médias grand publics (placements promotionnels dans les médias écrits traditionnels, dans les espaces publicitaires de lieux publics, sur des panneaux publicitaires géants, à la télévision, etc.). Ce secteur est donc susceptible de rejoindre une plus forte proportion de la population générale et HRSH. Cependant, les apparitions grands médias de l'une de ces deux cliniques ne concernent jamais spécifiquement la santé des HRSH.

Le secteur communautaire arrive second, avec 2 points d'écart. Il obtient le seuil de réussite comparatif global moyen avec une fiche de 13 points (3 élevés, 2 moyens, 2 absolus-nul). Ce secteur se démarque par ses efforts promotionnels dans les milieux scolaires. Tandis qu'aucun des deux autres secteurs n'est actif sur ce terrain, c'est

36% (n=4) des ressources communautaires qui y sont actives dont toutes les ressources spécifiques aux plus jeunes. Que ce soit par des kiosques d'informations dans les écoles ou des ateliers proposés à la communauté scolaire (jeunes, professeurs, intervenants), ces ressources se démarquent par leur rareté. Une autre performance notable du secteur communautaire est certainement l'aptitude de 82% des organismes (n=9) à promouvoir autant leurs ressources que leurs services par l'entremise de promotion de proximité (kiosque d'infos sur rue passante; présence dans les lieux de sexualité sur place, les grands événements, les parcs, les festivals, etc.). De plus, tout comme le secteur médical, le communautaire se démarque par sa forte proportion des ressources, soit 76% (n=8) fortement actives dans les médias écrits traditionnels.

Le secteur CLSC/CSSS obtient le plus faible score global avec une fiche de 3 points (0 élevé, 0 moyen, 3 faible, 4 absolu-nul). Néanmoins, quatre ressources différentes font des efforts. Cinq efforts de promotion ou diffusion d'informations ont été répertoriés pour ce secteur. Il s'agit de promotion dans les médias écrits traditionnels (60%, n=3) ou de promotion de proximité (40%, n=2). La force principale de ce secteur est la distribution (par secteur géographique desservie) d'un bottin de ses services, cependant, sous aucune mention de services spécifiques aux hommes gais.

Tableau 5.6 Attribution des seuils de réussite : Indicateur de l'approchabilité no 3 de l'approchabilité - Diversité des efforts de promotion et de diffusion d'informations

Critères sous-jacents	Secteur Communautaire (N=11)			Secteur Médical (N=4)			Secteur CLSC/CSSS (N=5)		
	% (n)	Seuil	Pts	% (n)	Seuil	Pts	% (n)	Seuil	Pts
a) Promotion ou distribution d'articles promotionnels dans les milieux scolaires	36% (n=4)	élevé	3	-	nul	0	-	nul	0
b) Placements promotionnels dans les médias écrits traditionnels (revue, journaux)	73% (n=8)	moyen	2	75% (n=3)	élevé	3	60% (n=3)	faible	1
c) Promotion par l'entremise de présentoirs ou de distributrices	73% (n=8)	élevé	3	50% (n=2)	moyen	2	-	nul	0
d) Promotion dans les espaces publicitaires de lieux publics ou de socialisation	46% (n=5)	moyen	2	50% (n=2)	élevé	3	20% (n=1)	faible	1
e) Promotion par l'entremise de panneaux publicitaires géants	-	nul	0	25% (n=1)	élevé	3	-	nul	0
f) Placements publicitaires/promotionnels à la télévision ou à la radio	-	nul	0	50% (n=2)	élevé	3	-	nul	0
g) Promotion de proximité lors d'événements spéciaux/grands événements	82% (n=9)	élevé	3	25% (n=1)	moyen	2	20% (n=1)	faible	1
SCORE TOTAL	13 points			16 points			3 points		
SEUILS DE RÉUSSITE COMPARATIFS GLOBAUX	MOYEN 2 pts			ÉLEVÉ 3 pts			FAIBLE 1 pt		

5.3.1.4 Indicateur de l'approchabilité no 4: Intensité et pertinence des activités de promotion en dehors des zones reconnues comme étant fortement fréquentées par la population gaie

Pour ce qui est de l'indicateur de l'approchabilité no 4: Intensité et pertinence des activités de promotion en dehors des zones reconnues comme étant fortement fréquentées par la population gaie, deux critères sous-jacents ont émergé: (a)

l'existence de promotion en dehors des zones délimitées par le village gai et en dehors des milieux socio-culturels gais traditionnels, (b) *la pertinence* des activités de promotion en dehors des zones délimitées par le village gai en dehors des milieux socio-culturels gais traditionnels.

Conclusion de l'indicateur de l'approchabilité no 4

Bien que tous les secteurs fassent preuve d'efforts de promotion et de diffusion d'informations vers une population générale, le secteur communautaire est jugé plus méritoire en regard de la pertinence de ses efforts.

Les seuils de réussite et pointages attribués à l'évaluation des deux critères sous-jacents de cet indicateur ont été compilés (voir tableau 5.7) de sorte à faire émerger un constat pour cet indicateur dans sa globalité. Voici les faits saillants.

Pour les trois secteurs, des efforts de promotion en dehors des zones délimitées par le Village gai et en dehors des milieux socioculturels gais traditionnels ont été répertoriés. Ainsi, en regard du premier critère sous-jacent, un seuil de réussite absolu-élevé a été attribué. C'est plutôt par la pertinence de ces dits-efforts que les performances des secteurs ont pu se distinguer. De la sorte, le secteur communautaire obtient le seuil de réussite comparatif global élevé. Il passe de justesse au premier rang avec une fiche de 6 points (1 absolu-élevé et 1 élevé). C'est par les efforts de promotion et de diffusion d'informations qu'il fait au sein des établissements scolaires qu'il se démarque comme secteur le plus méritoire. Le secondant de près avec une fiche de 5 points (1 seuil absolu-élevé, 1 seuil moyen) arrive le secteur médical. Il obtient le seuil moyen. Le secteur des CLSC/CSSS performe plus faiblement avec une fiche totalisant 4 points (1 seuil absolu-élevé, 1 faible). Peu d'autres faits saillants ressortent de l'évaluation de ce quatrième indicateur de l'approchabilité.

Tableau 5.7 Attribution des seuils de réussite : Indicateur de l'accessibilité no 4 - L'intensité et la pertinence des activités de promotion en dehors des zones reconnues comme étant fortement fréquentés par la population gaie

Critères sous-jacents	Secteur Communautaire (N=11)		Secteur Médical (N=4)		Secteur CLSC/CSSS (N=5)	
	Seuils	Pts	Seuils	Pts	Seuils	Pts
a) Existence de promotion en dehors des zones délimitées par le Village gai et en dehors des milieux socio-culturels gais traditionnels	absolu	3	absolu	3	absolu	3
b) pertinence des activités de promotion en dehors des zones délimitées par le Village gai ET en dehors des milieux socio-culturels gais traditionnels.	élevé	3	moyen	2	faible	1
SCORE TOTAL	6 points		5 points		4 points	
SEUILS COMPARATIFS GLOBAUX	ÉLEVÉ	3 pts	MOYEN	2	FAIBLE	1

5.3.1.5 Indicateur de l'accessibilité no 5: La pertinence des thèmes utilisés pour promouvoir les services préventifs

C'est uniquement sur le contenu des sites Internet observés que porte l'évaluation de cet indicateur. Pour ce qui est de l'indicateur no 5 de l'accessibilité, nous avons basé notre évaluation sur les priorités en termes de types de messages à diffuser. Onze thématiques de messages préventifs ou informatifs que devraient rendre accessibles les ressources en vue de promouvoir la prévention du VIH ont pu être listées. Chacune des 11 thématiques constitue un critère sous-jacent. Les résultats obtenus ont été compilés dans un tableau (voir tableau 5.8) ayant permis d'établir sous forme de pourcentage, la proportion des organisations par secteur qui en faisaient spécifiquement la diffusion. Ce pourcentage est l'indicateur de la pertinence des thèmes utilisés pour promouvoir les services préventifs ou diffuser de l'information sur la santé. Plus ce pourcentage s'est avéré élevé, plus le secteur a été jugé méritoire.

Conclusion de l'indicateur de l'accessibilité no 5

Les messages promus et diffusés par les secteurs communautaire et médical abordent avec justesse des thématiques jugées largement plus pertinentes que celles des messages promus par le secteur CLSC/CSSS.

Les seuils de réussite et pointages attribués à l'évaluation des 11 critères sous-jacents composant cet indicateur ont été compilés (voir tableau 5.8) de sorte à faire émerger un constat pour cet indicateur dans sa globalité. Voici les faits saillants ressortis de l'évaluation de ce critère no 5 de l'accessibilité.

C'est avec un score total de 27 points (5 élevés, 6 moyens) que le secteur communautaire se hisse au premier rang et obtient le seuil de réussite comparatif global élevé. Il est le seul des trois secteurs à mettre d'avant plan des messages visant la réduction de l'homophobie et la diminution de la discrimination envers toutes les orientations autres qu'hétérosexuelles. Qui plus est, les ressources de ce secteur dédiées aux plus jeunes se démarquent en ce qui a trait à la diffusion de ce type de message. Le secteur communautaire est aussi le seul des secteurs à inclure la notion de sexualité plaisir à même les messages informatifs et préventifs qu'ils livrent et il est très fort sur ce point. De manière générale, les outils promotionnels (les campagnes de marketing social, cartes de visite, pamphlet, etc.) diffusées par les ressources de ce secteur traitent de cet aspect. Il est aussi le secteur faisant le meilleur travail quant aux messages visant à réduire la sérophobie ainsi que le clivage entre séropositifs et séronégatifs.

Très près du secteur le plus méritoire, le secteur médical arrive deuxième avec un score de 25 points (6 élevés, 2 moyens, 3 faibles). Il obtient le seuil réussite comparatif global moyen. Il est le secteur ayant obtenu le plus de seuils élevés et se démarque notamment en regard de la diffusion de messages visant à revamper

l'image de la prévention du VIH par la promotion de son efficacité. C'est aussi à travers les sites Internet des ressources du secteur médical que les informations les plus justes et claires portant sur le VIH et portant sur les ITSS sont véhiculées. C'est le cas autant en termes de moyens efficaces pour se protéger qu'en termes de symptômes.

Le secteur CLSC/CSSS arrive troisième avec une fiche de 0 point (11 nuls-absolu). En effet, puisque qu'aucun des types de message prioritaires n'a été répertorié sur les sites Internet des ressources de ce secteur, il enregistre une performance nulle en regard des 11 critères sous-jacents. Il se démarque négativement par ce fait. Au moment de la collecte de données, le secteur CLSC/CSSS est devenu le seul des secteurs à obtenir un seuil de réussite comparatif global nul.

Tableau 5.8 Attribution des seuils de réussite : indicateur de l'accessibilité no 5 - La pertinence des thèmes utilisés pour promouvoir les services préventifs

Critères sous-jacents (types de messages)	Secteur Communautaire (N=11)			Secteur Médical (N=4)			Secteur CLSC/CSSS (N=5)		
	%	Seuil	Pts	%	Seuil	Pts	%	Seuil	Pts
1. Visant la réduction du clivage entre séropositifs et séronégatifs	45%	élevé	3	25%	moyen	2	-	nul	0
2. Visant la réduction de la sérophobie	45%	élevé	3	25%	moyen	2	-	nul	0
3. Visant la réduction de l'homophobie	72%	élevé	3	0%	faible	1	-	nul	0
4. Visant la diminution discrim. envers tout orientations	55%	élevé	3	0%	faible	1	-	nul	0
5. Visant à promouvoir l'efficacité des activités de prévention	27%	moyen	2	75%	élevé	3	-	nul	0
6. Préventifs incluant la notion de « sexualité plaisir »	45%	élevé	3	0%	faible	1	-	nul	0
7. Informatifs concernant les symptômes du VIH	36%	moyen	2	50%	élevé	3	-	nul	0
8. Informatifs concernant les Symptômes des différentes ITSS	45%	moyen	2	50%	élevé	3	-	nul	0
9. Modes de protection possibles contre le VIH	45%	moyen	2	50%	élevé	3	-	nul	0
10. Modes de protection possibles contre les différentes ITSS	45%	moyen	2	50%	élevé	3	-	nul	0
11. Sur divers aspects de la notion de risque (p.ex.pratiques, lieux)	36%	moyen	2	50%	élevé	3	-	nul	0
SCORE TOTAL	27 points			25 points			0 point		
SEUILS DE RÉUSSITE COMPARATIF GLOBAUX	ÉLEVÉ 3 pts			MOYEN 2 pts			NUL 0 pt		

Conclusion de la première dimension de l'accès : l'accessibilité

Les offres de services des secteurs communautaire et médical caractérisées par des ressources et services nettement plus accessibles que ceux des CLSC/CSSS.

Les seuils de réussite comparatifs globaux et pointages attribués à l'évaluation des cinq indicateurs de cette première dimension de l'acceptabilité ont été compilés (voir tableau 5.9) de sorte à faire émerger un jugement pour la dimension de l'approchabilité dans sa globalité. À Montréal, c'est l'offre de services du secteur communautaire qui est la plus approchable pour les HRSH avec une fiche de 13 points (3 seuils de réussite comparatifs globaux élevés et 2 moyens). Le secteur médical s'inscrit comme second avec une fiche de 11 points (1 élevé, 4 moyens). Le secteur CLSC/CSSS quant à lui s'avère de loin le secteur le plus difficilement approchable avec une fiche de 5 points (5 seuils faibles).

Tableau 5.9 Score total et attribution des seuils de réussite comparatif globaux pour la première dimension de l'accès : L'approchabilité

Indicateurs de l'approchabilité	Secteur Communautaire		Secteur Médical		Secteur CLSC/CSSS	
	Seuils	Pts	Seuils	Pts	Seuils	Pts
5.1.1 L'utilisation des technologies comme moyen de promotion et de diffusion d'informations	ÉLEVÉ	3	MOYEN	2	FAIBLE	1
5.1.2 Prise de contact téléphonique et réponse à une demande d'informations générale	MOYEN Ex-aequo	2	MOYEN Ex-aequo	2	FAIBLE	1
5.1.3 Diversité des efforts de promotion et de diffusion d'informations	MOYEN	2	ÉLEVÉ	3	FAIBLE	1
5.1.4 Intensité et pertinence des activités de promotion en dehors des zones reconnues comme étant fortement fréquentées par la population gaie.	ÉLEVÉ	3	MOYEN	2	FAIBLE	1
5.1.5 La pertinence des thèmes utilisés pour promouvoir les services préventifs	ÉLEVÉ	3	MOYEN	2	FAIBLE	1
SCORE TOTAL ET SEUIL DE RÉUSSITE GLOBAL	ÉLEVÉ	13	MOYEN	11	FAIBLE	5

5.3.2 Deuxième dimension à l'étude: L'acceptabilité

Le caractère acceptable des ressources et services constitue la deuxième composante à l'étude. Trois indicateurs (12 critères sous-jacents) ont émergé pour l'évaluation de cette dimension: (1) le caractère anonyme et confidentiel des ressources et des

services, (2) les caractéristiques des populations ciblées par les ressources et leurs services, (3) l'intensité de la promotion des valeurs à caractère acceptable pour une majorité.

5.3.2.1 Indicateur de l'acceptabilité no 1 : Caractère anonyme et confidentiel des ressources et des services

Pour évaluer l'indicateur de l'acceptabilité no 1, quatre critères sous-jacents se sont précisés: (a) l'emplacement de la ressource dans un territoire géographique favorisant l'anonymat et/ou la confidentialité; (b) l'anonymat et/ou la confidentialité ou non du lieu physique de la ressource; (c) la possibilité de préserver l'anonymat et/ou confidentialité des usagers une fois sur place; (d) les moyens déployés pour dispenser les services et pouvant faciliter l'anonymat et/ou la confidentialité de l'utilisateur.

Conclusion de l'indicateur de l'acceptabilité no 1

Le secteur médical jugé moins méritoire en regard du caractère anonyme et confidentiel des ressources et services.

Les seuils de réussite et pointages attribués à l'évaluation des quatre critères sous-jacents de cet indicateur no 1 de l'acceptabilité ont été compilés (voir tableau 5.10) de sorte à faire émerger un constat pour cet indicateur dans sa globalité. Voici les faits saillants.

Le secteur communautaire et le secteur CLSC/CSSS arrivent ex-aequo avec des fiches semblables. Il est difficile de juger du poids d'un indicateur face à un autre, ce qui ne permet pas de distinction dans les performances de ces deux secteurs. Or, ils se voient tous deux attribuer le seuil de réussite comparatif global élevé.

Le secteur communautaire présente une fiche de 9 points (2 élevés, 1 moyen et 1 faible). Ce secteur se démarque par un niveau plus élevé d'anonymat et de

confidentialité pour l'utilisateur une fois sur place à l'intérieur d'une ressource. Dans aucun cas, l'utilisateur n'aura à attendre dans une salle d'attente bondée. Par exemple, les horaires d'une ressource de dépistage communautaire sont constitués de sorte à ce que jamais plus de deux usagers ne se trouvent en même temps dans la salle d'attente. Par ailleurs, le secteur communautaire se démarque aussi par la mise en place de moyens à large portée d'actions et qui permettent l'anonymat et la confidentialité des usagers. Par exemple, les services de dépistage de ce secteur ne nécessitent en aucun cas la carte d'assurances maladie. Aussi, six organismes permettent l'accès à un intervenant pour recevoir un service d'écoute, de référence et d'informations par téléphone. Cinq offrent ce même service mais via des espaces de rencontres web, des forums de discussion, des réseaux sociaux ou des plateformes en différé où des intervenants et autres experts répondent aux questions des usagers. Ce type de service assure plus d'anonymat et de confidentialité.

Présentant une fiche semblable que le secteur communautaire, le secteur CLSC/CSSS obtient aussi une fiche de 9 points (2 élevés, 1 moyen et 1 faible). Ce secteur se démarque par le fait que ses ressources ne sont pas centralisées à l'intérieur des limites géographiques reconnues comme étant le Village gai et couvrent donc plus adéquatement le territoire montréalais en termes d'anonymat. Ce secteur se démarque également par l'anonymat des lieux physiques des ressources. Malgré le fait que tous les CLSC soient facilement identifiables de l'extérieur, certaines caractéristiques permettent l'atteinte d'un niveau d'anonymat et de confidentialité jugé acceptable: de nombreux services de santé et services sociaux y sont administrés en un même lieu; ils sont offerts à la population générale donc à un éventail diversifié de sous-population; et abordent des problématiques sociales et de santé de diverses natures. De la sorte, la nature et l'objet d'une visite peuvent demeurer confidentiels et l'utilisateur peut quant à lui préserver son anonymat.

Avec une fiche de 6 points (1 moyen, 3 faibles), le secteur médical arrive au rang le plus bas avec une réussite globale jugée plus faible. Il se démarque par des difficultés de préservation de l'anonymat une fois à l'intérieur des ressources et par le manque de moyens mis en place pour conserver la confidentialité de l'utilisateur. Par exemple, pour 75% (n=3) des cliniques, les salles d'attente sont généralement bondées. De surcroît, l'une de ces cliniques propose une salle d'attente avec de larges fenêtres donnant sur l'une des rues les plus passantes du centre-ville de Montréal. Pour ces raisons, en ces lieux, l'anonymat y est considéré menacé et le risque de bris de confidentialité plus grand, d'autant plus que la période d'attente en salle peut souvent excéder 30 minutes ce qui multiplie le risque que court l'utilisateur d'être vu ou reconnu en ces lieux. Dans le même ordre d'idées, l'accès aux services dispensés par ce secteur nécessite une carte d'assurance maladie et est précédé de l'ouverture d'un dossier d'identification du patient, les informations personnelles et médicales de l'utilisateur y étant consignées. Ce fichier est dans la plupart des cas (75%) numérisé et systématisé dans une banque de données. Un utilisateur dans le besoin de préserver son anonymat pourrait percevoir inacceptable ce genre de processus.

Tableau 5.10 Attribution des seuils de réussite : Indicateur de l'acceptabilité #1 - Caractère anonyme et confidentiel des ressources et des services

Critères sous-jacents	Secteur Communautaire (N=11)		Secteur Médical (N=4)		Secteur CLSC/CSSS (N=5)	
	Seuils	Pts	Seuils	Pts	Seuils	Pts
a) l'emplacement ou non de la ressource dans un territoire géographique favorisant l'anonymat	faible	1	moyen	2	élevé	3
b) l'anonymat ou non du lieu physique de la ressource	moyen	2	faible	2	élevé	3
c) les mécanismes déployés pour préserver anonymat et/ou confidentialité des usagers une fois sur place	élevé	3	faible	1	moyen	2
d) l'éventail de moyens déployés pour dispenser les services et pouvant faciliter l'anonymat de l'utilisateur.	élevé	3	faible <i>ex-aequo</i>	1	faible <i>ex-aequo</i>	1
SCORE TOTAL	9 points		6 points		9 points	
SEUILS DE RÉUSSITE COMPARATIF GLOBAUX	ÉLEVÉ (<i>ex-aequo</i>)	3 pts	FAIBLE	1 pt	ÉLEVÉ (<i>ex-aequo</i>)	3 pts

5.3.2.2 Indicateur de l'acceptabilité no 2 : Caractéristiques des populations ciblées par les ressources et leurs services

Pour ce deuxième indicateur de l'acceptabilité, quatre critères sous-jacents ont émergé: (a) l'identité de genre et l'orientation sexuelle des individus ciblés; (b) le statut sérologique des hommes ciblés; (c) la tranche d'âge des populations cibles et (d) les groupes socioéconomiques ou culturels spécifiquement ciblés. Pour chacun de ces critères sous-jacents, plus une ressource s'est montrée ouverte et inclusive des populations les plus marginales, plus celle-ci a été considérée méritoire. En plus de l'ouverture démontrée, le fait de proposer une offre de services spécifiquement ciblée vers une population marginale précise a aussi été considéré. Par populations marginalisées, nous entendons toutes populations ne correspondant pas au modèle dominant d'une société (séropositifs, transexuels, minorité culturelle, etc.).

Conclusion de l'indicateur de l'acceptabilité no 2

Des seuils de réussite faibles pour l'ensemble des quatre indicateurs évalués font de l'offre du secteur CLSC/CSSS celle la moins acceptable en matière de réponse aux besoins des populations marginalisées.

Les seuils de réussite et pointages attribués à l'évaluation des quatre critères sous-jacents de l'indicateur no 2 de l'acceptabilité ont été compilés (voir tableau 5.11) de sorte à faire émerger un constat pour cet indicateur dans sa globalité. Voici les faits saillants.

Les secteurs communautaire et médical offrent une performance égale ayant obtenu une fiche similaire de 10 points (2 seuils élevés, 2 seuils moyens). Ils se voient donc attribuer respectivement un seuil de réussite comparatif global élevé pour cet indicateur.

Le secteur communautaire se démarque par la présence d'organismes qui accordent une attention particulière aux questions de l'identité de genre et aux déclinaisons multiples de l'orientation sexuelle. Il est le secteur proposant le plus large éventail de services spécifiquement orientés sur leurs réalités. Il se démarque également par les caractéristiques sociodémographiques et culturelles spécifiquement visées par 11 offres de services (PVVIH en situation d'isolement et de pauvreté, travailleurs du sexe, utilisateurs de drogues injectables, les organisateurs de party privés, les hommes en situation d'itinérance, hommes issus des communautés afro-caribéennes, libanaise ou les réfugiés de pays où l'homosexualité est bannie, etc.).

Par son offre du traitement médical de l'infection au VIH, le secteur médical se démarque indéniablement grâce au monopole qu'il exerce en matière de réponse à ce besoin des plus vulnérables. En ce sens, ce secteur semble avoir une offre de services tout aussi grande et adaptée à une population de statut sérologique négatif ou incertain

(clinique de dépistage du VIH et des ITSS, accès à la PPE, counseling, etc.) qu'une offre permettant aux hommes séropositifs de traiter efficacement leur infection au VIH et/ou d'apprendre à mieux vivre avec (traitement du VIH, counseling individuel ou de couple, etc.). Ce secteur se démarque également par une offre dédiée à toutes tranches d'âges. Mise à part l'une des cliniques médicales qui s'adresse spécifiquement aux hommes de 18 ans et plus, la majorité des cliniques médicales (75%, n=3) disent s'adresser à une population de tous âges en spécifiant diverses classes d'âges (jeunes, adolescents, adultes, personnes âgées, etc.). Pour chacune des tranches d'âges, des services globaux également que des services spécifiques par tranche d'âge sont promus (vaccin contre le VPH pour les plus jeunes, bilan de santé global pour les adultes, etc.).

Quant au secteur des CLSC/CSSS, il arrive dernier avec une fiche de 4 points pour quatre performances jugées les plus faibles sur une possibilité de quatre. Il se démarque puisqu'il est le secteur démontrant le moins d'ouverture à la question des genres et orientations sexuelles. Aucun service n'aborde la question du genre. Il se démarque aussi plus faiblement par le fait que son ouverture envers les hommes issus de populations socioéconomiques ou culturelles spécifiques et en marge est moins observable. Une seule offre spécifique est observée en la matière : les jeunes hommes en situation d'itinérance utilisateurs de drogues par injection (UDI) ou non.

Tableau 5.11 Attribution des seuils de réussite : Indicateur de l'acceptabilité #2 - Caractéristiques des populations ciblées par les ressources et leurs services

Critères sous-jacents	Secteur Communautaire (N=11)		Secteur Médical (N=4)		Secteur CLSC/CSSS (N=5)	
	Seuils	Pts	Seuils	Pts	Seuils	Pts
a) Genre et identité de genre et Orientation sexuelle	élevé	3	moyen	2	faible	1
b) Statut sérologique des hommes ciblés	moyen	2	élevé	3	faible	1
c) Tranche d'âge desservie	moyen	2	élevé	3	faible	1
d) Caractéristiques socioéconomiques ou culturelles spécifiquement visées	élevé	3	moyen	2	faible	1
SCORE TOTAL	10 points		10 points		4 points	
SEUILS DE RÉUSSITE COMPARATIF GLOBAL	ÉLEVÉ (ex-aequo)	3 pts	ÉLEVÉ (ex-aequo)	3 pts	MOYEN	2 pts

5.3.2.3 Indicateur de l'acceptabilité no 3 : Intensité de la promotion des valeurs à caractère acceptable pour une majorité.

Les valeurs sont morales, éthiques, idéologiques ou professionnelles. Elles sont objectives et varient selon les différentes cultures et groupes sociaux. Pour cet indicateur, des types de valeurs universelles ont émergé comme critères sous-jacents. Par universelles, nous entendons des valeurs susceptibles de rendre acceptables les actions d'une organisation pour une majorité d'utilisateurs peu importe leur culture ou groupe sociaux d'appartenance puisque ces valeurs s'appliquent de manière générale pour tous. Pour ce troisième indicateur de l'acceptabilité, quatre critères sous-jacents ont émergés : (a) des valeurs au caractère humaniste; (b) des valeurs liées aux compétences professionnelles; (c) des valeurs d'égalité et de justice; (d) des valeurs d'engagement communautaire et de solidarité sociale. Les valeurs clairement mises de l'avant à travers les outils promotionnels des ressources (site Internet, brochures, cartes d'affaires, etc.) ont été les seules considérées

Conclusion de l'indicateur de l'acceptabilité no 3

Le secteur CLSC/CSSS est celui qui préconise et fait la promotion la plus intense de valeurs universelles acceptables pour une majorité.

Les seuils de réussite et pointages attribués à l'évaluation des quatre critères sous-jacents de l'indicateur no 3 de l'acceptabilité ont été compilés (voir tableau 5.12) de sorte à faire émerger un constat pour l'indicateur dans sa globalité. Voici les faits saillants.

Le secteur des CLSC/CSSS est celui qui fait la promotion la plus intense des types de valeurs universelles. Avec une fiche de 10 points (2 seuils élevés, 2 seuils moyens), il est le secteur qui performe le mieux en ce sens et se voit attribuer le seuil de réussite comparatif global élevé. Notamment, il se démarque par une promotion plus intense des valeurs liées aux compétences professionnelles. C'est le cas pour six valeurs : professionnalisme, travail d'équipe, accessibilité, efficacité, éthique professionnelle, confidentialité. Ce secteur est aussi celui qui propose la promotion la plus intense des valeurs d'égalité et de justice (justice sociale, égalité, équité, etc.).

Avec une fiche totalisant 9 points (2 élevés, 1 moyen, 1 faible), le secteur communautaire le seconde de près et obtient le seuil de réussite comparatif global moyen. Pour chacun des trois secteurs, les valeurs au caractère humaniste constituent le type de valeur le plus intensément promu. Cependant, une promotion légèrement plus intense faite par le communautaire lui permet de se caractériser comme étant le secteur proposant l'offre la plus humaine. Les valeurs humanistes les plus fortement promues par ce secteur sont le positivisme, l'entraide, la transparence, la confiance et l'écoute. Il se démarque également par la forte promotion qu'il fait des valeurs d'engagement social et communautaire (solidarité sociale et communautaire, engagement des populations, action communautaire, etc.). Il se démarque par le peu d'attention portée à la promotion de valeurs liées aux compétences professionnelles.

Le secteur médical arrive dernier en lice avec une fiche de 5 points (1 moyen, 3 faibles) et obtient le seuil de réussite comparatif global faible. L'offre de service du secteur médical est jugée la moins acceptable en termes d'intensité de la promotion de valeurs universelles. Il est le secteur faisant la moins forte promotion des valeurs humanistes et des valeurs liées à la justice et l'égalité. Qui plus est, les valeurs liées à l'engagement et la solidarité ne font nullement partie de celles mises de l'avant plan par les ressources du secteur médical.

Tableau 5.12 Attribution des seuils de réussite : Indicateur de l'acceptabilité #3 - Intensité de la promotion des valeurs à caractère acceptable pour une majorité

Critères sous-jacents	Secteur Communautaire (N=11)		Secteur Médical (N=4)		Secteur CLSC/CSSS (N=5)	
	Seuils	Pts	Seuils	Pts	Seuils	Pts
a) Valeurs au caractère humaniste	élevé	3	faible	1	moyen	2
b) Valeurs liées aux compétences professionnelles	faible	1	moyen	2	élevé	3
c) Valeurs d'égalité et de justice	moyen	2	faible	1	élevé	3
d) Valeurs d'engagement comm. et solidarité sociale	élevé	3	faible	1	moyen	2
SCORE TOTAL	9 points		5 points		10 points	
SEUILS DE RÉUSSITE COMPARATIF GLOBAL	MOYEN	2pts	FAIBLE	1 pt	ÉLEVÉ	3 pts

Conclusion de la deuxième dimension de l'accès : l'acceptabilité

À Montréal, le secteur médical propose l'offre de services apparaissant la moins acceptable pour les HRSH surtout en raison de difficultés à préserver leur confidentialité et leur anonymat.

Les seuils de réussite comparatifs globaux et pointages attribués à l'évaluation des trois indicateurs de cette deuxième dimension de l'acceptabilité ont été compilés (voir tableau 5.13) de sorte à faire émerger un jugement pour la dimension dans sa globalité. À Montréal, l'offre de services apparaissant la plus acceptable revient à deux secteurs, soit : les secteurs communautaire et CLSC/CSSS. Ils ressortent ex-aequo comme étant les plus méritoires avec un score total de 8 points pour des fiches identiques de 2 seuils de réussite comparatifs global élevés et 1 moyen. Le secteur médical performe plus faiblement avec un total de 5 points pour un seuil élevé et 2 faibles. Il apparaît donc comme celui proposant l'offre de services la moins acceptable pour les HRSH montréalais.

Tableau 5.13 Score totaux et attribution des seuils de réussite comparatifs globaux pour l'ensemble de la deuxième dimension de l'accès : L'acceptabilité

INDICATEURS DE L'ACCEPTABILITÉ	Secteur Communautaire (N=11)		Secteur Médical (N=4)		Secteur CLSC/CSSS (N=5)	
	Seuils	Pts	Seuils	Pts	Seuils	Pts
No1. Caractère anonyme et confidentiel de la ressource	ÉLEVÉ (ex-aequo)	3 pts	FAIBLE	1 pt	ÉLEVÉ (ex-aequo)	3 pts
No 2. Caractéristiques des populations ciblées par les organisations	ÉLEVÉ (ex-aequo)	3 pts	ÉLEVÉ (ex=aequo)	3 pts	MOYEN	2 pts
No 3. Intensité de la promotion des valeurs à caractère acceptable pour une majorité	MOYEN	2 pts	FAIBLE	1 pt	ÉLEVÉ	3 pts
SCORE TOTAL ET SEUILS COMPARATIFS ACCEPTABILITÉ	ÉLEVÉ (ex-aequo)	8 pts	MOYEN	5 pts	ÉLEVÉ (ex-aequo)	8 pts

5.3.3 Troisième dimension à l'étude : La disponibilité

La disponibilité des ressources et services constitue la troisième composante à l'étude. Deux indicateurs (et cinq critères sous-jacent) ont émergé pour l'évaluation de cette

dimension de l'accessibilité : (1) l'amplitude de l'offre de services sur une période hebdomadaire par plage horaire donnée (périodes de la semaine et moments du jour) et par types d'intervention nécessaire à la prévention combinée; (2) la réactivité des ressources et services (i.e. capacité d'une ressource à répondre rapidement aux demandes de ses usagers par la mise en place de moyens visant à favoriser la disponibilité d'un service).

5.3.3.1 Indicateur de la disponibilité no 1 : Amplitude de l'offre de services sur une période hebdomadaire par plage horaire donnée (périodes de la semaine et moments du jour) et par types d'intervention nécessaire à la prévention combinée

En raison de données manquantes, certains services ont été écartés de l'analyse quant à cet indicateur car il a été impossible de connaître précisément les plages horaires qu'ils couvraient. C'est le cas pour les services offerts sur demande (ateliers dans les polyvalentes et cégeps, conférences, etc.), offerts mensuellement/annuellement (festival, danse, soirée réseautage, etc.), les efforts de marketing social et les divers outils disponibles sur Internet. Or, pour cet indicateur, les résultats portent sur 10 ressources communautaires (28 services), quatre cliniques médicales (25 services) et cinq CLSC (17 services).

Pour évaluer ce premier indicateur, aucun critère sous-jacent n'a été précisé. La démarche ayant permis de comparer les performances de chacun des milieux de pratique considérés s'est faite en cinq temps. Il a d'abord été nécessaire de : (1) calculer le degré d'amplitude des offres de services de chacun des milieux de pratique sur une base hebdomadaire; (2) ressortir l'amplitude de ces offres par plage horaire donnée considérant deux périodes de la semaine (semaine et week-end) et trois moments du jour (am, pm, soirée); (3) calculer l'amplitude de l'offre de chacun des secteurs en considération des trois types d'intervention nécessaires à la prévention combinée (structurel, comportemental, biomédical); (4) compiler les données dans un

tableau comparatif qui permet de comparer les performances de chacun des milieux et attribuer des seuils de réussite; (5) faire le cumul des seuils de réussites obtenus par la mise en place de la même méthode. La démarche est explicitée dans l'annexe I (Détails de la démarche pour l'attribution des seuils de réussite et la formulation des jugements crédibles).

Conclusion de l'indicateur de la disponibilité no 1

Le secteur communautaire est celui ayant l'offre la plus disponible en termes de nombre de plages horaire couvertes et degré d'amplitude de l'offre.

Afin de mieux saisir les faits saillants, seule l'étape 5 est abordée dans la présente section. Le tableau 5.14 présente le cumul des seuils de réussite obtenus lors des quatre premières étapes.

En conclusion (voir tableau 5.14), c'est le secteur communautaire qui ressort comme étant le plus méritoire avec une fiche de 102 points (27 élevés, 4 moyens, 13 faibles, 10 absolu-nul). Ce secteur se démarque par le nombre de plages de disponibilité de services de type structurel (drop in/milieu de vie, forum de discussion/éducation). Des données considérées pour l'évaluation de ce premier indicateur de disponibilité seulement cinq services de type structurel sont ressortis. Ils sont tous offerts par le secteur communautaire. Les deux autres secteurs n'offrent aucun service de type structurel. Or, que ce soit en regard de la valeur absolue ou du degré d'amplitude, le secteur communautaire se voit attribuer un seuil de réussite élevé pour la quasi-totalité des périodes évaluées, ce qui explique sa forte performance. De plus, il se démarque également avec le nombre total de plages de disponibilité couvertes par son offre de type comportemental. Cependant, il est le secteur qui se démarque le plus faiblement en regard de l'offre de services de type biomédical et ce, tant en regard du nombre absolu de plages horaires couvertes que pour le degré d'amplitude.

Il est suivi par le secteur médical affichant un score total de 78 points (14 élevés, 14 moyens, 18 absolu-nul). Ce secteur se démarque notamment pour la grande disponibilité de son offre de type biomédical. Avec 21 services biomédicaux, il se démarque le plus fortement tant en regard du nombre absolu de plages horaires couvertes (n=220) que pour le degré d'amplitude de son offre (50%). Mis à part pour les soirées en semaine où ce secteur obtient des seuils de réussite moyens, il obtient des seuils de réussite élevés pour l'ensemble des autres périodes évaluées. Par ailleurs, c'est le secteur qui se démarque le plus faiblement en terme de disponibilité de son offre de type comportemental.

Le secteur CLSC/CSSS arrive dernier en lice avec une fiche de 50 points (10 élevés, 10 moyens, 8 faibles et 26 absolu-nul). Il performe généralement le plus faiblement en termes de disponibilités de son offre, peu importe le type. Là où il ne performe pas le plus faiblement n'est qu'en termes de disponibilité de son offre de type comportemental où il performe moyennement, quand même loin derrière le secteur médical.

Tableau 5.14 Attribution des seuils de réussite : Indicateur de la disponibilité no 1 - Amplitude de l'offre de services sur une période hebdomadaire par plage horaire donnée et par types d'intervention

Types d'intervention	Offre secteur Communautaire	Offre secteur Médical	Offre de services CLSC/CSSS
STRUCTUREL	<u>48 points</u> 16 seuils élevés 2 seuils nuls	<u>0 point</u> 18 seuils nuls	<u>0 point</u> 18 seuils nuls
COMPORMENTAL	<u>40 points</u> 9 seuils élevés 4 seuils moyens 5 seuils faibles	<u>28 points</u> 10 seuils moyens 8 seuils faibles	<u>30 points</u> 8 seuils élevés 4 seuils moyens 6 seuils faibles
BIOMÉDICAL	<u>14 points</u> 2 seuils élevés 8 seuils faibles 8 nuls	<u>50 points</u> 14 seuils élevés 4 seuils moyens	<u>20 points</u> 2 seuils élevés 6 seuils moyens 2 seuils faible 8 nul
CUMULATIF SEUILS	27 seuils élevés 4 seuils moyens 13 seuils faibles 10 nuls	14 seuils élevés 14 seuils moyens 8 seuils faibles 18 nuls	8 seuils élevés 10 seuils moyens 8 seuils faibles 26 nuls
SCORE TOTAL	102 points	78 points	50 points
SEUILS DE RÉUSSITE COMPARATIFS GLOBAUX	ÉLEVÉ 3 pts	MOYEN 2 pts	FAIBLE 1 pt

5.3.3.2 Indicateur de disponibilité no 2 : Réactivité des ressources et de l'offre de services

Rappelons que par réactivité, nous entendons la capacité d'une ressource à répondre rapidement aux demandes de ses usagers par la mise en place de moyens visant à favoriser la disponibilité d'un service. Elle réfère aux caractères adaptatif et flexible d'une ressource et de son offre de services. Pour évaluer ce deuxième indicateur de la disponibilité, cinq critères sous-jacents ont émergé: (a) services disponibles en tout temps; (b) services « clé en main » sur demande; (c) interventions de proximité; (d) services disponibles de manière ponctuel et en différé; (e) services avec et sans rendez-vous.

Conclusion de l'indicateur de la disponibilité no 2

Le secteur communautaire est jugé le plus méritoire pour la totalité des cinq critères sous-jacents évalués, pour établir le niveau de réactivité des ressources et de l'offre de services.

Les seuils de réussite et pointages attribués à l'évaluation des cinq critères sous-jacents de l'indicateur no 2 de la disponibilité ont été compilés (voir tableau 5.15) de sorte à faire émerger un constat pour cet indicateur dans sa globalité. Voici les faits saillants.

Le secteur communautaire obtient le seuil de réussite comparatif global élevé avec une fiche de 15 points (5 seuils élevés). Il est le secteur offrant le plus de moyens facilitant la disponibilité de son offre de services. Il a été jugé le plus méritoire pour chacun des cinq critères sous-jacents évalués portant sur la réactivité des ressources: services disponibles en tout temps (promotion du dépistage, distribution de matériel de protection, outils éducatifs sur Internet, etc.); services sur demande (séances de sensibilisation, conférences, ateliers/kiosques, etc.); interventions de proximité (interventions dans les saunas; interventions lors de grands événements, etc.); services ponctuels et/ou en différé (babillard Q/R, demande par messagerie instantanée, forum de discussion, etc.); et services avec et sans rendez-vous. Il est le seul des secteurs à offrir des services sur demande, clé en main ainsi que le seul à offrir des interventions disponibles de manière ponctuelle et/ou en différé.

Avec un score total de 5 points (1 élevé, 1 moyen, 3 absolus/nuls), le secteur médical arrive second et obtient le seuil de réussite comparatif moyen. Le seul critère où il se démarque fortement est la flexibilité de son offre de services avec ou sans rendez-vous. Le secteur CLSC/CSSS arrive dernier avec une fiche de 4 points (1 moyen, 2 faibles, 2 absolus/nuls). Il obtient le seuil de réussite faible. Il est le secteur le moins réactif à la demande de services.

Tableau 5.15 Attribution des seuils de réussite comparatifs : Indicateur de la disponibilité no 2 - Réactivité des ressources et de l'offre de services

Critères sous-jacents	Secteur Communautaire		Secteur Médical		Secteur CLSC/CSSS	
	Seuils	Pts	Seuils	Pts	Seuils	Pts
a) Services disponibles en tout temps	élevé	3	moyen	2	faible	1
b) Services clé en main, sur demande	élevé	3	nul	0	nul	0
c) Interventions de proximité	élevé	3	nul	0	moyen	2
d) Services ponctuels et en différé	élevé	3	nul	0	nul	0
e) Flexibilité des services avec rendez-vous	élevé (ex-aequo)	3	élevé (ex-aequo)	3	faible	1
SCORE TOTAL	15 points		5 points		4 points	
SEUILS DE RÉUSSITE COMPARATIFS GLOBAUX	ÉLEVÉ	3 pts	MOYEN	2 pts	FAIBLE	1 pt

Conclusion de la troisième dimension de l'accès : la disponibilité

À Montréal, le secteur communautaire se démarque par une plus grande disponibilité de ses ressources et de l'offre de services qu'il propose au HRSH.

Les seuils de réussite comparatifs globaux et pointages attribués à l'évaluation des deux indicateurs de cette troisième dimension de l'acceptabilité ont été compilés (voir tableau 5.16) de sorte à faire émerger un jugement pour la dimension dans sa globalité.

À Montréal, c'est le secteur communautaire qui propose l'offre de services la plus disponible et ce, tant en termes d'amplitude de son offre de services que par la réactivité marquante de ses ressources. Il est le plus méritoire avec une fiche de 6 points ayant obtenu 2 seuils de réussite comparatif global élevés. Le secteur médical

s'inscrit avec une fiche de 4 points (2 moyens). Le secteur CLSC/CSSS performe plus faiblement avec un total de 2 points pour 2 seuils de réussite comparatifs faibles. Il est le secteur proposant l'offre de services jugée la moins disponible pour les HRSH montréalais.

Tableau 5.16 Score totaux et attribution des seuils de réussite comparatifs globaux pour l'ensemble de la troisième dimension de l'accès : La disponibilité

Indicateurs de la DISPONIBILITÉ	Secteur Communautaire		Secteur Médical		Secteur CLSC/CSSS	
	Seuils	Pts	Seuils	Pts	Seuils	Pts
5.3.1 Amplitude de l'offre de services	ÉLEVÉ	3 pts	MOYEN	2 pts	FAIBLE	1 pt
5.3.2 Réactivité des ressources et de l'offre de service	ÉLEVÉ	3 pts	MOYEN	2 pts	FAIBLE	1 pt
SCORE TOTAL ET SEUIL DE RÉUSSITE GLOBAL	ÉLEVÉ	6 pts	MOYEN	4 pts	FAIBLE	2

5.3.4 Quatrième composante à l'étude : L'abordabilité

La présente section vise à faire ressortir lequel des secteurs propose l'offre de services la plus abordable. Pour évaluer cette quatrième composante à l'étude, deux indicateurs (et cinq critères sous-jacents) ont émergé de la démarche : (1) coûts directs liés à l'utilisation du service; (2) coûts indirects engendrés.

5.3.4.1 Indicateur de l'abordabilité no 1 : Coûts directs liés à l'utilisation du service

Pour évaluer cet indicateur, trois critères sous-jacents ont émergé: (a) coûts liés à l'adhésion ou l'ouverture de dossier; (b) coûts du service; (c) frais de pénalité.

Conclusion de l'indicateur de l'abordabilité no 1

Les secteurs communautaire et CLSC/CSSS se démarquent par des services définis par leur gratuité.

Les seuils de réussite et pointages attribués à l'évaluation des trois critères sous-jacents de l'indicateur no 1 de l'abordabilité ont été compilés (voir tableau 5.17) de sorte à faire émerger un constat pour l'indicateur dans sa globalité. Voici les faits saillants.

En termes de coûts directs des services, les secteurs communautaire et CLSC/CSSS se hissent ex-aequo au premier rang. Ils ont la même fiche de 9 points pour l'obtention respective de 3 seuils élevés. Ils obtiennent chacun le seuil de réussite comparatif global élevé (ex-aequo). Il s'agit de réussites absolues car les services de ces secteurs n'engendrent aucun coût direct et ce, tant en termes de coût d'ouverture de dossier, de coût d'utilisation du service, qu'en termes de frais de pénalité engendrés

Tout comme les deux autres secteurs, les services du secteur médical n'engendrent aucun coût d'ouverture de dossier ou d'adhésion. Ainsi, peu importe le secteur d'activités observé, les HRSH peuvent bénéficier de services sans qu'aucun coût ne soit exigé pour l'adhésion ou l'ouverture de dossier. Toutefois, en raison de performances jugées moins méritoires pour les deux autres critères sous-jacents, le secteur médical arrive derrière avec une fiche de 3 points (1 seuil absolu/élevé, 2 absolus/nul). Il obtient un seuil de réussite comparatif global faible en raison des coûts engendrés par l'utilisation de certains services (sexologue, dépistage du VIH et des ITSS, traitements ARV, etc.) et pour des frais de pénalité engendrés lorsque l'utilisateur ne se présente pas à ses rendez-vous, pouvant aller jusqu'à 100\$.

Tableau 5.17 Attribution des seuils de réussite comparatifs: Indicateur de l'abordabilité no 1 – Coûts directs liés à l'utilisation du service

Critères sous-jacents	Secteur Communautaire		Secteur Médical		Secteur CLSC/CSSS	
	Seuils	Pts	Seuils	Pts	Seuils	Pts
a) Coûts liés à l'adhésion ou à l'ouverture de dossier	élevé absolu	3 pts	élevé absolu	3 pts	élevé absolu	3 pts
b) Coûts d'utilisation du service	élevé absolu	3 pts	nul	0 pt	élevé absolu	3 pts
c) Frais de pénalité en cas d'annulation	élevé absolu	3 pts	nul	0 pt	élevé absolu	3 pts
SCORE TOTAL	9 points		3 points		9 points	
SEUILS DE RÉUSSITE COMPARATIFS GLOBAUX	ÉLEVÉ (ex-aequo)	3 pts	FAIBLE	1 pt	ÉLEVÉ (ex-aequo)	3 pts

5.3.4.2 Indicateur de l'abordabilité no 2 : Coûts indirects liés à l'utilisation du service

Il arrive que l'utilisation d'un service puisse engendrer des coûts indirects en plus des coûts directs. Ces coûts observés s'inscrivent par exemple en termes de dégradation possible de l'état de santé de l'utilisateur, d'enjeux de productivité, de perte de revenu générée ou d'autres frais secondaires associés. Notre démarche a permis l'émergence de deux critères sous-jacents: (a) proportion des services engendrant une période d'attente involontaire chez l'utilisateur entre le moment de la prise de rendez-vous et le moment du rendez-vous lui-même; (b) aspects des services pouvant générer d'autres coûts indirects.

Conclusion de l'indicateur de l'abordabilité no 2

Plus enclin à mettre en place des services qui génèrent des coûts indirects pour diverses raisons, le secteur CLSC/CSSS performe plus faiblement que les deux autres

Les seuils de réussite et pointages attribués à l'évaluation des deux critères sous-jacents de l'indicateur no 2 de l'abordabilité ont été compilés (voir tableau 5.18) de sorte à faire émerger un constat pour l'indicateur dans sa globalité. Voici les faits saillants.

Les secteurs communautaire et médical se hissent ex-aequo au premier rang. Ils ont la même fiche de 5 points pour l'obtention respective de 1 seuil élevé et 1 moyen. Ils obtiennent chacun le seuil de réussite comparatif global élevé (ex-aequo). Le secteur communautaire se démarque avec seulement sept offres sur les 46 (15% de l'offre) qui occasionnent des périodes d'attentes involontaires chez l'utilisateur entre la prise de rendez-vous et le rendez-vous lui-même (soutien individuel ou de groupe, dépistage du VIH ou des ITSS). Par « période d'attente involontaire de la part de l'utilisateur », nous entendons ici que le moment du rendez-vous est imposé par la ressource qui dispense le service, ce qui implique à l'utilisateur potentiel de s'ajuster aux réalités de la ressource plutôt que l'inverse. Puisque c'est l'utilisateur qui doit faire un compromis pour accéder le service, ce type d'offre a été jugé davantage onéreux en termes de coûts indirects. Par exemple, l'utilisateur peut être placé sur une liste d'attente avant de pouvoir bénéficier d'un service. Le communautaire se démarque en offrant une performance 4 à 5 fois plus méritoire que les autres services. En comparaison, le secteur des cliniques médicales propose 17 offres sur 27 (63% de l'offre) qui peuvent engendrer cette période d'attente involontaire chez l'utilisateur (clinique spécialisée avec une nutritionniste, suivi psychothérapeutique, dépistage, vaccination). Pour ce qui est du secteur CLSC/CSSS, 14 services sur les 18 (78% de l'offre) engendrent une période d'attente involontaire chez l'utilisateur (suivi en travail social ou sexologie, vaccination VHA/VHB, dépistage du VIH ou des ITSS)

Quant à lui, le secteur médical se démarque dans la clarté de ses mécanismes de rendez-vous qui ne génère que rarement des périodes d'attentes prolongées comparativement aux deux autres secteurs. Les détails sont explicités dans l'annexe I

(détails de l'évaluation pour l'attribution des seuils de réussite et la formulation des jugements crédibles).

En raison de performances jugées moins méritoires pour les deux critères sous-jacents, le secteur CLSC/CSSS arrive derrière avec une fiche de 2 points (2 faibles). Il obtient le seuil de réussite comparatif global faible pour cet indicateur dans la globalité : 78% de son offre (14 services sur 18) engendre une période d'attente involontaire entre la prise de rendez-vous et le rendez-vous lui-même.

Tableau 5.18 Attribution des seuils de réussite comparatifs: Indicateur de l'abordabilité no 2 – Coûts indirects liés à l'utilisation du service

Critères sous-jacents	Secteur Communautaire		Secteur Médical		Secteur CLSC/CSSS	
	Seuils	Pts	Seuils	Pts	Seuils	Pts
a) Proportion des services engendrant une période d'attente involontaire	élevé	3 pts	moyen	2 pts	faible	1 pt
b) Autres aspects du service pouvant générer des coûts indirects	moyen	2 pts	élevé	3 pts	faible	1 pt
SCORE TOTAL	5 pts		5 pts		2 pts	
SEUILS DE RÉUSSITE	ÉLEVÉ (ex-aequo)	3 pts	ÉLEVÉ (ex-aequo)	3 pts	FAIBLE	1 pt

Conclusion de la quatrième dimension de l'accès : l'abordabilité

Moins coûteux autant en termes de coûts directs qu'indirects, le secteur communautaire propose l'offre de services la plus abordable pour les HRSH montréalais.

Les seuils de réussite comparatifs globaux et pointages attribués à l'évaluation des deux indicateurs de cette quatrième dimension de l'acceptabilité ont été compilés (voir tableau 5.19) de sorte à faire émerger un jugement absolu pour la dimension dans sa globalité.

À Montréal, c'est le secteur communautaire qui propose aux HRSH l'offre de services la plus abordable. Il ressort comme étant le plus méritoire avec une fiche de 6 points ayant obtenu 2 seuils de réussite comparatifs élevés. Les secteurs médical et CLSC/CSSS s'inscrivent ex-aequo avec une fiche similaire de 4 points (1 seuil élevé, 1 seuil faible). Ils obtiennent le seuil de réussite comparatif global moyen.

Tableau 5.19 Score totaux et attribution des seuils de réussite comparatifs globaux pour l'ensemble de la quatrième dimension de l'accès : L'abordabilité

Indicateurs de l'ABORDABILITÉ	Secteur Communautaire		Secteur Médical		Secteur CLSC/CSSS	
	Seuils	Pts	Seuils	Pts	Seuils	Pts
5.4.1 Coûts directs liés l'utilisation du service	ÉLEVÉ (ex-aequo)	3 pts	FAIBLE	1 pt	ÉLEVÉ (ex-aequo)	3 pts
5.4.2 Coûts indirects liés l'utilisation du service	ÉLEVÉ (ex-aequo)	3 pts	ÉLEVÉ (ex-aequo)	3 pts	FAIBLE	1 pt
SCORE TOTAL ET SEUIL DE RÉUSSITE GLOBAL	ÉLEVÉ	6 pts	MOYEN (ex-aequo)	4 pts	MOYEN (ex-aequo)	4 pts

5.3.5 Cinquième dimension à l'étude : L'adéquation

La présente section vise à faire ressortir lequel des secteurs propose l'offre de services la plus adéquate. Pour certains indicateurs ayant émergés de la démarche, la méthodologie en place ne nous a pas permise de recueillir assez de données pour réaliser le travail de comparaison entre les pratiques observées d'un secteur à un

autre. Malgré leur retrait du travail de production de jugements crédibles, il importe quand même d'en faire mention puisque leur émergence constitue un résultat en soi : (1) la formation et compétences techniques des fournisseurs de soins; (2) les collaborations et partenariats effectifs; (3) les tables de concertation et tables de travail; (4) les caractéristiques des liens entre les professionnels de divers secteurs; (5) la vision des experts sur la prévention du VIH.

Bien que notre méthodologie n'ait pas permis d'approfondir l'évaluation de ces indicateurs, il reste que pour évaluer cette cinquième et dernière dimension de l'accès, deux autres indicateurs (et 12 critères sous-jacents) ont émergé : (6) l'intensité de la valorisation de mandats/missions/objectifs favorisant le développement d'offres de services justes et adéquates; (7) l'intensité de la valorisation d'approches favorisant la mise en place de services justes et adéquats. Par adéquat, nous entendons approprié, adapté et qui correspond parfaitement à son objet. Des précisions seront apportées dans les prochaines sections pour définir davantage ce que nous avons considéré adéquat en termes de mandats/missions/objectifs et en termes d'approches.

5.3.5.1 Indicateur de l'adéquation no 6: Intensité de la valorisation de mandats/missions/objectifs favorisant le développement d'offres de services justes et adéquates

Par définition, le mandat est ce qui détermine la fonction d'une organisation. La mission elle, est la charge confiée à une organisation. Quant aux objectifs, ils traduisent le but à atteindre, la cible concrète. Ces trois éléments servent de fondements pour orienter le développement des actions et services d'une organisation. Nous avons pu ressortir six types de mandat/mission/objectif qui, par leur orientation, favorisent le développement d'offres caractérisées par la justesse et l'adéquation. Nous n'avons considéré que les missions/mandats/objectifs clairement promus par l'entremise des sites Internet et divers outils promotionnels. Constituant

les six critères sous-jacents évalués pour cet indicateur, ces types de mission/mandat/objectif sont ceux : (a) orientés vers des référencements appropriés; (b) orientés vers la participation aux processus de concertation; (c) orientés vers le développement et la consolidation de partenariats en matière d'offre de services; (d) orientés vers la recherche, le développement et le transfert des connaissances; (e) orientés vers le renforcement des ressources entre elles et l'action communautaire; (f) orientés vers la participation des populations visées dans le développement et la mise en place de services.

Pour chaque catégorie donnée, nous avons ressorti sous forme de pourcentage la proportion des organisations par secteur qui mettaient spécifiquement en valeur les types de mandat/mission/objectif. Plus ce pourcentage s'est avéré élevé, plus le secteur a été jugé méritoire.

Conclusion de l'indicateur de l'adéquation no 6

Tandis que les secteurs communautaire et CLSC/CSS valorisent plus intensément des mandats, missions et objectifs orientés vers le développement d'offres de services adéquates, le secteur médical performe plus faiblement en ce sens.

Les seuils de réussite et pointages attribués à l'évaluation des six critères sous-jacents de l'indicateur no 1 de l'adéquation ont été compilés (voir tableau 5.20) de sorte à faire émerger un constat pour l'indicateur dans sa globalité. Voici les faits saillants.

C'est le secteur CLSC/CSSS qui se distingue comme plus méritoire en regard de l'intensité de la valorisation de mandat/mission/objectif favorisant le développement d'offres de services justes et adéquates. Avec un score total de 15 points (3 élevés, 3 moyens), il obtient le seuil de réussite comparatif global élevé en regard de l'indicateur dans sa globalité. Il se démarque plus fortement pour ce qui est des missions/mandats/objectifs orientés vers la participation dans des processus de

concertation et orientés vers le renforcement des ressources du réseau entre elles et l'action communautaire. Notamment, en regard des proportions des offres respectives de chaque secteur, c'est 60% des CLSC/CSSS qui orientent leurs actions en valorisant le renforcement des ressources du réseau entre elles ou l'action communautaire.

C'est le secteur communautaire qui arrive deuxième avec une fiche de 14 points (3 élevés, 2 moyens, 1 faible) et obtient le seuil de réussite comparatif moyen. Il se démarque pour trois des critères sous-jacents, soit les missions/mandats/objectifs orientés vers : le référencement approprié; le développement et la consolidation de partenariat en matière d'offre de services et l'implication des populations cibles dans la mise en place des services. Là où il se démarque le plus est d'abord en regard de mission/mandat/objectif valorisant l'importance de référencements appropriés. L'offre de services montréalaise est composée de 10 ressources sur 20 qui en font la promotion. D'entre ces 10 ressources, 80% (n=8) sont des organismes communautaires. Le secteur communautaire se démarque tout aussi bien pour l'importance accordée à la valorisation de l'implication des populations visées dans le développement et la mise en place de services. L'offre de services montréalaise est composée de 5 ressources sur 20 qui en font la promotion. D'entre ces 5 ressources, 80% (n=4) sont des organismes communautaires.

Loin derrière, le secteur médical obtient le seuil de réussite comparatif global faible avec une fiche de 4 points (1 moyen, 2 faibles, 3 nuls-absolu). Il enregistre des performances nulles pour 3 types de mandat/mission/objectif, ceux orientés: vers l'importance d'un référencement approprié, vers la participation aux processus de concertation et vers la participation des populations visées dans le développement et la mise en place de services. De surcroît, il enregistre les plus faibles performances pour deux autres types de mission/mandat/objectif, soit ceux orientés vers le

développement et la consolidation de partenariats en matière d'offre de services et vers le renforcement des ressources du réseau entre elles et l'action communautaire.

Tableau 5.20 Attribution des seuils de réussite comparatifs : Indicateur de l'adéquation no 6 – Intensité de la valorisation de mandats/missions/objectifs favorisant le développement d'offres de services justes et adéquates

Critères sous-jacents	Secteur Communautaire		Secteur Médical		Secteur CLSC/CSSS	
	Seuils	Pts	Seuils	Pts	Seuils	Pts
a) Orientés vers l'importance d'un référencement approprié	élevé	3 pts	absolu (nul)	0 pt	moyen	2 pts
b) Orientés vers la participation aux processus de concertation	moyen	2 pts	absolu (nul)	0 pt	élevé	3 pts
c) Orientés vers le développement et la consolidation de partenariats en matière d'offre de services	élevé	3 pts	faible	1 pt	moyen	2 pts
d) Orientés vers la recherche, le développement et le transfert des connaissances	faible	1 pt	moyen	2 pts	élevé	3 pts
e) Orientés vers le renforcement des ressources du réseau entre elles et l'action communautaire	moyen	2 pts	faible	1 pt	élevé	3 pts
f) Orientés vers la participation des populations visées dans le développement et la mise en place de services	élevé	3 pts	absolu (nul)	0 pt	moyen	2 pts
SCORE TOTAL	14 points		4 points		15 points	
SEUILS DE RÉUSSITE COMPARATIFS GLOBAUX	MOYEN	2 pts	FAIBLE	1 pt	ÉLEVÉ	3 pts

5.3.5.2 Indicateur de l'adéquation no 7: Intensité de la valorisation d'approches favorisant la mise en place de services justes et adéquats

L'approche est la manière dont est abordé un sujet, un problème. Les approches préconisées par les organisations orientent leurs stratégies quant à leur façon d'aborder la santé des HRSH et la prévention du VIH. Elles orientent aussi les comportements des fournisseurs de soins en servant de cadre d'intervention et de

pratiques. Six approches observées ont été jugées comme pouvant soutenir la mise en place de services justes et adéquats. Elles constituent ici les six critères sous-jacents: (a) approche centrée sur la personne (ou sur les besoins de l'individu); (b) approche de santé globale (ou holistique de la santé); (c) approche axée sur la santé des populations; (d) approche interdisciplinaire; (e) approche de promotion de la santé sexuelle; (f) approche communautaire de la santé.

Pour chaque approche donnée, nous avons ressorti sous forme de pourcentage la proportion des organisations par secteur qui la préconisent. Ce pourcentage est l'indicateur de l'intensité de la valorisation qu'un secteur fait de ce type précis d'approches. Plus élevé a été ce pourcentage, plus méritoire a été jugé le secteur.

Conclusion de l'indicateur de l'adéquation no 7

Les secteurs CLSC/CSSS et médical valorisent plus intensément des approches favorisant l'adéquation et la justesse des services dispensés.

Les seuils de réussite et pointages attribués à l'évaluation des six critères sous-jacents de l'indicateur no 2 de l'adéquation ont été compilés (voir tableau 5.21) de sorte à faire émerger un constat pour l'indicateur dans sa globalité. Voici les faits saillants.

Le secteur CLSC/CSSS se démarque une fois de plus en termes d'adéquation et de justesse. Ici, c'est quant à l'intensité de la valorisation d'approches favorisant l'adéquation des services qu'il le fait. Avec un score total de 14 points (3 élevés, 2 moyens, 1 faible). Ce secteur obtient le seuil de réussite comparatif global élevé. Il se démarque plus fortement en regard de trois types d'approches : approche centrée sur la personne (ou sur les besoins de l'individu); approche axée sur la santé des populations; et approche interdisciplinaire. Là où il se démarque le plus est certainement en regard des proportions des offres respectives de chaque secteur quant à l'approche santé sur la personne. Cent pourcent des ressources du secteur

CLSC/CSSS sont orientées vers cette approche comparativement à 75% des cliniques médicales et 64% des ressources du communautaire.

C'est le secteur médical qui obtient le seuil de réussite comparatif global moyen avec une fiche de 12 points (2 élevés, 3 moyens, 1 absolu-nul). Il se démarque en regard de deux types d'approches : approche de santé globale (ou approche holistique de la santé) et approche de promotion de la santé sexuelle. C'est en regard des proportions des offres respectives de chaque secteur quant à l'approche globale de la santé ou l'approche holistique de la santé que le secteur médical se démarque le plus. C'est 75% des ressources de ce secteur qui s'orientent vers cette approche comparativement à 60% pour le secteur CLSC/CSSS et 55% pour le communautaire. Toutefois, le secteur médical n'oriente aucunement ses actions vers une approche communautaire de la santé.

Avec une fiche de 9 points (1 élevé, 1 moyen, 4 faibles), le secteur médical arrive dernier en lice. Le seul endroit où il se démarque plus fortement est en regard de l'approche communautaire de la santé. Cinquante pour cent des ressources composant l'offre de services montréalaise (n=10) appuie une approche communautaire de la santé. D'entre ces 10 ressources, 70% (n=7) sont des organismes communautaires.

Tableau 5.21 Attribution des seuils de réussite comparatifs : Indicateur de l'adéquation no 2: Intensité de la valorisation d'approches favorisant la mise en place de services justes et adéquats

Critères sous-jacents	Secteur Communautaire		Secteur Médical		Secteur CLSC/CSSS	
	Seuils	Pts	Seuils	Pts	Seuils	Pts
a) Approche centrée sur la personne (ou sur les besoins de l'individu)	faible	1 pt	moyen	2 pts	élevé	3 pts
b) Approche de santé globale (ou holistique de la santé)	faible	1 pt	élevé	3 pts	moyen	2 pts
c) Approche axée sur la santé des populations	faible	1 pt	moyen	2 pts	élevé	3 pts
d) Approche interdisciplinaire	faible	1 pt	moyen	2 pts	élevé	3 pts
e) Approche de promotion de la santé sexuelle	moyen	2 pts	élevé	3 pts	faible	1 pt
f) Approche communautaire de la santé	élevé	3 pts	absolu nul	0 pt	moyen	2 pts
SCORE TOTAL	9 points		12 points		14 points	
SEUILS DE RÉUSSITE COMPARATIFS GLOBAL	FAIBLE	1 pt	MOYEN	2 pts	ÉLEVÉ	3 pts

Conclusion de la cinquième dimension de l'accès : l'adéquation

Le secteur CLSC/CSSS est jugé le mieux orienté vers le développement et la mise en place d'une offre de services caractérisée par l'adéquation et la justesse.

Les seuils de réussite comparatifs globaux et pointages attribués à l'évaluation des deux indicateurs de cette quatrième dimension de l'accessibilité ont été compilés (voir tableau 5.22) de sorte à faire émerger un jugement absolu pour la dimension dans sa globalité.

À Montréal, c'est le secteur CLSC/CSSS qui propose l'offre de services la plus orientée vers l'adéquation et la justesse. Ce secteur ressort comme plus méritoire avec une fiche de 6 points ayant obtenu 2 seuils de réussite comparatifs élevés. Les

secteurs médical et communautaire s'inscrivent ex-aequo avec une fiche similaire de 3 points (1 moyen, 1 faible). Ils obtiennent le seuil de réussite comparatif moyen.

Tableau 5.22 Score totaux et attribution des seuils de réussite comparatifs globaux pour l'ensemble de la cinquième dimension de l'accès : L'adéquation

Indicateurs de L'ADÉQUATION	Secteur Communautaire		Secteur Médical		Secteur CLSC/CSSS	
	Seuils	Pts	Seuils	Pts	Seuils	Pts
5.5.1 Intensité de la valorisation de mandats, missions, objectifs favorisant le développement d'offres de services justes et adéquates	MOYEN	2 pts	FAIBLE	1 pt	ÉLEVÉ	3 pts
5.5.2 Intensité de la valorisation d'approches favorisant la mise en place de services justes et adéquats	FAIBLE	1 pt	MOYEN	2 pts	ÉLEVÉ	3 pts
SCORE TOTAUX ET SEUILS DE RÉUSSITE GLOBAUX	MOYEN (ex-aequo)	3 pts	MOYEN (ex-aequo)	3 pts	ÉLEVÉ	6 pts

CHAPITRE VI

DISCUSSION

Ce mémoire rend compte d'un processus d'évaluation axé sur la production de jugements crédibles utilisés pour caractériser l'accès aux services de prévention du VIH s'adressant spécifiquement aux HRSH montréalais, et ce, sous l'angle de la prévention combinée du VIH. Il a permis de développer des indicateurs servant à apprécier l'accès selon cinq dimensions (approchabilité, acceptabilité, disponibilité, abordabilité, adéquation) et a permis de porter des jugements crédibles sur l'accès aux services de prévention du VIH selon les offres dispensées par trois secteurs de pratique considérés (communautaire, médical, CLSC/CSSS). À travers ce processus, ce mémoire permet également de faire ressortir des obstacles à contourner et des conditions favorables à respecter dans l'éventuelle mise en place d'une stratégie efficace et accessible de prévention combinée du VIH auprès des HRSH montréalais.

La présente section vise à présenter et discuter les principaux résultats. Pour ce faire, la validité interne de la recherche sera d'abord abordée. Par la suite, un retour systématique sur les objectifs et questions de recherche sera effectué, en prenant soin de faire ressortir les faits saillants et retombées innovantes de l'étude. Une critique sera ensuite formulée de sorte à mettre en lumière les principales limites et biais de l'étude. La pertinence pour le domaine de la sexologie au Québec sera aussi soulevée. Au final, des recommandations pour les recherches futures seront proposées et une courte conclusion sera formulée.

6.1 Validité de la recherche

L'ethnographie a servi de cadre au design de la recherche, qui s'est déroulée en trois phases de collecte : (1) rencontres du comité de direction intersectoriel; (2) repérage des services; (3) essai des services. Le design de recherche a impliqué le travail de six assistants de recherche, l'utilisation de cinq méthodes de collectes de données différentes, de cinq sources de données et de deux concepts théoriques sur lesquels reposent l'analyse. Ce design de recherche complexe et rigoureux vise à saisir de façon juste le caractère accessible des soins et services de prévention du VIH spécifiques aux HRSH montréalais. En regard de la validité interne, l'imbrication de trois premiers types de triangulation (enquêteurs, méthodes, sources de données) permet d'assurer la fiabilité des résultats. La validité interne est aussi soutenue par l'analyse des données qui ont été soumises à deux niveaux de triangulation reposant chacun sur un concept théorique. Un premier niveau de triangulation appuyé sur le *modèle d'accès aux services et soins de santé* proposé par Lévesque, Harris et Russel (2013) et un deuxième appuyé sur le cadre *d'évaluation de programme axé sur le jugement crédible* (Hurteau, Houle et Guillemette, 2013). Cette démarche d'analyse a assuré une certaine fiabilité interne des résultats.

Dans le même ordre d'idées, il est nécessaire de souligner le caractère innovateur de la *simulated client method* (SCM) et son apport important quant à la validité interne des résultats. Puisque la SCM est incognito et n'influence pas le cours naturel de l'expérience, nous avons utilisé cette méthode pour observer de manière clandestine les comportements des fournisseurs de soins rejoints lors d'un premier contact avec la ressource et ainsi mieux qualifier l'expérience. De la sorte, nous avons pu repérer les ressources chez qui un usager potentiel pourrait percevoir une expertise en termes de réponse aux besoins spécifiques des HRSH ou une sensibilité quant à leurs réalités.

La validité interne des résultats a aussi été assurée par l'imputabilité procédurale rendue possible grâce à d'autres moyens: la présence prolongée sur le terrain, des discussions avec des personnes extérieures (directrice de recherche, assistants de recherche, etc.), un processus inductif de collecte et d'analyse de données, des dialogues ininterrompus avec les acteurs du comité consultatif intersectoriel MOB, la production riche et détaillée du contexte de l'étude et de son déroulement, la transparence du chercheur principal et la réflexivité constante par la production de traces écrites (fiches de collecte, notes d'observation descriptives, mémos d'analyse, réflexions personnelles).

Ainsi, il est possible d'avancer que les données obtenues reflètent le domaine de la prévention du VIH à Montréal en contexte de prévention combinée et renvoient à des significations qui s'avèrent pertinentes et vraisemblables en regard de l'accès aux soins et services de prévention du VIH pour les HRSH sur ce territoire.

6.2 Synthèse et interprétation des résultats

L'objectif principal de l'étude était de caractériser l'accès aux soins et services de prévention du VIH spécifiques aux HRSH montréalais sous l'angle de la prévention combinée. Au départ, il se déclinait en deux objectifs spécifiques et un troisième s'est ajouté en vue de mieux répondre à l'objectif général:

- (1) Répertorier les ressources et services déjà existants à Montréal en matière de prévention du VIH auprès des HRSH et ayant le potentiel d'être combinés.
- (2) Développer une liste d'indicateurs et de critères sous-jacents qui composent l'accès aux soins et services de santé.

- (3) Produire des jugements crédibles qui portent sur ces cinq dimensions de l'accès aux soins et services (approchabilité, acceptabilité, disponibilité, abordabilité, adéquation), leurs indicateurs et critères sous-jacents, et qui visent à caractériser l'accès aux soins et services de prévention du VIH spécifiquement offerts aux HRSH montréalais selon trois secteurs du réseau de la santé et des services sociaux (clinique, communautaire, CLSC/CSSS).

La présente section reprend ces objectifs spécifiques un à un dans le but de discuter dans quelle mesure notre étude leur répond. De manière transversale, les caractéristiques de l'accès aux soins et services de prévention du VIH spécifiques aux HRSH montréalais sont aussi abordées.

6.2.1 Ressources et services déjà existants à Montréal en matière de prévention du VIH auprès des HRSH et ayant le potentiel d'être combinés

Notre étude répond bien au premier objectif spécifique qui visait à répertorier les ressources et services déjà existants à Montréal en matière de prévention du VIH auprès des HRSH et ayant le potentiel d'être combinés. L'offre de services déjà existants à Montréal en matière de prévention du VIH auprès des HRSH est constituée de 20 ressources (11 organismes communautaires, 5 CLSC/4CSSS, 4 cliniques médicales) qui dispensent 91 services ayant le potentiel d'être combinés : 43 interventions de type biomédical; 27 interventions de type comportemental; 21 interventions de types structurel. À Montréal, on constate donc une forte prévalence des interventions de type biomédical. Elles constituent 47% (n=43) de l'offre totale.

Tableau 6.1 L'offre de services en regard des types d'intervention nécessaires à la prévention combinée

Types d'interventions	(n) services	% de l'offre
Biomédical	43	47%
Comportemental	27	30%
Structurel	21	23%
TOTAL	91	100%

En prenant en considération trois secteurs du réseau de la santé et des services sociaux pour fins de comparaison et d'évaluation, notre étude permet de faire ressortir les forces de chacun des secteurs en termes de types d'intervention visées par la prévention combinée. Le tableau 6.2 fait état de ces types d'intervention et indique la proportion étant distribuée par chacun des secteurs.

Tableau 6.2 Offres de services déjà existants en Montréal en prévention du VIH spécifique aux HRSH : Proportions par secteur et par type d'interventions

	Type biomédical		Type comportemental		Type structurel		Offre Totale	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Communautaire	7	16%	20	74%	19	90%	46	51%
Médical	21	49%	5	19%	1	5%	27	29%
CLSC	15	35%	2	7%	1	5%	18	20%
TOTAL	43	100%	27	100%	21	100%	91	100%

Le secteur communautaire est celui qui propose l'offre la plus importante avec 46 services, soit près de 51 % de l'offre totale. Il est aussi le secteur proposant la proportion la plus importante de services de type comportemental avec 74% (n=20) de l'offre totale d'interventions de type comportemental. Ce constat se répète pour les

interventions de type structurel où son offre constitue 90% (n=19) de l'offre totale de ce type. Cependant, il propose moins de services de type biomédical. Tout de même, il demeure le secteur avec l'offre de services la mieux diversifiée. Quant à lui, le secteur médical offre la plus large proportion d'interventions de type biomédical avec près de la moitié de l'offre, soit 49% (n=21). Cependant, il propose une proportion nettement plus faible des deux autres types d'intervention (type comportemental = 19%, type structurel = 5%). Bien qu'il offre une proportion de 35% de l'offre de type biomédical, le secteur CLSC/CSSS ne distribue que peu de services d'autres types (type comportemental = 7%; structurel = 5%). Il propose donc une offre de services moins importante (n=18) et moins diversifiée que les deux autres secteurs. Ceci peut être expliqué par certains facteurs, notamment, les missions des organisations composant les différents secteurs ainsi que la constitution des expertises en présence dans les organisations et secteurs. Il est nécessaire de souligner que ces différences dans la distribution de l'offre ont pu constituer un biais dans l'analyse des résultats.

Bien que non exhaustive et centrée sur le VIH, cette cartographie des services dressée laisse entendre que les principales stratégies comportementales, biomédicales et structurelles sont disponibles dans le réseau de la santé et des services sociaux pour les HRSH montréalais, que ce soit en milieu communautaire, dans les CLSC/CSSS ou dans les cliniques médicales privées. Pour maximiser leur potentiel, il reste primordial de savoir créer la synergie et la complémentarité entre ces stratégies.

6.2.2 Indicateurs et critères sous-jacents qui composent l'accès aux soins et services de santé en prévention du VIH

La présente section vise à démontrer que notre étude répond bien au deuxième objectif spécifique, qui visait à développer des indicateurs et critères sous-jacents qui composent l'accès, et ce, selon cinq dimensions (approchabilité, acceptabilité, disponibilité, abordabilité, adéquation). Au final, notre liste est composée de 19

indicateurs et 63 critères sous-jacents (voir annexe G) parmi lesquels plusieurs ressortent comme étant innovants. Dans la présente section, pour chacune des dimensions, les indicateurs et critères sous-jacents qui n'ont pas été recensés dans la littérature parcourue et qui ont émergé de notre démarche en tant qu'indicateurs et critères sous-jacents nouveaux les plus pertinents et innovants seront soulignés.

Approchabilité

Plusieurs indicateurs émergents de la démarche corroborent les écrits recensés. Tel est le cas pour *l'utilisation des technologies de communication comme moyen de promotion et de diffusion d'informations* et ses critères sous-jacents (existence d'un site Internet, l'utilisation de médias sociaux comme moyen de promotion et l'existence d'application mobile). Plusieurs auteurs notent également que les interventions de prévention du VIH axées sur la technologie (services sur le web, services SMS, applications mobiles, utilisation des médias sociaux) seraient des outils améliorant la qualité de la documentation et réduisant l'information erronée (Hottes *et al.*, 2012; Liu *et al.*, 2015; Naseriasl *et al.*, 2015; Wanyenze *et al.*, 2016).

Aussi, plusieurs de nos indicateurs et critères sous-jacents visaient la promotion tant des ressources et services, que la promotion et la diffusion d'informations au sujet de la santé. Cela rejoint des idées soulevées par certains auteurs qui soulignent qu'une faible connaissance des services disponibles serait une barrière de l'accès aux soins et services de santé chez les HRSH (Bowring *et al.*, 2015; Liu *et al.*, 2015). Le manque de connaissance sur le VIH (infection, transmission, incidence dans la communauté) apparaît aussi comme barrière de l'accès (Bowring *et al.*, 2015; Liu *et al.*, 2015). Aussi, la mauvaise information et les types de messages véhiculés aux HRSH, notamment à propos de la notion de risque, peuvent influencer les perceptions de l'utilisateur (Wirtz *et al.*, 2014). Notons que 11 messages préventifs à promouvoir jugés prioritaires par les acteurs du comité de direction intersectoriel MOB ont servi de critère sous-jacent à l'évaluation du cinquième indicateur (*pertinence des thèmes*

utilisés pour promouvoir les services préventifs). Entre autres, on retrouve parmi ces 11 messages ceux portant sur divers aspects de la notion de risque et ceux portant sur le VIH, les ITSS, leurs symptômes, modes de transmission et moyens de protection.

L'indicateur de l'accessibilité no 2 (*Prise de contact téléphonique et réponse à une demande d'informations générale*) et ses trois critères sous-jacents ont émergés comme nouveaux. C'est pour leur apport à la présente étude qu'ils apparaissent parmi les plus innovants et pertinents à considérer comme composante de l'accès. L'évaluation de cet indicateur, encadrée par la SCM, a permis de déceler l'une des barrières d'accès les plus importantes rencontrées lors de notre étude : un manque flagrant d'ouverture et de sensibilité aux besoins spécifiques et réalités des HRSH de la part des ressources de prévention du VIH (pas nécessairement spécifique aux HRSH) sur le territoire montréalais. Ce point sera abordé plus en profondeur à la section 6.2.4. D'autres indicateurs et critères sous-jacents apparaissent comme innovants : *l'intensité et la pertinence des activités de promotion en dehors des zones reconnues comme étant fréquentées par la population gaie; l'intensité de la promotion des offres de services spécifiquement destinés aux HRSH; placements publicitaires/promotionnels à la télévision ou à la radio.*

Acceptabilité

L'indicateur no 1 de l'acceptabilité (*Le caractère anonyme et confidentiel des ressources et des services*) s'avère largement abordé dans la littérature où il y est décliné sous plusieurs angles qui corroborent avec nos critères sous-jacents : (1) l'emplacement géographique favorisant l'anonymat; (2) l'anonymat du lieu physique; (3) mécanismes déployés pour préserver anonymat et confidentialité; (4) moyens déployés pour dispenser les services et pouvant faciliter l'anonymat de l'utilisateur.

Pour plusieurs auteurs l'emplacement géographique serait un facteur à considérer puisqu'il influence le choix des HRSH dans leur recours aux services (Bowring *et al.*,

2015; Bien *et al.*, 2015; Hottes *et al.*, 2012; Liu *et al.*, 2015; Underhill *et al.*, 2014). Par exemple, Bien *et al.* (2015) et Underhill *et al.* (2014) soulignent que l'offre de dépistage rapide du VIH décentralisé dans des installations de santé en périphérie de la communauté serait un indicateur favorisant l'accès. Les protocoles n'assurant pas la confidentialité sont également soulignés dans la littérature comme barrière d'accès (Bien *et al.*, 2015; Bowring *et al.*, 2015; Koester *et al.*, 2013; Reisen *et al.*, 2014; Wirtz *et al.*, 2014). Par exemple, dans l'étude de Koester *et al.* (2013), la peur d'être repéré par des compagnies d'assurances, employeurs ou gouvernement est signalée. Ou encore, dans l'étude de Reisen *et al.* (2014), la méfiance envers le système de santé et ses procédures de test et de notification des résultats ressort comme une puissante barrière d'accès. Une fois entre les murs d'une ressource, l'importance de la confidentialité et de l'anonymat demeure. Les participants à l'étude de Hottes *et al.* (2012) sont nombreux à souligner la crainte d'être vus et la peur que leur utilisation d'un service soit su. Plusieurs auteurs soulignent que les centres bondés sont souvent perçus comme barrière d'accès (Bowring *et al.*, 2015; Hottes *et al.*, 2012; Liu *et al.*, 2015).

L'indicateur no 3 de l'acceptabilité (*Intensité de la promotion des valeurs à caractère acceptable pour une majorité*) et les quatre critères sous-jacents qui le composent ont émergés comme nouveaux et sont ressortis innovants pour caractériser l'acceptabilité. *L'anonymat du lieu physique de la ressource* est également un critère sous-jacent ayant émergé de notre démarche et n'étant pas abordé à travers les études recensées. Le fait de se rendre dans une ressource facilement identifiable comme proposant des services de dépistage du VIH et des ITSS et située sur un territoire achalandé a été identifié comme une barrière d'accès importante dans notre étude.

Disponibilité

L'indicateur no 1 : *L'amplitude de l'offre de services sur une période hebdomadaire par plage horaire donnée (périodes de la semaine et moments du jour) et par types*

d'intervention nécessaire à la prévention combinée (structurel, biomédical, comportemental) est un indicateur nouveau parmi les plus innovants ressortis de notre recherche. Bien que les études sont nombreuses à soulever l'importance de combiner des interventions de divers types pour une meilleure synergie (Arreola *et al.*, 2015; Bien *et al.*, 2015; Bowring *et al.*, 2015; Pachankis *et al.*, 2015; Rausch *et al.*, 2013; Reisen *et al.*, 2014), aucune des études recensées n'aborde l'amplitude des offres de services sur un territoire donné, qu'elles soient de type structurel, comportemental ou biomédical, et non plus de manière générale.

L'indicateur no 2 de la disponibilité (*réactivité des ressources*) et ses critères sous-jacents sont eux-aussi innovants dans la mesure où ils proposent une catégorisation nouvelle de types de services qui favorisent l'accès (disponible en tout temps; clé en main sur demande; intervention de proximité; disponible de manière ponctuelle et en différé; avec et sans rendez-vous). Cet indicateur rejoint l'étude de Coulibaly *et al.* (2013), qui indiquent que la capacité d'une ressource à adapter ses horaires aux modes de vie des populations ciblées, à offrir des services de proximité là où vivent les populations et à offrir des services de consultations sur mesure sont des aspects qui ont trait à la réactivité et qui sont ressortis comme bénéfiques (Coulibaly *et al.*, 2013).

Abordabilité

L'indicateur no 2 de l'abordabilité (*coûts indirects engendrés*) et son deuxième critère sous-jacent (*autres aspects des services pouvant générer des coûts indirects*) vont dans le sens des barrières et conditions favorables recensées dans la littérature. À travers notre démarche, deux aspects des services sont ressortis comme pouvant générer d'autres coûts indirects : le contingentement des services et la complexité des mécanismes de rendez-vous. Ce qui rejoint certains auteurs qui soulignent les longues files d'attente et le contingentement des ressources comme barrières de l'accès (Bowring *et al.*, 2015; Hottes *et al.*, 2012; Liu *et al.*, 2015) ainsi que d'autres auteurs

qui soulignent le court temps d'attente et la possibilité de sans rendez-vous comme conditions favorables (Bien *et al.*, 2015; Koester *et al.*, 2013; Liu *et al.*, 2015).

Un seul critère sous-jacent ayant émergé ne semble pas traité dans la littérature soit, *les offres de services engendrant une période d'attente involontaire chez l'utilisateur entre le moment de la prise de rendez-vous et le moment du rendez-vous lui-même*. Ce critère s'avère fort pertinent et son évaluation a permis de faire ressortir que cette période d'attente dont il est question constitue l'une des barrières d'accès importantes que nous avons documentées.

Adéquation

Pour évaluer cette cinquième et dernière dimension de l'accès, deux indicateurs (et 12 critères sous-jacents) ont émergé. Cependant, ils se sont avérés peu pertinents compte tenu de leur difficulté à saisir en profondeur la réelle essence de l'adéquation. En effet, *l'intensité de la valorisation de mandats/missions/objectifs favorisant le développement d'offres de services justes et adéquates* et *l'intensité de la valorisation d'approches favorisant la mise en place de services justes et adéquats* sont des indices de l'orientation que les secteurs donnent à leurs actions, mais ils ne permettent pas de saisir la réalité quant à l'adéquation des services. Il s'agit là d'une limite majeure de notre étude. Ce point sera précisé à la section 6.3.4.

6.2.3 Jugements crédibles et caractéristiques de l'accès aux soins et services de prévention du VIH spécifiques aux HRSH montréalais selon trois secteurs (médical, communautaire, CLSC/CSSS)

Notre étude répond bien au troisième objectif spécifique qui visait la production de jugements crédibles portant sur les cinq dimensions de l'accès aux soins, leurs indicateurs et critères sous-jacents, et qui visaient à caractériser l'accès aux soins et services de prévention du VIH spécifiquement offerts aux HRSH montréalais selon

trois secteurs du réseau de la santé et des services sociaux (clinique, communautaire, CLSC/CSSS). Dans la présente section, les conclusions globales caractérisant l'accès dans son ensemble sont précisées.

Tel qu'illustré au tableau 6.3, les seuils de réussite comparatifs globaux attribués et les scores totaux obtenus à l'évaluation de chacune des dimensions dans leur globalité ont été compilés de sorte à juger des performances de chacun des secteurs en regard de l'accès dans l'ensemble. En conclusion, à Montréal, le secteur communautaire se démarque comme proposant l'offre de services la plus accessible dans l'ensemble. Avec une fiche indiquant un score total de 36 points (9 élevés, 4 moyens, 1 faible), il obtient le seuil de réussite comparatif global élevé pour l'accès dans son ensemble. Les performances des deux autres secteurs se chevauchent. Toutefois, c'est le secteur médical qui obtient le seuil de réussite comparatif global moyen avec une fiche de 27 points (3 seuils élevés, 7 moyens, 4 faibles). Dans l'ensemble, le secteur CLSC/CSSS performe légèrement plus faiblement et arbore une fiche cumulative de 25 points (5 élevés, 1 moyen, 7 faibles).

Il est nécessaire de rappeler qu'encore ici, les résultats sont probablement inhérents aux caractéristiques des organisations comme leurs missions, leurs approches préconisées, ainsi que la constitution des expertises en présence dans les organisations qui composent les divers secteurs.

Tableau 6.3 Score totaux et attribution des seuils de réussite comparatifs globaux pour l'accès dans sa globalité

ACCÈS 19 indicateurs, 63 critères sous-jacents	Secteur Communautaire		Secteur Médical		Secteur CLSC/CSSS	
	APPROCHABILITÉ (5 indicateurs, 29 critères sous-jacents)	ÉLEVÉ	13	MOYEN	11	FAIBLE
ACCEPTABILITÉ (3 indicateurs, 12 sous-critères)	ÉLEVÉ (ex-aequo)	8	MOYEN	5	ÉLEVÉ (ex-aequo)	8
DISPONIBILITÉ (2 indicateurs, 5 critères sous-jacents)	ÉLEVÉ	6	MOYEN	4	FAIBLE	2
ABORDABILITÉ) (2 indicateurs, 5 critères sous-jacents)	ÉLEVÉ	6	MOYEN (ex-aequo)	4	MOYEN (ex-aequo)	4
ADÉQUATION (7 indicateurs, 12 critères sous-jacents)	MOYEN (ex-aequo)	3	MOYEN (ex-aequo)	3	ÉLEVÉ	6
GRAND SCORE TOTAL	36 points		27 points		25 points	
SEUILS DE RÉUSSITE COMPARATIFS GLOBAUX	ÉLEVÉ		MOYEN		FAIBLE	

Quant à lui, le tableau 6.4 met en lumière les performances les plus marquantes de chacun des secteurs par une vue d'ensemble plus détaillée de l'attribution des seuils de réussite comparatifs pour chacun des 19 indicateurs.

Tableau 6.4 Synthèse de l'attribution des seuils de réussite comparatifs obtenus à l'évaluation de cinq dimensions et 19 indicateurs de l'accès

APPROCHABILITE		Communautaire		Médical		CLSC/CSSS	
5.1.1	L'utilisation des technologies comme moyen de promotion et de diffusion d'informations	ÉLEVÉ	3	MOYEN	2	FAIBLE	1
5.1.2	Prise de contact téléphonique et réponse à une demande d'informations générale	MOYEN (ex-aequo)	2	MOYEN (ex-aequo)s	2	FAIBLE	1
5.1.3	Diversité des efforts de promotion et de diffusion d'informations	MOYEN	2	ÉLEVÉ	3	FAIBLE	1
5.1.4	Intensité et pertinence des activités de promotion en dehors des zones gaies	ÉLEVÉ	3	MOYEN	2	FAIBLE	1
5.1.5	La pertinence des thèmes utilisés pour promouvoir les services préventifs	ÉLEVÉ	3	MOYEN	2	FAIBLE	1
SCORE TOTAUX SEUILS COMPARATIFS GLOBAUX		13 POINTS ÉLEVÉ		11 POINTS MOYEN		5 POINTS FAIBLE	
ACCEPTABILITE		Communautaires		Médical		CLSC/CSSS	
5.2.1	Caractère anonyme et confidentiel de la ressource	ÉLEVÉ (ex-aequo)	3 pts	FAIBLE	1 pt	ÉLEVÉ (ex-aequo)	3 pts
5.2.2	Caractéristiques des populations ciblées par les organisations	ÉLEVÉ (ex-aequo)	3 pts	ÉLEVÉ (ex=aequo)	3 pts	MOYEN	2 pts
5.2.3	Intensité de la promotion des valeurs à caractère acceptable pour une majorité	MOYEN	2 pts	FAIBLE	1 pt	ÉLEVÉ	3 pts
SCORE TOTAUX SEUILS COMPARATIFS GLOBAUX		8 POINTS ÉLEVÉ (EX-AEQUO)		5 POINTS MOYEN		8 POINTS ÉLEVÉ (EX-AEQUO)	
DISPONIBILITE		Communautaire		Médical		CLSC/CSSS	
5.3.1	Amplitude de l'offre de services	ÉLEVÉ	3 pts	MOYEN	2 pts	FAIBLE	1 pt
5.3.2	Réactivité des ressources et de l'offre de service	ÉLEVÉ	3 pts	MOYEN	2 pts	FAIBLE	1 pt
SCORE TOTAUX SEUILS COMPARATIFS GLOBAUX		6 POINTS ÉLEVÉ		4 POINTS MOYEN		2 POINTS FAIBLE	
ABORDABILITE		Communautaire		Médical		CLSC/CSSS	
5.4.1	Couts directs liés à l'utilisation du service	ÉLEVÉ (ex-aequo)	3 pts	FAIBLE	1 pt	ÉLEVÉ (ex-aequo)	3 pts
5.4.2	Couts indirects liés à l'utilisation du service	ÉLEVÉ (ex-aequo)	3 pts	ÉLEVÉ (ex-aequo)	3 pts	FAIBLE	1 pt
SCORE TOTAUX SEUILS COMPARATIFS GLOBAUX		6 POINTS ÉLEVÉ		4 POINTS MOYEN (EX-AEQUO)		4 POINTS MOYEN (EX-AEQUO)	

ADÉQUATION	Communautaire		Médical		CLSC/CSSS	
5.5.1 Formation et compétences techniques des fournisseurs de soins	n/a	-	n/a	-	n/a	-
5.5.2 Collaborations et partenariats effectifs	n/a	-	n/a	-	n/a	-
5.5.3 Table de concertation et table de travail	n/a	-	n/a	-	n/a	-
5.5.4 Caractéristiques des liens entre les professionnels de divers secteurs	n/a	-	n/a	-	n/a	-
5.5.5 Vision des experts sur la prévention du VIH	n/a	-	n/a	-	n/a	-
5.5.6 Intensité de la valorisation de mandats, missions, objectifs favorisant le développement d'offres de services justes et adéquates	MOYEN	2 pts	FAIBLE	1 pt	ÉLEVÉ	3 pts
5.5.7 Intensité de la valorisation d'approches favorisant la mise en place de services justes et adéquats	FAIBLE	1 pt	MOYEN	2 pts	ÉLEVÉ	3 pts
SCORE TOTAUX SEUILS COMPARATIFS GLOBAUX	3 POINTS MOYEN (EX. AÉQUO)		3 POINTS MOYEN (EX. AÉQUO)		6 POINTS ÉLEVÉ	

Le secteur communautaire a été jugé le plus méritoire en regard de quatre des cinq dimensions dans leur globalité (approchabilité, acceptabilité, disponibilité, abordabilité). Sa performance la plus marquante est sans doute à l'évaluation de la troisième dimension, la disponibilité, où il se démarque en regard du degré d'amplitude de son offre de services (surtout structurel). Il se démarque davantage en regard de la réactivité des ressources et de son offre de service, indicateur où il surclasse les autres secteurs. En termes d'acceptabilité, il se démarque par le caractère anonyme et confidentiel des ressources et les caractéristiques des populations qu'il cible. Sa performance la plus faible est observée en termes d'adéquation en général, performance surtout marquée par la faible intensité qu'il met dans la valorisation d'approches orientées vers l'adéquation et la justesse des services.

Pour chacune des cinq dimensions, le secteur médical se place comme second. Sa performance la plus marquante est en termes d'approchabilité, notamment pour sa capacité à rejoindre une large partie de la population par la diversité de ses efforts de

promotion et de diffusion d'informations. Il se démarque aussi à la troisième dimension, la disponibilité, pour le degré d'amplitude de son offre de services de type biomédical et pour les périodes de sans rendez-vous qu'il met à la disposition de l'utilisateur. Ses performances les plus faibles ont été observées en regard de l'abordabilité, spécifiquement pour les coûts directs des services et en termes d'adéquation. Aucune ressource de ce secteur ne valorise de mandat/mission/objectif orienté vers l'importance de référencements appropriés, ni vers la participation au processus de concertation, et non plus vers la participation des populations visées dans le développement et la mise en place des offres de services.

De son côté, le secteur CLSC/CSSS se démarque par des performances jugées plus faibles dans l'ensemble. Sa performance la plus marquante positivement est observée en regard de l'adéquation, où il est le secteur le plus méritoire autant pour l'intensité de la valorisation de mandats/missions/objectifs favorisant le développement d'offres de services adéquates, que pour l'intensité de la valorisation d'approches allant dans le même sens. Il se démarque aussi positivement en termes d'acceptabilité quant à l'intensité de la promotion qu'il fait des valeurs liées aux compétences professionnelles et liées à l'égalité et à la justice sociale. Sa performance la plus faible est observée pour la première dimension dans l'ensemble, l'abordabilité, où sa performance est jugée la moins méritoire pour chacun des cinq indicateurs évalués. La prise de contact téléphonique (et réponse à une demande d'informations générales), la diffusion d'informations techniques concernant les services et la pertinence des thèmes utilisés pour promouvoir les services préventifs apparaissent comme étant les plus problématiques.

6.2.4 Obstacles à contourner et conditions favorables à respecter en vue d'opérationnaliser une stratégie efficace et accessible de prévention combinée du VIH auprès des HRSH à Montréal

À nos objectifs de recherche s'ajoutait une question générale à laquelle l'étude vise à répondre : En regard des services existants, quelles sont les obstacles à contourner et les conditions favorables à respecter en vue d'opérationnaliser une stratégie efficace et accessible de prévention combinée du VIH auprès des HRSH à Montréal?

Les sections précédentes offrent déjà des réponses à la question générale de notre étude. D'autres barrières d'accès et conditions favorables ayant émergé de notre démarche s'avèrent pertinentes à considérer. Elles sont soulevées dans la présente section.

6.2.4.1 Obstacle no 1 : Le manque flagrant d'ouverture et de sensibilité des ressources face aux réalités et besoins spécifiques des HRSH

Une caractéristique importante de l'offre est ressortie au cours de la sous-étape de *repérage des offres spécifiques aux HRSH* : les ressources en prévention du VIH à Montréal sont caractérisées par un manque flagrant d'ouverture et de sensibilité aux réalités et besoins spécifiques des HRSH. Cet aspect s'avère être un obstacle majeur à contourner dans une éventuelle mise en place d'une stratégie efficace et accessible de prévention combinée du VIH auprès des HRSH à Montréal.

Au départ, un total de 136 ressources qui dispensent des services en prévention du VIH ont été recensées (46 cliniques médicales, 31 CLSC/12 CSSS, 23 organismes communautaires, 23 hôpitaux/3 URHESS, 13 SIDEPE). Au cours de la sous-étape de *repérage des offres spécifiques aux HRSH*, l'échantillon est passé à 20 ressources (11 organismes communautaires, 5 CLSC/4CSSS et 4 cliniques médicales). De la sorte, pour 116 ressources (42 cliniques médicales, 26 CLSC/8CSSS, 12 organismes

communautaires, 23 hôpitaux/3 URHESS, 13 SIDEPE), nos clients simulés n'ont pas pu percevoir d'expertise en termes de réponses aux besoins spécifiques des HRSH, ni de sensibilité quant à leurs réalités. Ces résultats soutiennent le constat de Wanyenze *et al.* (2016), qui proposent de miser sur le renforcement des capacités d'accueil et de la sensibilité des fournisseurs de soins aux réalités des HRSH pour davantage d'acceptabilité de leur part. Ils soutiennent également l'idée que lorsque les HRSH se heurtent aux comportements peu humanistes des fournisseurs de soins, cela constitue une barrière d'accès (Underhill *et al.*, 2015). Ils rejoignent également les études de Krakower et Mayer (2012) et Wingood, *et al.* (2013), qui soulignent l'importance de l'aisance des fournisseurs de soins à aborder les questions d'orientation sexuelle comme condition favorable d'accès aux soins et services de santé.

Ce manque de sensibilité et d'ouverture aux réalités des HRSH de la part de 116 ressources de prévention du VIH constitue l'une des barrières d'accès les plus importantes rencontrées lors de notre étude. Ce constat soutient l'idée que le contexte social, culturel, politique et institutionnel québécois expose toujours les HRSH à un environnement homophobe et hétérosexiste. Cet obstacle caractéristique de l'offre de services participe très probablement aux inégalités sociales et disparités de santé qui caractérisent le portrait des HRSH.

6.2.4.2 Obstacle no 2 : Le manque d'adéquation des ressources comme obstacle à contourner

Bien que notre étude n'a pas permis d'évaluer de façon exhaustive le caractère adéquat des ressources et services recensés, il reste que certains indices permettent d'identifier des difficultés d'adéquation qui s'inscrivent comme obstacles à contourner dans une éventuelle mise en place de stratégies efficaces et accessibles de prévention combinée du VIH auprès des HRSH montréalais.

Par exemple, des données permettent de constater des difficultés dans les ententes de partenariat. Malgré quelques partenariats de recherche forts pertinents et quelques rares partenariats d'actions permettant un certain maillage entre les ressources et services, il subsiste tout de même un cloisonnement évident. Par exemple, un manque flagrant de partenariat entre les ressources spécifiques aux HRSH et les ressources non-spécifiques, mais possédant des expertises solides concernant d'autres problématiques qui touchent les HRSH (p.ex. ressources en toxicomanie, en santé mentale, en violence) a été identifié. Certains informateurs clés ont expliqué cette réalité en raison de la difficulté de ces services à répondre adéquatement aux réalités et besoins spécifiques des HRSH. Un autre exemple portant sur les difficultés de partenariat est le cas d'un organisme communautaire affirmant fermement ne pas être intéressé à développer des ententes de partenariat avec des organismes de prévention du VIH n'y voyant pas la pertinence. Cet organisme qui s'adresse spécifiquement aux nouveaux arrivants n'est visiblement pas sensibilisé à la logique syndémique du VIH sans quoi il y verrait toute la pertinence. Par ailleurs, le fait que les acteurs de la prévention semblent avoir des difficultés à établir des priorités communes s'inscrit également comme obstacle lié à l'adéquation. Cela ne respecte pas l'une des conditions essentielles à la mise en place d'une prévention combinée opérationnelle et efficace que souligne UNAIDS (2010), soit l'établissement d'objectifs communs et de priorités communes. À travers les rencontres du comité MOB, il a été impossible de trouver un objectif commun à l'ensemble des acteurs, ni même l'objectif de développer une stratégie accessible de prévention combinée du VIH. Un autre obstacle à l'adéquation réside dans les difficultés de référencement entre les ressources. Les pratiques de référencement, de concertation et le maillage entre les ressources sont cités dans la littérature comme conditions favorables, voire primordiales à l'accès (Bowring *et al.*, 2015; UNAIDS, 2010). Les référencements problématiques ont été un obstacle majeur soulevé par notre étude. Par exemple, un fournisseur de soins du secteur médical a fait une référence vers un organisme communautaire (le comité des personnes atteintes du VIH) dissout depuis une dizaine

d'années. D'autres problèmes de référencement intra-organisationnel (p.ex. référence vers une ressource ne travaillant plus pour l'organisation; référence vers une personnes ressource n'ayant pas de lien avec la demande de service initiale) et inter-organisationnel (p.ex. référencement unidirectionnel entre les secteurs; référence vers des services gratuits qui s'avèrent finalement payants) ont aussi été identifiés.

Les études sont nombreuses à soulever l'importance de combiner des interventions de divers types pour une meilleure synergie (Arreola *et al.*, 2015; Bien *et al.*, 2015; Bowring *et al.*, 2015; Pachankis *et al.*, 2015; Rausch *et al.*, 2013; Reisen *et al.*, 2014). Ne pas parvenir à se mobiliser vers des objectifs communs, ne pas converger vers des priorités communes et avoir de la difficulté à établir un maillage solide entre les ressources et services par l'établissement de partenariat ou de référencement solides sont autant de faits qui indiquent que l'offre de services spécifiques aux HRSH montréalais rate une cible importante de la prévention combinée. Dans ce contexte, il s'avère impossible de créer des combinaisons dans lesquelles les interventions seraient complémentaires, efficaces et maximiseraient le potentiel synergique les unissant les unes aux autres (Wingood *et al.*, 2013). Ce manque d'adéquation entre les ressources et services de prévention du VIH pourrait être une hypothèse intéressante à la réponse de l'insuffisance des efforts de prévention déployés jusqu'à maintenant auprès des HRSH montréalais.

6.2.4.3 Condition favorable no 1 : Prendre en considération les différences entre les ressources et leurs spécificités quant à leur culture organisationnelle

Tout comme le propose Wingood *et al.* (2013), notre étude retient que pour être optimale, la prévention combinée doit prendre en considération les différences entre les spécificités des ressources quant à leur culture organisationnelle. Il s'agit d'une condition favorable à respecter dans une éventuelle mise en place d'une stratégie efficace et accessible de prévention combinée du VIH auprès des HRSH à Montréal.

Nos données démontrent que dépendamment de leur culture organisationnelle, les secteurs développent des actions différentes, mais complémentaires. Là où un secteur est moins fort, un autre secteur peut palier cette lacune. Par exemple, une campagne de marketing social offerte par le secteur communautaire et visant à réduire la stigmatisation liée au statut sérologique positif au VIH pourrait influencer positivement un HRSH à avoir recours aux services de dépistage du VIH offerts par le secteur CLSC/CSSS. Ou encore, une campagne de sensibilisation et d'éducation portant sur l'usage de substances psychoactives (SPA) en contexte sexuel pourrait influencer un HRSH à avoir recours aux services de counseling individuel en traitement des dépendances offertes par le secteur médical. Ainsi, l'offre de services propose différentes séquences formées de sorte à ce que les sorties d'un volet deviennent les entrées d'un autre. Cette réalité illustre bien le concept de *sequential interdependance* proposé par Wingood *et al.* (2013) et soutenu par la théorie organisationnelle.

6.2.4.4 Condition favorable no 2 : Multiplier les combinaisons possibles entre type d'interventions (biomédical, comportemental, structurel) et contextes organisationnels (médical, communautaire, CLSC/CSSS)

Le fait d'offrir une diversité de types d'interventions (biomédicales, comportementales, structurelles) dispensés dans des contextes organisationnels différents ressort comme une condition favorable à respecter dans une éventuelle mise en place d'une stratégie efficace et accessible de prévention combinée du VIH auprès des HRSH à Montréal.

Nos résultats ont permis de saisir que là où un secteur présente une barrière d'accès à un service, un autre secteur peut venir compenser pour sa lacune. Par exemple, un même type de services peut être payant lorsque distribué par un secteur et gratuit lorsqu'offert par un autre. C'est le cas notamment pour les services de dépistage du

VIH et des ITSS et les services de counseling individuel ou de couple qui sont payants dans le secteur médical, mais gratuits dans les deux autres secteurs. En allant vers les services du secteur médical, un usager peut payer jusqu'à 25\$ pour un dépistage et jusqu'à 120\$ pour un service de counseling, et ce, sans compter les coûts indirects associés. Or, ce qui constitue une barrière d'accès à ces services dans un secteur, peut constituer une condition favorable dans un autre.

Ainsi, le fait de favoriser une variété de combinaisons possibles entre *type d'intervention et secteur du réseau de la santé et des services sociaux* offre de meilleures chances à un usager d'avoir recours à un service pouvant répondre de manière juste et adéquate à ses besoins spécifiques. Par exemple, pour un HRSH pour qui la gratuité des services de counseling s'avère une condition favorable d'accès, il pourrait bénéficier de ce type de services dans le secteur CLSC/CSSS. Si pour ce même HRSH, le fait de réduire les coûts indirects liés à l'attente entre la prise de rendez-vous et le rendez-vous lui-même, il aurait avantage à utiliser les services de counseling dispensés par le secteur communautaire. Pour un autre HRSH, la condition favorable d'accès à ce service pourrait être le fait de payer 120\$ pour recevoir un counseling de la part d'un fournisseur de services qu'il percevrait davantage formé en raison de son adhésion à un ordre professionnel. Il aurait alors avantage à accéder ce type de service via le secteur médical.

6.2.4.5 Condition favorable no 3 : Développer une forte amplitude des divers types d'interventions pour divers jours de la semaine et moments du jour

Développer une forte amplitude des divers types d'interventions, et ce, pour divers jours de la semaine et moments du jour, s'avère une condition favorable à respecter dans le contexte d'une éventuelle implantation de prévention combinée spécifique aux HRSH montréalais. Dans le même sens, certains types de services favorisent une meilleure amplitude par leur réactivité (disponible en tout temps; clé en main sur

demande; intervention de proximité; disponible de manière ponctuelle et en différé; avec et sans rendez-vous). Ceux-ci s'inscrivent en soi comme condition favorable à respecter pour l'implantation d'une prévention combinée accessible. Ainsi, la liste des indicateurs et critères sous-jacents composant la disponibilité s'avère fort pertinente dans son ensemble pour orienter des changements favorables sur ce plan. La capacité d'une ressource à adapter ses horaires aux modes de vie des populations ciblées, à offrir des services de proximité là où vivent les populations et à offrir des services de consultation sur mesure sont des aspects de la réactivité qui sont ressortis des études comme étant bénéfiques (Bien *et al.*, 2015; Coulibaly *et al.*, 2013; Koester *et al.*, 2013; Liu *et al.*, 2015; UNAIDS, 2010) et qui sont corroborés par les résultats de notre étude. Tel est le cas pour les heures flexibles, le court temps d'attente et la possibilité de sans rendez-vous, qui sont aussi considérés comme conditions favorables (Bien *et al.*, 2015; Koester *et al.*, 2013; Liu *et al.*, 2015).

6.3 Principales limites et biais de l'étude

La présente section vise à mettre en évidence les problèmes méthodologiques qui se sont produits lors de la construction de notre devis de recherche et lors de la collecte de nos données, ainsi que les stratégies adoptées, dans la mesure du possible, pour minimiser leurs impacts.

6.3.1 Les limites d'un devis qualitatif

Tout comme la plupart des études recensées, ce mémoire est basé sur les fondements de la recherche qualitative, ce qui constitue une limite de notre étude. Bien que la recherche qualitative possède des forces propres à elle (p.ex. étude d'un phénomène en profondeur, caractériser l'expérience vécue en lien avec le recours aux services), étudier l'accès sous un regard qualitatif ne permet pas de généraliser les résultats

obtenus à d'autres contextes ou d'autres populations. Les résultats de notre étude ne peuvent donc pas représenter toutes les conditions favorables et tous les obstacles attribuables à l'ensemble de l'offre de services et ne peuvent non plus être transférés à un autre contexte que celui étudié. En revanche, les indicateurs et critères sous-jacents générés pourraient être utiles pour caractériser l'accès dans d'autres contextes. Néanmoins, l'approche ethnographique a permis d'avoir un regard plus près de l'expérience, ce qui constitue une force.

6.3.2 La période de collecte de données

La collecte de données s'est déroulée en 2012 et 2013. Entre la période de collecte de données et le dépôt final de ce mémoire, 4 années se sont écoulées. De la sorte, les résultats présentés dans ce mémoire s'appliquent à la période de temps où se sont déroulées les activités de cueillette de données. Il est donc possible que certains indicateurs et certains éléments du contexte dans lequel les résultats ont émergé se soient modifiés avec le temps.

6.3.3 Une cartographie centrée sur la prévention du VIH spécifique aux HRSH qui constitue un biais de sélection

Telle est la norme pour les recherches qualitatives, notre échantillon est plus petit et s'avère moins représentatif de la réalité qu'un échantillon quantitatif. De plus, notre échantillon n'a pas été monté au hasard. Les efforts de cartographie ont été centrés sur le recensement des ressources et services spécifiquement offerts aux HRSH et orientées en prévention du VIH. Or, plusieurs autres services sont accessibles aux HRSH montréalais, mais ne sont pas pris en considération dans cette étude. Notamment, notre étude ne prend pas en compte d'autres services qui ne sont pas spécifiques aux HRSH, mais auxquels ils pourraient tout de même avoir accès et elle ne prend pas en compte d'autres services proposant une expertise qui n'est pas

orientée en prévention du VIH mais qui portent sur diverses problématiques importantes à considérer en matière de prévention combinée (p.ex. ressources en dépendance, thérapies pour les troubles anxieux).

Ainsi, notre étude ne n'est pas en mesure de prendre en considération de manière adéquate la pertinence des études syndémiques portant sur le VIH qui convergent vers un même constat : la prévention du VIH ne peut plus se centrer qu'uniquement sur les comportements sexuels à risque, elle devrait plutôt préconiser une approche holistique qui tient compte des relations syndémiques entre diverses problématiques.

6.3.4 L'équipe d'assistants de recherche comme biais méthodologique

Les assistants de recherche étaient tous pleinement habiles à naviguer dans le système de santé et de services sociaux. Ils possédaient déjà une bonne connaissance des ressources et services de prévention du VIH sur le territoire montréalais. Ainsi les résultats ne font pas état des conditions favorables et obstacles que pourraient rencontrer un HRSH possédant moins de compétences à naviguer dans le système de santé et services sociaux. Par ailleurs, les assistants étaient tous des hommes gais séronégatifs. Ainsi, les données sont peut-être moins sensibles au point de vue d'hommes gais séropositifs. En ce sens, notre recherche a sans doute eu du mal à capter les différents aspects de la réalité des HRSH. En s'éloignant ainsi des conditions réelles de la population, sa validité écologique est faible.

6.3.5 Le manque de constance a rendu impossible l'évaluation pertinente de la dimension d'adéquation

Le manque de constance dans nos données observées constitue une limite importante de notre étude qui s'est traduit, entre autres, en une incapacité à évaluer de manière pertinente les indicateurs et critères sous-jacents qui composent la dimension

d'adéquation. Notamment, il a été impossible à travers notre démarche d'observer des barrières et conditions favorables à l'accès soulevées dans les études recensées et faisant pertinemment référence à l'adéquation. Tel fut le cas pour tout ce qui a trait aux compétences relationnelles des fournisseurs de soins telles que l'amicalité et la relation de confiance avec le médecin (Bowring *et al.*, 2015; Underhill *et al.*, 2014), à leurs compétences techniques, leur niveau de connaissances (en matière de santé sexuelle, réalités HRSH et besoins spécifiques) et leur formation (Bien *et al.*, 2015; Koester *et al.*, 2013; Li *et al.*, 2014). Bien que pertinents à l'étude de cette dimension, des facteurs sociaux et communautaires n'ont eux aussi pas pu être observés par la méthodologie mise en place tels que la mobilisation et l'engagement des HRSH dans la prévention du VIH, notamment dans la recherche (Beyrer *et al.*, 2012b), les politiques de criminalisation de l'homosexualité, le niveau d'investissement du pays dans les services pour la prévention du VIH (Arreola *et al.*, 2015; Reisen *et al.*, 2014) et le rôle des bailleurs de fonds (Beyrer *et al.*, 2012b). Également, rappelons que les pratiques de référencement, de concertation et le maillage entre les ressources n'ont pu être observés de manière approfondie, bien que cités dans la littérature comme condition essentielle (Bowring *et al.*, 2015; UNAIDS, 2010).

Plusieurs indicateurs de l'adéquation ayant émergé de la démarche mais ayant été retirés en cours de route se seraient avérés davantage pertinents pour dresser un portrait plus intéressant de l'adéquation. Rendu à l'exercice de comparaison, trop de données manquantes ainsi que le manque de constance dans nos variables d'une organisation à l'autre et d'un service à l'autre ont rendu impossible la tâche de comparaison des performances et d'attribution des seuils de réussite pour ces indicateurs. Malgré la difficulté de notre méthodologie à bien les évaluer et malgré leur retrait, ils apparaissent tout de même pertinents à considérer comme composante importante de l'accès. Les voici : (1) formations et compétences techniques des fournisseurs de soins, (2) collaborations et partenariats effectifs, (3) table de

concertation et table de travail, (4) caractéristiques des liens entre les professionnels de divers secteurs, (5) vision des experts sur la prévention du VIH.

6.4 Principales retombées et apport au champ de la sexologie au Québec

Ultimement, malgré ces limites, notre étude s'avère pertinente puisqu'elle se penche sur la question des inégalités sociales et disparités de santé que vivent les HRSH. En participant activement au développement de soins et services à la fine pointe, davantage adaptés aux réalités et besoins des HRSH, notre étude soutient, protège et respecte les droits de l'homme et la dignité des HRSH et des autres minorités sexuelles et leur droit d'avoir accès à des services justes et adéquats.

Il a été démontré que la présente étude répond bien à ses objectifs initiaux et à sa question générale. Ainsi, l'apport de notre étude au développement du domaine de la sexologie au Québec et sa contribution à l'avancement de la recherche et de l'intervention sexologique sont indéniables. Notamment, elle y contribue en offrant une réponse aux manques identifiés entourant l'accès aux soins et services de prévention du VIH en contexte de prévention combinée en caractérisant l'accès aux soins et services de prévention du VIH spécifiques aux HRSH montréalais et en proposant des réponses pertinentes et innovantes quant aux obstacles à contourner et conditions favorables à respecter dans une éventuelle mise en place d'une stratégie préventive combinée du VIH efficace et accessible s'adressant spécifiquement aux HRSH montréalais. Notre étude est également pertinente sur d'autres plans. La présente section souligne ses retombées les plus pertinentes sur les plans social, scientifique et opérationnel.

6.4.1 La pertinence sociale

Suite aux efforts de recension, un flou conceptuel persistait et il restait toujours difficile de comprendre clairement la notion d'accès et ce qui la compose. Notre étude répond donc à ce manque identifié. Au final, notre liste est composée de 19 indicateurs et 63 critères sous-jacents (voir annexe G) parmi lesquels plusieurs ressortent comme étant innovants et pertinents. Ils permettent une compréhension davantage précise de la notion d'accès ainsi qu'une compréhension plus claire des facteurs qui la composent. Il s'agit là d'une retombée majeure de notre étude. Pour sa contribution à une meilleure compréhension de l'accès et de ses composantes, notre étude trouve sa pertinence sociale en collaborant à rendre accessibles les services cliniques et curatifs, en soutenant la création d'un système de soins servant aux mieux les intérêts de santé de la population canadienne et en participant au champ de recherche important des déterminants de la santé en cours depuis plus de deux décennies au Canada. Qui plus est, elle soutient une recommandation importante de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ) qui souligne l'importance de soutenir et mettre en place des pistes d'interventions multisectorielles accordant une place primordiale à l'accès aux services adaptés pour améliorer la situation de santé des individus issus de minorités sexuelles et adressant la problématique du VIH/sida (CDPDJ, 1994).

Ce mémoire soutient l'importance primordiale de remettre en avant-plan la question de l'accès aux soins et services de santé en prévention du VIH auprès des HRSH. Ce déterminant de la santé constitue bien un enjeu structurel d'importance à considérer, surtout en contexte de prévention combinée. Les conclusions internes permettent de noter que les services se doivent d'être accessibles avant de pouvoir être combinés.

6.4.2 La pertinence scientifique

La pertinence scientifique de notre étude est soutenue par le fait qu'elle offre des réponses aux manques identifiés dans les études recensées par la production de savoirs nouveaux concernant principalement l'accès aux soins et services de santé, et la prévention combinée du VIH auprès des HRSH. Notamment, elle contribue à l'avancement des connaissances en visant le territoire montréalais jusque là peu étudié, en proposant une étude exploratoire sous l'angle de la prévention combinée, terrain encore très peu connu et en répertoriant les ressources et services spécifiques aux HRSH montréalais ayant le potentiel d'être combinés.

En regard des services recensés, ce mémoire innove particulièrement en accordant une attention particulière aux trois types d'intervention visées par la prévention combinée : biomédical, comportemental et structurel. À travers la littérature, un manque d'exhaustivité a été soulevé en rapport aux types de services étudiés, souvent de type biomédical (p.ex. dépistage rapide ou standard du VIH; traitement du VIH; PPE; PrEP). Il s'agit d'une limite importante dans la littérature surtout en considération du fait que le concept de prévention combinée souligne clairement l'importance de combiner ces trois types de stratégies. Le fait que notre recherche y porte une attention particulière permet de contrer ce manque identifié et par le fait même d'obtenir des données davantage contextualisées à la prévention combinée. Sans prétendre faire état d'un recensement exhaustif de l'arsenal préventif montréalais, notre étude permet tout de même de porter un regard sur des services davantage diversifiés que dans la littérature.

6.4.3 La pertinence opérationnelle

Les conclusions globales portant sur l'accès et les jugements crédibles émergents permettent d'identifier des forces et faiblesses de chacun des secteurs quant à leurs

capacités à rendre accessibles leurs services. Ainsi, notre étude trouve sa pertinence opérationnelle dans le fait que les résultats pourraient avoir un effet levier auprès des ressources et fournisseurs de soins qui pourront s'attaquer aux barrières identifiées et miser sur le maintien et le développement des conditions favorables soulignées, et ce, autant sur le plan intra-organisationnel qu'inter-organisationnel.

La présente étude pourrait également avoir un effet levier sur l'ensemble des acteurs en prévention du VIH à Montréal, dont les décideurs politiques, puisque les résultats pourraient constituer un point de départ pertinent pour permettre les premiers pas tangibles vers le développement d'une éventuelle mise en place de stratégies préventives combinées du VIH s'adressant spécifiquement aux HRSH montréalais. Les résultats obtenus plaident l'impérativité d'une mise à jour et d'une bonification de la prévention du VIH auprès de la population vulnérable que constituent les HRSH montréalais. Certes, les résultats sauront largement nourrir la démarche délibérative en cours depuis 2012 et portant sur les enjeux actuels de l'épidémie et sur les solutions à envisager pour palier à l'insuffisance des efforts de prévention déployés jusqu'à maintenant auprès des HRSH.

6.5 Recommandations pour des recherches futures

D'abord, il s'avère crucial que les recherches futures continuent à approfondir le champ des connaissances quant aux meilleures pratiques à mettre en place dans l'opérationnalisation efficace et accessible d'une prévention combinée du VIH auprès des HRSH à Montréal. Il serait aussi intéressant de mener ce même type de recherche ailleurs au Canada. Cela permettrait d'améliorer la réponse canadienne en matière de prévention du VIH en réduisant le nombre de nouvelles infections au sein de cette population vulnérable.

Qui plus est, les recherches futures devraient continuer à s'intéresser à la question de l'accès aux soins et services et l'évaluation de ses composantes. Notamment, ces recherches devront miser sur une évaluation davantage pertinente de la dimension d'adéquation. Cette dernière caractéristique étant cruciale si l'on souhaite combiner efficacement les stratégies de prévention déjà existantes. Pertinemment, ces recherches devraient aussi opter pour une approche s'inspirant plus conséquemment de l'analyse syndémique. Ces nouvelles recherches devraient donc inclure le repérage, non seulement des services disponibles relatifs au VIH, mais aussi ceux relatifs à d'autres problématiques comme la toxicomanie, la santé mentale ou la violence dans les relations intimes.

Les recherches futures portant sur l'accès aux soins et services de prévention du VIH spécifiques aux HRSH trouveraient avantage à construire leur devis proposant une méthodologie mixte (qualitative et quantitative) en vue de favoriser une compréhension optimale de l'objet d'étude que constitue l'accès aux soins et services de prévention du VIH en contexte de prévention combinée. Cela favoriserait la validité autant interne qu'externe de futures recherches.

Ces nouvelles recherches devraient porter autant sous l'angle de l'offre que sous l'angle de la demande. Pour ce faire, la mobilisation de HRSH est nécessaire. Elles devraient savoir mobiliser des HRSH de divers profils socio-économiques, culturels et sexuels (p.ex diverses orientations sexuelles et identité de genre) et les impliquer activement dans le processus de recherche. Cela permettrait de tenir compte d'une multiplicité de réalités et conditions de vie des HRSH qui forment la population à l'étude. Cela favoriserait la validité des résultats et permettrait de généraliser les conclusions à l'ensemble de la population à l'étude et, plus particulièrement, au milieu dans lequel vit cette population. Les recherches ultérieures devraient aussi continuer à mobiliser les acteurs de la prévention issus de divers milieux : médical, communautaire, de la santé publique et de la recherche, dans le but de produire des

changements systémiques dans l'accès des HRSH aux stratégies de prévention, selon une approche combinée. Il faudrait aussi voir à solliciter plus fortement les acteurs qui paraissent moins engagés dans la lutte contre le VIH (p.ex. les jeunes, les communautés ethnoculturelles, les CLSC/CSSS) et qui sans le savoir, pourraient être des acteurs cruciaux.

CONCLUSION

Cette étude exploratoire a permis de documenter l'état de l'accès aux stratégies de prévention du VIH pour les HRSH. Bien que non exhaustive et centrée sur le VIH, cette cartographie des services dressée laisse entendre que les principales stratégies comportementales, biomédicales et structurelles sont disponibles dans la communauté, que ce soit en milieu communautaire, dans le réseau de la santé et des services sociaux (CSSS, CLSC) ou dans les cliniques médicales privées. La présente étude a également permis de développer une liste de 19 indicateurs et 63 critères sous-jacents qui composent l'accès et ce, selon cinq dimensions (approchabilité, acceptabilité, disponibilité, abordabilité, adéquation). Toutefois, leur évaluation a permis l'identification de plusieurs barrières d'accès notamment en termes d'approchabilité (p.ex. ressources et services peu visibles et mal identifiés), d'acceptabilité (p.ex. absence ou faible reconnaissance des spécificités des HRSH en matière de santé, incapacité à préserver l'anonymat et la confidentialité), de disponibilité (manque de réactivité des ressources, manque d'amplitude de certaines offres), d'abordabilité (p.ex. coûts indirects engendrés en termes d'attente, coûts directs importants) et d'adéquation (p.ex. absence de coordination et de complémentarité des services, intra et intersectorielles).

Les résultats obtenus soutiennent la pertinence et l'importance d'approfondir le champ de recherches portant sur les meilleures pratiques à mettre en place pour opérationnaliser une prévention combinée efficace et accessible du VIH auprès des HRSH. Ce mémoire soutient également l'importance de remettre en avant-plan la question de l'accès aux soins et services de santé puisqu'il s'agit bien là d'un enjeu structurel d'importance à considérer, surtout en contexte de prévention combinée. Les résultats de ce mémoire pourraient constituer un point de départ pertinent pour

permettre les premiers pas tangibles vers le développement d'une éventuelle mise en place de stratégies préventives combinées du VIH s'adressant spécifiquement aux HRSH montréalais.

ANNEXE A

FICHE D'OBSERVATION PAR CLIENT SIMULÉ

A) DONNÉES FACTUELLES DE LA RESSOURCE	
Nom : _____	
# de tél : _____	Courriel : _____
B) PRISES DE CONTACT (Max de 8) : Date, heure et moyens utilisés pour chacune des tentatives	
1)	2)
3)	4)
5)	6)
7)	8)
Le contact a été possible au _____ ^{ième} essai	
C) RÉCIT D'ENQUÊTE	
<i>Décrivez les faits de votre observation (p. ex : déroulement de l'observation, difficultés rencontrées, points positifs, caractéristiques du contact et de la relation enquêteur-enquêtés, etc.)</i>	
D) RÉFLEXIONS QUANT À L'EXPÉRIENCE VÉCUE	
<i>Qualifiez votre expérience (p. ex : degré d'ouverture, de compréhension, d'intérêt</i>	

perçu chez la ressource, perception du service après un premier contact, comment avez-vous vécu l'expérience)

CONSIGNE :

- *Vous avez un maximum de 4 semaines (ou 8 tentatives de prise de contact) pour rejoindre par téléphone la trentaine de ressources qui vous a été assignée*
- *Lors de la prise de contact vous devrez simuler un client et sa situation*
- *ET remplir la « Fiche d'observation par client simulé »*

Situation

Vous êtes un homme gai accordant une importance à votre santé globale. Natif d'une région plus au nord du Québec et nouvellement arrivé à Montréal, vous souhaitez avoir une idée des services qui pourraient s'offrir à vous en cas de besoins. Vos expériences avec les ressources de votre région n'ont pas toujours été positives quant à l'ouverture des professionnels que vous y avez rencontrés au sujet de votre homosexualité.

Besoin

Tenant compte de vos expériences passées, vous êtes davantage à l'aise d'avoir recours aux services spécifiquement adressés aux hommes gais et qui sont dispensés par des ressources de qui vous pouvez ressentir une certaine sensibilité/expertise/ouverture face aux réalités des hommes gais, réalité que vous vivez

Tâche demandée

Vous vous êtes donné pour tâche d'enquêter sur les ressources en vue de valider si elles correspondent ou non à votre unique critère qu'est l'ouverture face aux réalités gaies.

ANNEXE B

QUESTIONNAIRE SEMI-DIRIGÉ POUR RENCONTRE AVEC LES AGENTS
DE RECHERCHE AYANT SIMULÉ UN CLIENT

<i>A) En considération des ressources que vous avez pu rejoindre, vous êtes-vous senti écouté? Compris?</i>
<i>B) Avez-vous senti une ouverture de la part des répondants? Sur quoi vous êtes-vous basé?</i>
<i>C) Avez-vous pu reconnaître une expertise quant aux réalités gaies?</i>
<i>D) Feriez-vous confiance à cette ressource pour répondre à vos besoins? Pourquoi?</i>
<i>E) Pouvez-vous qualifier le comportement des personnes qui vous ont répondu</i>

ANNEXE C

FICHE PRÉLIMINAIRE DE COLLECTE DE DONNÉES POUR OBSERVATION DIRECTE

Identification de la ressource :
Matériel informatif recueilli :
1. QUI?
2. FAIT QUOI?
3. QUAND?
4. OÙ?
5. COMMENT?
6. POURQUOI?

7. DEPUIS QUAND?
8. DANS QUELLES CONDITIONS?

ANNEXE D

FICHE DE COLLECTE DE DONNÉES POUR OBSERVATION DIRECTE

Date de la collecte : _____
I. DONNÉES GÉNÉRALES CONCERNANT LA RESSOURCE
IDENTIFICATION DE LA RESSOURCE Nom de la ressource Adresse lieu physique: Téléphone : Courriel info : Adresse Internet : ANNÉE DE FONDATION : _____
ÉQUIPE n employés salariés : n ressources bénévoles :
MISSION DE L'ORGANISME

RAISON SOCIALE
OBJECTIFS GLOBAUX
APPROCHE PRIVILÉGIÉES :
CLIENTÈLE VISÉE :
Nombre d'offres de service observés pour cette ressource : _____
II. DONNÉES SPÉCIFIQUES CONCERNANT UNE OFFRE DE SERVICE
<u>IDENTIFICATION SERVICE # 1</u> Nom du service : _____
QUI
N d'employés impliqués aux activités de ce service : _____ Titre des intervenants/employés : _____ Degré scolarité & domaine d'études : _____

<p>Formations spécifiques, expertises et autres spécialisations :</p> <p>Appartenance à un ordre professionnel :</p>
<p>N total de ressources bénévoles impliqués aux activités d'intervention : _____</p> <p>Titre des bénévoles à l'intervention :</p> <p>Description des rôles des bénévoles à l'intervention :</p>
<p>OFFRE QUOI</p>
<p>Définition du service :</p>
<p>But :</p> <p>Objectifs spécifiques :</p> <p>Besoins auxquels répond ce service :</p>
<p>Approches, concepts et techniques à la base du service :</p>
<p>Comment la promotion du service est-elle faite?</p>
<p>À QUI</p>
<p>Caractéristiques de la population visée par l'offre de service:</p> <p>Critères d'admissibilité au service :</p>

QUAND
Horaire d'ouverture (jour et heure)
OÙ
Lieux où est dispensé le service :
COMMENT
Moyens utilisés pour dispenser le service :
DANS QUELLES CONDITIONS
Coût du service :
Mode de paiement :
Critères d'accès au service (p. ex. carte d'assurance maladie)
Mécanisme de prise de rendez-vous :
Description de la procédure pour avoir recours au service :
Caractéristique de l'offre et de la demande :
DEPUIS QUAND
Depuis quand ce service est-il offert :

AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES
RÉFLEXIONS PERSONNELLES ET MÉMOS D'ANALYSE
<p><u>IDENTIFICATION SERVICE # 2</u></p> <p>Nom du service :</p>
<p>QUI</p> <p>N d'employés impliqués aux activités de ce service : _____</p> <p>Titre des intervenants/employés :</p> <p>Degré scolarité & domaine d'études :</p> <p>Formations spécifiques, expertises et autres spécialisations :</p> <p>Appartenance à un ordre professionnel :</p>
<p>N total de ressources bénévoles impliqués aux activités d'intervention : _____</p> <p>Titre des bénévoles à l'intervention :</p> <p>Description des rôles des bénévoles à l'intervention :</p>
OFFRE QUOI

Définition du service :
But : Objectifs spécifiques : Besoins auxquels répond ce service :
Approches, concepts et techniques à la base du service :
Comment la promotion du service est-elle faite?
À QUI
Caractéristiques de la population visée par l'offre de service: Critères d'admissibilité au service :
QUAND
Horaire d'ouverture (jour et heure) •
OÙ
Lieux où est dispensé le service :
COMMENT

Moyens utilisés pour dispenser le service :
DANS QUELLES CONDITIONS
Coût du service : Mode de paiement :
Critères d'accès au service (p. ex. carte d'assurance maladie)
Mécanisme de prise de rendez-vous : Description de la procédure pour avoir recours au service :
Caractéristique de l'offre et de la demande :
DEPUIS QUAND
Depuis quand ce service est-il offert :
AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES
RÉFLEXIONS PERSONNELLES ET MÉMOS D'ANALYSE

<p><u>IDENTIFICATION SERVICE # 3</u></p> <p><u>Nom du service :</u></p>
<p>QUI</p> <p>N d'employés impliqués aux activités de ce service : _____</p> <p>Titre des intervenants/employés :</p> <p>Degré scolarité & domaine d'études :</p> <p>Formations spécifiques, expertises et autres spécialisations :</p> <p>Appartenance à un ordre professionnel :</p>
<p>N total de ressources bénévoles impliqués aux activités d'intervention : _____</p> <p>Titre des bénévoles à l'intervention :</p> <p>Description des rôles des bénévoles à l'intervention :</p>
<p>OFFRE QUOI</p> <p>Définition du service :</p>
<p>But :</p> <p>Objectifs spécifiques :</p> <p>Besoins auxquels répond ce service :</p>

Approches, concepts et techniques à la base du service :
Comment la promotion du service est-elle faite?
À QUI
Caractéristiques de la population visée par l'offre de service:
Critères d'admissibilité au service :
QUAND
Horaire d'ouverture (jour et heure)
OÙ
Lieux où est dispensé le service :
COMMENT
Moyens utilisés pour dispenser le service :
DANS QUELLES CONDITIONS
Coût du service :
Mode de paiement :
Critères d'accès au service (p. ex. carte d'assurance maladie)

Mécanisme de prise de rendez-vous :
Description de la procédure pour avoir recours au service :
Caractéristique de l'offre et de la demande :
DEPUIS QUAND
Depuis quand ce service est-il offert :
AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES
RÉFLEXIONS PERSONNELLES ET MÉMOS D'ANALYSE

ANNEXE E

COMPTE-RENDU D'OBSERVATION PARTICIPANTE CLANDESTINE

A) DONNÉES FACTUELLES
Date de l'observation clandestine : Heure de l'observation : Ressource observée : Service observé (s'il y a lieu) :
Motifs de la visite/consultation : Besoin de santé identifié :
B) RÉCIT D'ENQUÊTE <i>Décrivez les faits de votre observation, données les plus objectives possibles (p. ex : déroulement de l'observation, difficultés rencontrées, points positifs et forces, description des lieux, etc.)</i>
C) ARGUMENTATION SOCIOLOGIQUE <i>Formulée à partir des données contenues dans les 2 autres sections (p. ex. mémos d'analyses évaluation de la portée et des limites de la stratégie d'enquête, degré d'ouverture ressentie face à la réalité vécue, réflexions personnelles)</i>

ANNEXE F

TABLEAU SYNTHÈSE DES RENCONTRES DU COMITÉ INTERSECTORIEL PONCTUEL « MOB »

L'OBJECTIF PRINCIPAL :

— *DANS LE CONTEXTE D'ÉMERGENCE DE NOUVELLES TECHNOLOGIES BIOMÉDICALES DE PRÉVENTION — ARRIVER À UNE OFFRE DE SERVICES INTÉGRÉE ET COORDONNÉE EN MATIÈRE DE PRÉVENTION DU VIH CHEZ LES HARSAH À MONTRÉAL*

POPULATION CIBLE :

LA COMMUNAUTÉ – ON Y INCLUT L'ENSEMBLE DES ACTEURS, TANT LES ACTEURS DIRECTS, LES DIVERSES SOUS POPULATIONS DE HARSAH QUE LES DÉCIDEURS POLITIQUES.

ENJEUX ET DÉFIS		OBJECTIFS (RECHERCHE ET ACTION)		RÉSULTATS ATTENDUS
<p>1. NORMES SOCIALES PLUS SOUPLES ET NOUVELLES TECHNOLOGIES EN CAUSE DANS LE DISPERSEMENT GÉOGRAPHIQUE DES HOMMES GAIS : URGENCE D'ADAPTER NOS FAÇONS DE REJOINDRE LES HOMMES</p>				
<p>L'espace grandissant que prend la technologie dans la socialisation des HARSAH</p>				
<ul style="list-style-type: none"> - Dans l'ère des nouvelles technologies (p. ex. applications pour cellulaire, Internet, etc.) Les lieux géographiques gais perdent en popularité; - Avec des applications comme <i>Grindr</i>, plus besoin de ne fréquenter que les endroits gais. Peu importe où ils sont, les hommes gais peuvent dorénavant repérer de façon rapide et efficace les autres hommes gais; - Avec l'avènement de réseaux sociaux, la création de partys privés devient facile et prend de l'ampleur; - Au lieu de faire de cet avancement technologique une embûche, il faudrait l'utiliser et en faire une force possible. 	<ul style="list-style-type: none"> - Intégrer les médias sociaux et les applications de téléphones intelligents à la prévention dans le contexte actuel; - Concevoir et mettre en place une application <i>iPhone</i> ou <i>Android</i> pour les hommes gais à Montréal où on pourrait y retrouver tous les services disponibles, les modalités d'accès, les messages de prévention clairs, les coordonnées, etc. Et en assurer la mise à jour rigoureuse et constante. 	<ul style="list-style-type: none"> - Avoir développé une vision plus claire des meilleures façons de promouvoir les services dans la population à travers les médias et les réseaux sociaux en constante évolution; - Application pour téléphone intelligent dédiée aux HARSAH. Cette application sera accessible, fonctionnelle et mise à jour rigoureusement. 		
<p>Dispersement géographique de la masse HARSAH</p>				
<ul style="list-style-type: none"> - Les normes sociales en évolution et l'élargissement des zones de tolérance dans les réseaux naturels des hommes gais ont un impact sur le fait que les hommes gais éprouvent de moins en moins le besoin de se regrouper entre eux dans des endroits qui leur sont prédestinés; - Avec l'éclatement géographique de la population HARSAH, il devient difficile de rejoindre la masse par 	<ul style="list-style-type: none"> - Promouvoir et améliorer la visibilité des ressources, services et acteurs par le biais de multiples canaux (journaux, réseaux sociaux, écoles); - Rejoindre les HARSAH à l'extérieur des milieux sociosexuels traditionnels; - Développer des mécanismes nous permettant de 	<ul style="list-style-type: none"> - Avoir une vision plus claire des lieux où pourrait s'étendre la prévention pour joindre efficacement une majorité d'hommes gais. 		

OBJETIFS (RECHERCHE ET ACTION)		RÉSULTATS ATTENDUS
<p>des affiches ou autres outils distribués à grande échelle dans les lieux de socialisation gais.</p>	<p>travailler davantage avec le milieu scolaire afin de rejoindre plus facilement l'ensemble des jeunes/établir un lien étroit avec le réseau institutionnel et éducatif en vue d'améliorer l'accessibilité des informations/rendre accessible l'information aux jeunes qui fréquentent les Cégeps de Montréal;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aider à faire circuler les informations en dehors des limites de la communauté gais (beaucoup de jeunes fréquentent le milieu et ont accès aux informations, mais plusieurs autres n'y ont pas forcément accès dépendamment de leur cheminement). 	
2. <u>DES REPRÉSENTATIONS DE L'INFECTION AU VIH QUI MÈNE À SA BANALISATION</u>		
Le VIH, une maladie de vieux : Banalisation de l'infection par les jeunes		
<ul style="list-style-type: none"> - Pour les jeunes, le VIH/sida est une maladie qui ne concerne que les plus vieux (cependant, les données recueillies auprès des jeunes avec le projet Spot ne reflètent pas cette banalisation du VIH. Les jeunes auraient encore peur du VIH.); - Les jeunes banalisent l'infection. (Cette banalisation se traduit par des pensées telles que « <i>tout le monde l'a pour moi pas moi, ça doit pas être si pire, ça se traite, tout ira bien.</i> »); - Les jeunes sont de plus en plus présents dans les rapports épidémiologiques. Comment faire comprendre aux 	<ul style="list-style-type: none"> - Étudier et mieux comprendre l'évolution des représentations du VIH chez différentes populations; 	

ENJEUX ET DÉFIS		OBJECTIFS (RECHERCHE ET ACTION)	RÉSULTATS ATTENDUS
<ul style="list-style-type: none"> - jeunes qu'ils sont une population de plus en plus à risque de contracter le VIH? - Comment faire passer le message que l'infection au VIH est une infection grave qui porte atteinte à la qualité de vie, en tenant compte du fait que ce genre de message pourrait augmenter la sérophobie et le clivage entre séropositifs et séronégatifs au sein de la communauté? 	<ul style="list-style-type: none"> - Développer des messages de prévention qui permettront d'arriver à faire passer le message de « <i>VIH = infection importante</i> » tout en limitant les impacts négatifs sur l'attitude générale quant aux PVVIH. 		
Chronicisation de l'infection : Ce qui ne tue pas ne fait pas mal			
<ul style="list-style-type: none"> - L'histoire dans le domaine de l'éducation à la santé en lien avec les maladies chroniques nous a appris qu'il est difficile de motiver les gens aux changements de comportements lorsque le risque d'atteinte à la santé n'est pas ici et maintenant; - Considérant le fait que le VIH est dorénavant perçu comme maladie chronique, il y a une banalisation de l'infection. 	<ul style="list-style-type: none"> - Remettre à l'avant-plan le fait que malgré son caractère chronique, l'infection au VIH demeure une infection importante qui a des effets forts négatifs sur la qualité de vie; 		
Le paradoxe de la banalisation de l'infection			
<ul style="list-style-type: none"> - Phénomène que l'on vit depuis longtemps dans le domaine de la prévention du VIH. Le paradoxe s'inscrit ainsi : on veut que les PVVIH soient acceptés donc on essaie de rendre banal le fait de vivre avec le VIH, mais à l'inverse, on tâche d'éviter la banalisation du VIH chez certaines populations comme les jeunes séronégatifs par exemple. 	<ul style="list-style-type: none"> - Trouver les moyens d'expliquer et réconcilier nos paradoxes par l'entremise de nos efforts de prévention. 		

OBJETIFS (RECHERCHE ET ACTION)		RÉSULTATS ATTENDUS	
3. <u>UNE COMMUNAUTÉ QUI SE DIVISE ET S'AFFAIBLIT : LA FORCE DU GROUPE EN DÉCLIN</u>			
La communauté des hommes gais en perte de force			
<ul style="list-style-type: none"> - Cohésion, force du groupe et collectivité étaient des termes qui pouvaient définir la communauté des hommes gais il y a une vingtaine d'années. Aujourd'hui, ces concepts nous apparaissent en déclin et ceci vient affaiblir la force communautaire permettant de mener de façon efficace la lutte contre le VIH. - Chacun se désresponsabilise alors que chaque individu peut faire quelque chose pour qu'ensemble la communauté ait le pouvoir de changer les choses. 	<ul style="list-style-type: none"> - Faciliter l'émergence d'un esprit de collectivité au sein de la communauté gaie et favoriser la force du groupe; - Faciliter la création d'une synergie dans la communauté tout en reconnaissant la diversité des populations cibles; 	<ul style="list-style-type: none"> - Réappropriation du rôle de la collectivité et de la force du groupe au sein de la communauté; 	
Clivage entre séropositifs et séronégatifs : La sérophobie toujours présente			
<ul style="list-style-type: none"> - La clientèle de Maison Plein Cœur note largement le tabou encore existant autour du VIH. Les hommes disent qu'il est encore très difficile d'en parler et avouent ne pas pouvoir le nommer et en parler aisément, et ce, même avec leurs amis gais proches; - 70 % des gars dans Spot refuseraient d'avoir une relation sexuelle avec un homme séropositif. 	<ul style="list-style-type: none"> - Réduire le clivage entre hommes séropositifs et hommes séronégatifs. 	<ul style="list-style-type: none"> - Arrimage et intégration des univers des hommes séronégatifs et des hommes séropositifs. 	
4. <u>DES QUESTIONS D'IDENTITÉ QUI COMPLEXIFIENT L'ATTEINTE EFFICACE DU GROUPE CIBLE</u>			
4.1 Les nouvelles représentations de l'identité de genre et de l'identité liée l'orientation sexuelle comme élément venant complexifier la prévention du VIH chez les jeunes hommes gais.			

OBJETIFS (RECHERCHE ET ACTION)		RÉSULTATS ATTENDUS
<p>- Chez les plus jeunes, le mouvement <i>queer</i> semble avoir des influences sur les représentations que les jeunes se font des genres et de l'orientation sexuelle. Tant les genres que l'orientation sexuelle se représentent de plus en plus comme pouvant être placés sur un continuum plutôt que dans des pôles ou cases strictes;</p> <p>- Il y a rejet de l'identité gaie et/ou de l'identité de genre chez certains jeunes, car ils ne se reconnaissent pas dans la nomenclature actuelle. En effet, certains d'entre eux préfèrent s'identifier quelque part parmi les nombreuses déclinaisons du genre et de l'orientation sexuelle (gais, bisexuels, intersexuels, transgenres, transsexuels, bispirituels, allosexuels, intersexués, en questionnement, sans identification à aucun genre ni aucune orientation, HARSAH, etc.)</p>	<p>- Clarifier, mieux comprendre et tenir compte des impacts de la diversité des identités de genres et des identités gaies dans la réflexion sur l'accessibilité et l'acceptabilité des diverses stratégies de prévention.</p> <p>- Diversifier les cibles en tenant compte des multiples identités.</p>	
<p>4.2 Les hommes issus de communautés ethnoculturelles s'identifient peu ou pas à la communauté gaie</p>		
<p>- Dans l'exemple des communautés ethnoculturelles, il y a plusieurs de ces hommes qui ne s'identifieront jamais comme gaie, ni même comme HARSAH. Ceux-ci ne vont pratiquement jamais chercher de l'information sur les sites dédiés aux gais. Il y a un seuil où ça ne vaut plus la peine de mettre des efforts. Il faudra savoir faire des compromis. (L'accent doit dans ce cas être mis vers les professionnels);</p> <p>- D'ici quelques années, pour plus de 50 % des habitants de l'île de Montréal la langue maternelle ne sera ni le français, ni l'anglais. On ne peut pas ignorer cette réalité, dans ce 50 %, l'homosexualité existe aussi.</p>	<p>- Reconnaître les différents défis posés par les populations spécifiques;</p> <p>- Explorer et mieux comprendre de quelles façons peut s'opérationnaliser efficacement la prévention du VIH chez les HARSAH dans un milieu où les hommes ne sont pas nécessairement gais, où il y a probabilité de beaucoup d'homophobie, d'homophobie intériorisée et tout ça, combiné à des valeurs et balises culturelles et religieuses homophobes;</p> <p>- Mettre en place un sous-comité composé d'HARSAH issus de communautés culturelles autres que québécoise.</p>	

ENJEUX ET DÉFIS		OBJECTIFS (RECHERCHE ET ACTION)	RÉSULTATS ATTENDUS
4.3 L'homophobie toujours présente a un impact sur l'identification liée à l'orientation sexuelle			
<ul style="list-style-type: none"> - Malgré des normes sociales plus tolérantes, l'homophobie est encore présente et a des impacts sur la façon dont les hommes gais se perçoivent et s'identifient. 			
4.4 La notion de risque : une notion floue à laquelle peu d'hommes s'identifient			
<ul style="list-style-type: none"> - Un homme n'est jamais à risque continuellement, il est à risque par moment, dans certaines situations. Il devient donc difficile pour lui de s'identifier comme « homme à risque de contracter le VIH », car cela ne le définit que très partiellement; - Les risques ne sont pas seulement du ressort individuel, ils sont aussi dans les environnements et s'opèrent dans certaines circonstances. La consommation de drogues de synthèse (MDMA, méthamphétamine, GH, K + tina compositante de plusieurs drogues) est fortement présente dans la communauté et vient modifier la sexualité des individus. Les drogues sont des « <i>social drivers</i> ». Voilà un exemple de situation où un homme qui ne se considère pas à risque peut vite le devenir; - La notion de risques pluriels : il est difficile pour l'homme de mesurer ce qui est un risque quand tout est devenu un risque. Il devient difficile de prioriser le risque. Au final « <i>puisque tout est à risque, plus rien ne l'est</i> »; - Il faut garder en tête que ce n'est pas seulement lors de situations négatives vécues que l'individu se place à risque; - La question n'est pas de savoir « est-ce que je suis à risque? », mais plutôt de savoir « à quel moment suis-je le plus à risque? ». 	<ul style="list-style-type: none"> - À l'échelle individuelle, il faut réussir à amener l'homme gai à reconnaître les moments/situations où il se place à risque et à prendre conscience des mécanismes qui s'opèrent en lui lors d'une prise de risque. 		

OBJETIFS (RECHERCHE ET ACTION)		RÉSULTATS ATTENDUS
5. BAILLEURS DE FONDS ET DÉCIDEURS POLITIQUES : LE VIH ET LES HOMMES GAIS NON PRIORITAIRES		
5.1 Une part du gâteau toujours plus fine pour le VIH et disproportion historique du financement en défaveur des HARSAH		
<ul style="list-style-type: none"> - Le VIH et les HARSAH ne font pas partie des dossiers prioritaires en santé publique; - Depuis 20 ans, le FRQS a toujours eu le même budget pour le VIH soit 1 250 000. Au cours des 15 dernières années le réseau a été mandaté d'inclure les sciences sociales, le VHC et le VPH. On leur a aussi demandé dernièrement d'inclure le volet ITSS. Tout ça sans augmentation de financement; - Depuis que les enveloppes de financement dédiées au VIH existent, les UDI ont toujours eu une part plus grande des ressources financières. Les membres du comité s'entendent pour dire que le dossier « hommes gais » a été depuis trop longtemps sous-investi. 	<ul style="list-style-type: none"> - Faire du lobbying auprès des décideurs politiques; - Défendre, représenter et faire avancer auprès des bailleurs de fonds, les dossiers liés à la prévention du VIH chez les hommes gais; - Assurer le leadership dans le dossier « hommes gais » auprès des bailleurs de fonds; - Développer notre visibilité afin d'assurer le renforcement de notre pouvoir politique. 	<ul style="list-style-type: none"> - Argumentaire solide élaboré et construit de sorte à assurer le réinvestissement du dossier « hommes gais » sur la scène politique; - Avoir une influence sur les chaînes de volonté politique.
5.2 Carence, dilution, abolition : les effets du financement restreint sur la réponse aux besoins		
<ul style="list-style-type: none"> - Le manque de financement a eu raison de plusieurs ressources communautaires. (P. ex : RÉZO a perdu son financement en provenance des « PACS soutien » ce qui veut dire que le département de communication doit être aboli. Résultat, l'organisme reste avec son mandat de prévention, mais sans possibilité de faire des communications efficaces); - De moins en moins de possibilités de faire des campagnes de marketing social; - Abolition de l'éducation sexuelle dans les écoles; - En général, les besoins augmentent pendant que les 	<ul style="list-style-type: none"> - Atteindre un niveau de prévention élevé malgré la réduction des fonds; - Se rappeler que dans un contexte où les fonds sont réduits, il faut porter notre attention sur trois choses : les leçons retenues, l'innovation et la relève; - Développer des démarches et mécanismes concrets pour assurer une meilleure utilisation des données probantes et des leçons retenues en vue de les maximiser et les transformer en actions sans refaire ce qui a déjà été fait; 	<ul style="list-style-type: none"> - Avoir accès à une ressource-expert en analyse économique dans le domaine de la prévention; - Production de documents d'analyse du rapport coût-bénéfice en regard de diverses stratégies de prévention.

OBJETIFS (RECHERCHE ET ACTION)		RÉSULTATS ATTENDUS
<p>ressources croulent. On note que cela découle directement du rare financement disponible à la cause (p. ex : La demande pour les groupes de discussion est indéniablement à la hausse à la Maison Plein Cœur, mais le manque de ressource freine la réponse aux services).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier les actions efficaces et non efficaces et abandonner celles dont le rendement est moindre; - Prendre des décisions éclairées quant aux stratégies de prévention à mettre de l'avant incluant celles en émergence (offre envisageable). 	
5.3 Les services communautaires sont perçus comme non rentables		
<ul style="list-style-type: none"> - Les programmes d'intervention en amont, comme le programme « Ateliers » de RÉZO, sont des services appréciés et bénéfiques, mais pour lesquels il demeure difficile de prouver l'efficacité puisque la rentabilité est difficilement prouvable. Pour les bailleurs de fonds, ce genre de services n'est pas rentable. 	<ul style="list-style-type: none"> - Prouver la place et l'importance des sciences sociales dans la prévention du VIH; - Repositionner plus solidement la place et le rôle du communautaire en prévention/promotion de la santé; - Démontrer l'efficacité des programmes et services de prévention qui existent dans le secteur communautaire; - Revaloriser les efforts du communautaire; - Faire une recension des projets d'intervention en amont et visant le changement de comportements et dont l'efficacité a été prouvée. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revalorisation des efforts du communautaire - Reprise de la part du terrain légitime qui revient au communautaire - Avoir démontré l'efficacité possible des projets d'intervention en amont et visant le changement de comportement; - Présentation de rapports d'évaluation d'impacts et de données probantes sur le rapport coût-efficacité de projets d'intervention visant le changement de comportements.

OBJETIFS (RECHERCHE ET ACTION)		RÉSULTATS ATTENDUS
ENJEUX ET DÉFIS		
6. NOUVELLES STRATÉGIES BIOMÉDICALES DE PRÉVENTION DU VIH : VERS UNE RESTRUCTURATION DE LA PRÉVENTION		
6.1 Intégrer les nouvelles stratégies biomédicales de prévention du VIH à celles déjà existantes		
<ul style="list-style-type: none"> - Les nouvelles options de prévention sont le point de départ de notre démarche. Le premier enjeu est de savoir comment faire face à l'ensemble des options de prévention qui sont présentement disponibles ou qui le seront dans un futur rapproché; - L'intérêt que nous avons envers les innovations ressort du fait qu'elles ont des impacts sur l'utilisation des autres stratégies de prévention classiques éprouvées comme le condom entre autres; - Les nouvelles stratégies biomédicales de prévention du VIH ne doivent pas venir remplacer celle déjà en place, mais doivent plutôt s'ajouter à l'éventail des options déjà possibles; - Il faut garder en tête que la prévention ce n'est pas seulement les dépistages et autres technicités. 	<ul style="list-style-type: none"> - Faciliter la délibération autour des stratégies de prévention en émergence; - Dégager le positionnement des HARSAH et d'autres acteurs à l'égard de la prévention dans le contexte de la complexité actuelle; - Prendre position quant aux différentes stratégies de prévention identifiées et répertoriées; - Intégrer les nouvelles stratégies biomédicales aux options de prévention déjà en place; - Identifier et concrétiser des solutions pouvant faciliter l'adaptation des programmes de prévention existant pour assurer le maintien de leur pertinence en contexte de développement exponentiel des technologies et des thérapies 	<ul style="list-style-type: none"> - Propositions de diverses façons d'opérationnaliser la prévention combinée; - Mise sur pied de Guichet unique (Guichets uniques et adaptés)
Méconnaissance quant à la prévention combinée en contexte montréalais		
<ul style="list-style-type: none"> - Nous ne connaissons pas la manière dont pourrait prendre forme la prévention combinée dans le contexte actuel à Montréal; - Un enjeu consiste en la concrétisation de la prévention combinée en contexte montréalais. Il revient à nous de nous-mêmes définir et présenter la manière dont pourrait s'adapter et s'appliquer la prévention combinée à nos contextes et réalités montréalais (se rappeler qu'il n'y a 	<ul style="list-style-type: none"> - Faire ressortir les différentes combinaisons, les synergies qui s'installent entre les ressources et services de la communauté; - Arrivé à une définition et une proposition de ce que pourrait être la prévention combinée à Montréal; - Explorer des moyens possibles en vue de favoriser une meilleure accessibilité aux services. 	<ul style="list-style-type: none"> - Propositions de diverses façons d'opérationnaliser la prévention combinée; - Mise sur pied de Guichet unique (Guichets uniques et adaptés)

OBJECTIFS (RECHERCHE ET ACTION)		RÉSULTATS ATTENDUS
<p>pas qu'une définition globale de la prévention combinée.);</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mobiliser des HARSAH montréalais de diverses communautés, dont des jeunes, et d'autres acteurs (intervenants communautaires, professionnels de la santé, décideurs, chercheurs) impliqués dans la prévention au sein d'une coalition intersectorielle ponctuelle; 	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitation de l'accès aux services par leur centralisation ou la mise sur pied de corridors de services pouvant permettre l'intégration d'une approche multidisciplinaire; - Mise sur pied possible de « laboratoire » de prévention ou d'un genre de centre en innovation en prévention.
Rôles et responsabilités des acteurs dans la prévention combinée		
<ul style="list-style-type: none"> - Il sera nécessaire de se questionner sur la place et le rôle des différents acteurs en contexte d'émergence de ces nouvelles stratégies. Les différents leviers d'actions devront se questionner et se positionner ensemble. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier les contributions attendus des différents acteurs du réseau en lien avec chacun des moyens de prévention en place ou envisagés. (P. ex. en ce qui a trait à l'accès au dépistage; quel est le rôle attendu des CSSS, des urgences, des cliniques, des organismes communautaires?); - Décloisonner les différents leviers d'actions; - Développer d'un rapport plus serré avec les CSSS pour les services offerts aux minorités sexuelles - Identifier les sources d'inertie; - Combattre les forces d'inertie afin de reconnaître nos responsabilités et remplir nos rôles dans un esprit de collaboration et de complémentarité en 	

OBJETIFS (RECHERCHE ET ACTION)		RÉSULTATS ATTENDUS
ENJEUX ET DÉFIS		recentrant nos actions et nos objectifs communs;
6.2 Méconnaissance de l'acceptabilité quant aux nouvelles stratégies biomédicales de prévention		
<ul style="list-style-type: none"> - À travers le thème de la prévention combinée, la notion d'acceptabilité doit être traitée. Au Québec, rien ne nous permet de savoir comment se profile l'acceptabilité quant aux nouvelles stratégies de prévention du VIH. - Il serait intéressant de noter comme enjeu l'acceptabilité de la PrEP et l'acceptabilité du traitement comme prévention (treatment as prevention) 	<ul style="list-style-type: none"> - Dégager les enjeux de la prévention, dont l'acceptabilité, l'accessibilité et la réceptivité des stratégies (disponibles et potentielles); - Étudier et évaluer l'acceptabilité des stratégies de prévention (disponibles et potentielles) - Étudier et définir les perceptions des hommes gais sur l'accessibilité des stratégies de prévention; - Examiner les conditions sous lesquelles ces stratégies sont perçues acceptables ou inacceptables; - Identifier les facteurs individuels et communautaires qui influencent ou pas le recours aux diverses stratégies disponibles et envisagées. 	
7. TRAJECTOIRES DE VIE DES HOMMES GAIS ET BESOINS DE SERVICES DE PRÉVENTION		
<ul style="list-style-type: none"> - Pour nous recentrer, il faut regarder la prévention comme étant sur un continuum. Il faut se rappeler que la prévention doit être vue comme un ensemble d'options à offrir à l'échelle individuelle et collective à des hommes séropositifs et séronégatifs qui ont à vivre leur sexualité dans un contexte qui a changé et qui change toujours; - Les stratégies de prévention devraient viser à agir avant et aussi après la transmission (sur un continuum). 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier les moments où dans sa trajectoire de vie, un homme gai (considérant la diversité) serait sujet à avoir besoin de services de prévention du VIH (c.-à-d. identifier les moments où -il a eu besoin, aurait pu avoir besoin, a eu recours, aurait dû avoir recours, aura besoin – de services de prévention du VIH); - En fonction des moments identifiés, clarifier les divers besoins; 	

ENJEUX ET DÉFIS		OBJECTIFS (RECHERCHE ET ACTION)		RÉSULTATS ATTENDUS
		<ul style="list-style-type: none"> - En fonction de l'éventail de besoins identifiés, proposer des combinaisons de moyens de prévention pouvant être utiles et accessibles; - Développer des messages ciblés tenant compte de ces facteurs. 		
8. COMMUNICATIONS/MESSAGES PRÉVENTIFS				
8.1 Ancrage de la représentation d'une prévention non efficace au sein de la communauté HARSAH				
<ul style="list-style-type: none"> - Les nouvelles stratégies biomédicales annoncent l'aube d'une nouvelle ère dans la prévention de l'infection au VIH. Cependant, il reste qu'au cours des dernières années ce domaine a connu un essoufflement et au sein de la communauté s'est immiscé un discours d'échec de la prévention; - Cette représentation négative est l'une des barrières principales quant à l'efficacité des messages préventifs diffusés; les messages préventifs n'atteignent plus les individus; - si nous voulons réengager les HARSAH dans une lutte collective contre l'infection au VIH, ils doivent comprendre que le contexte s'est transformé et que celui-ci propose de nouvelles options qui pourraient modifier positivement la propagation de l'infection. Pour s'y faire, il y a nécessité de modifier, par la diffusion de messages préventifs revampés, cette représentation. 	<ul style="list-style-type: none"> - Alimenter de nouveaux discours sociaux en réponse aux discours d'échec de la prévention. <u>Ces discours auront pour objectifs :</u> - Contre le discours d'échec de la prévention; - Modifier positivement les représentations de la prévention que se font les HARSAH ; - Alimenter et renforcer un discours davantage axé sur le futur, dans la visée d'une vision plus prospective et qui permettrait une projection collective et positive dans l'avenir; - Susciter l'espoir au sein de la communauté; - Ré engager les membres de la communauté gaie dans une lutte contre le VIH suscitant autant l'engagement individuel que collectif; - Proposer un discours qui fait ressortir que tout individu peut avoir un impact positif dans la prévention du VIH peu importe qui il est, d'où il vient, ce qu'il fait; 	<ul style="list-style-type: none"> - Modification de la représentation d'échec de la prévention 		

ENJEUX ET DÉFIS		OBJECTIFS (RECHERCHE ET ACTION)		RÉSULTATS ATTENDUS
8.2 Contexte actuel et impacts sur les mécanismes de communication dans le domaine de la prévention du VIH				
<ul style="list-style-type: none"> - Le contexte actuel d'émergence des nouvelles stratégies biomédicales de prévention modifie et complexifie le domaine de l'information et des communications en matière de VIH. Notamment, ont reconnait comme embûches : <ul style="list-style-type: none"> o L'émergence massive et continue de nouvelles informations; o La multitude de sujets traités concernant le VIH; o Le nombre élevé de sources qui diffusent l'information; o Le traitement hétérogène de l'information par les diverses sources; - L'addition de ces facteurs a pour effet de rendre complexe la diffusion de messages clairs et homogènes auprès des acteurs de la santé et des membres de la communauté HARSAH. 	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Développer et mettre en place une structure et des mécanismes de recherche, traitement et diffusion d'informations claires et homogènes en matière de VIH</u> - Assurer la création d'un comité (vigie) qui reste à l'affût des informations d'actualités (nouvelles recherches, nouveaux projets, nouvelles données, etc.) et qui a pour tâche de : <ul style="list-style-type: none"> o Rechercher, traiter et résumer l'information; o Prendre position par rapport aux informations véhiculées; o Développer un discours commun dans la visée d'une vision plus prospective; o Faire valider l'information traitée et les discours développés par des personnes pivots issues de divers milieux (clinique, communautaire, santé publique, etc.); o Assurer la diffusion d'informations claires auprès des divers acteurs de la prévention; o Assurer la fluidité de la circulation de l'information par des rencontres intersectorielles (travailler davantage avec les chercheurs et les industries pharmaceutiques); o Rendre accessible aux HARSAH toutes informations d'actualité dans le champ du VIH. 	<ul style="list-style-type: none"> - Avoir développé et mis sur pied une structure de recherche et de diffusion d'informations (p. ex : observatoire, vigilance, comité); - Avoir proposé, développé et intégré une vision commune dans nos discours véhiculés; 		
8.3 Les HARSAH reçoivent une tonne d'informations et ne semblent pas toujours outillés à en faire le tri				
<ul style="list-style-type: none"> - Au-delà du fait que nous devons revoir nos messages et les homogénéiser, il faut que les HARSAH soient 	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Développer des moyens de communication innovants, simples et faciles d'accès pour la</u> 	<ul style="list-style-type: none"> - Avoir créé des conditions favorables à 		

ENJEUX ET DÉFIS	OBJECTIFS (RECHERCHE ET ACTION)	RÉSULTATS ATTENDUS
<p>outillés afin d'adopter un regard plus critique et prendre des décisions éclairées</p>	<p>diffusion d'informations et la promotion de services auprès des membres de la communauté HARSAH.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transmettre des avis et susciter des débats au sein de la communauté; - Éduquer les HARSAH à avoir un regard plus critique sur l'information qu'ils reçoivent; - Aider les HARSAH à prendre position de façon éclairée face aux discours véhiculés; - Amener les HARSAH à s'engager dans un processus de réflexions pour qu'il puisse se positionner eux-mêmes; - Susciter et soutenir chez les acteurs et l'ensemble de la communauté, un regard critique sur l'information véhiculée et les sources d'informations; - Mobiliser des HARSAH provenant de diverses communautés au sein de comités et au sein d'une coalition intersectorielle : <ul style="list-style-type: none"> o Comité citoyen o Comité jeune 	<p>l'émergence d'une pratique réflexive individuelle et communautaire quant aux informations véhiculées et reçues en ce qui a trait au VIH</p>
<p>9. RIVALITÉ ENTRE LES CULTURES ENVIRONNEMENTALES</p>		
<p>9.1 Médicalisation de la prévention : Mise à l'écart des succès du secteur communautaire</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - Sans nécessairement le vouloir, le milieu médical est en train de mettre de côté le milieu communautaire en argumentant que les services offerts dans ce secteur ne sont pas ou peu efficaces; 	<ul style="list-style-type: none"> - Mobiliser des acteurs impliqués provenant de différents milieux (communautaire, médicale, recherche, santé publique) au sein d'une coalition intersectorielle ponctuelle; 	<ul style="list-style-type: none"> - Avoir développé une coalition permanente des acteurs impliqués; - Réciprocité et partage

ENJEUX ET DÉFIS	OBJECTIFS (RECHERCHE ET ACTION)	RÉSULTATS ATTENDUS
<ul style="list-style-type: none"> - L'enjeu pour le milieu communautaire est de savoir démontrer son efficacité, mais il y a peu de temps, peu d'énergie et peu de ressources pour le faire; - Les programmes d'intervention en amont, comme le programme « Ateliers » de RÉZO, sont des services appréciés et bénéfiques, mais pour lesquels il demeure difficile de prouver l'efficacité puisque la rentabilité est difficilement prouvable. Pour les bailleurs de fonds, ce genre de services n'est pas rentable. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place une structure facilitant la délibération afin que tous puissent être à l'affût des efforts entrepris par chacun des secteurs : <ul style="list-style-type: none"> o Comité de pilotage (intersectoriel) o Comités de travail homogène (quant au milieu de pratique) 	<p>des pouvoirs/Équité;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dilution des rivalités entre les cultures environnementales; - Avoir développé une meilleure communication pour mieux comprendre les univers, les problèmes et le fonctionnement des acteurs de la santé au Québec (le MSSS, les CSSS, les acteurs de première ligne, les différentes équipes, etc.); - Arrimage (meilleure intégration et meilleure coordination) des efforts et des stratégies : Ressources (humaines, matérielles et financières) et services (qualité et quantité des services de toutes sortes qui sont investis)
	<ul style="list-style-type: none"> - Développer un rapport plus serré avec les CSSS pour les services offerts aux minorités sexuelles - Dans la politique de lutte contre l'homophobie l'une des recommandations les plus vagues est : 	

ENJEUX ET DÉFIS		OBJECTIFS (RECHERCHE ET ACTION)		RÉSULTATS ATTENDUS
		Adaptation des services de santé et des services sociaux aux besoins des minorités sexuelles. Il s'agit d'une recommandation sur la route depuis la fin des années 90. Le projet de mobilisation sociale doit servir à améliorer cet aspect.		
10. MOBILISATION SOCIALE : UN PROJET SOCIÉTAL				
<ul style="list-style-type: none"> - Le projet de mobilisation sociale est un grand projet. Plus qu'un projet qui vise la mobilisation des acteurs du domaine de la santé et des services sociaux, il vise aussi la mobilisation des HARSAH, peu importe leur trajectoire et l'identité qu'ils se donnent. Il est nécessaire de faire du projet de mobilisation sociale un projet de société; - Il est nécessaire de documenter le projet et surtout les interactions entre l'émergence de nouvelles stratégies biomédicales et les divers acteurs (et vice versa) — Application d'un modèle développé par l'UQAM : chaîne du médicament et chaîne des acteurs. (Centraliser autour du médicament, ce modèle vise à documenter comment chaque acteur réagit face au médicament et comment le médicament réagit face aux acteurs). Si on transpose ce modèle au présent projet, il permettrait d'évaluer comment chaque acteur réagit face aux nouvelles technologies biomédicales de prévention du VIH, et comment ces nouvelles technologies biomédicales réagissent face aux divers acteurs. 	<ul style="list-style-type: none"> - Alimenter des discours faisant du projet de mobilisation sociale un projet de société 	<ul style="list-style-type: none"> - Documenter le processus de mobilisation sociale déployé, les facteurs contextuels l'ayant affecté et ses retombées - Examiner et documenter le processus de mobilisation en portant un regard analytique sur les interactions entre les acteurs impliqués; - Documenter les interactions entre l'émergence de nouvelles stratégies biomédicales et les divers acteurs (et vice versa) - Clarifier et définir les divers phénomènes rencontrés tout au long du processus de mobilisation sociale. (Vraisemblablement, il sera impossible de mobiliser tous les acteurs en raison de divers facteurs comme p. ex. le phénomène de sélection naturelle. Il serait intéressant de documenter ces genres de phénomènes tantôt 	<ul style="list-style-type: none"> - Rapport d'analyse qualitative faisant état des obstacles et des facteurs facilitateurs du processus de mobilisation sociale. - Rapport d'analyse descriptive de divers phénomènes rencontrés tout au long du processus de mobilisation sociale. 	

ENJEUX ET DÉFIS		OBJECTIFS (RECHERCHE ET ACTION)	RÉSULTATS ATTENDUS
		<p>facilitants tantôt érigés comme barrière)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analyser le processus de mobilisation sociale des acteurs - Il est proposé que nous portions une notre intérêt sur les acteurs plutôt que sur les services. (Puisque se sont les acteurs que nous tentons de mobiliser et non les services) 	
<p>11. L'accès au dépistage est un enjeu majeur</p>			
	<ul style="list-style-type: none"> - L'accès au dépistage est un enjeu majeur de la prévention; - La carence des ressources médicales cause une réponse inadéquate à la demande de dépistage; - L'exemple de l'offre de dépistage communautaire faite par RÉZO est une preuve que la demande excède l'offre. L'objectif annuel de l'organisme était de 150 dépistages. En 10 mois, 500 dépistages (prévalence de 2 % = du même ordre que dans les cliniques) avaient été réalisés, et ce, malgré le fait que les cliniques mobiles sont très peu publicisées (page de l'organisme et Facebook); - Avec légèrement plus de ressources, cette offre de services pourrait rejoindre le double de personnes; - Il serait important qu'apparaisse la question de développement du dépistage par les pairs, déjà développé en France. La loi a été modifiée et le dépistage n'est plus un acte réservé qu'aux professionnels de la santé. Suite à des études coûts-efficacité, les membres de groupe communautaires peuvent dorénavant faire les dépistages. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier les barrières quant à l'accès au dépistage, et ce, selon le type de dépistage; - Augmenter et diversifier l'accès au dépistage dans d'autres lieux que dans les lieux traditionnels; - Utiliser les données probantes en vue de transformer les pratiques et/ou les politiques sociales (notamment dans le dossier de l'autotest). 	

ANNEXE G

LISTE DES INDICATEURS ET CRITÈRES SOUS-JACENTS : L'ACCÈS AUX SOINS ET SERVICES DE SANTÉ

TOTAL : 19 INDICATEURS, 63 CRITÈRES SOUS-JACENTS

Nombre d'indicateurs et de critères sous-jacents par dimension de l'accès

Dimensions de l'accès	N indicateurs	N critères sous-jacents
Approchabilité	5	29
Acceptabilité	3	12
Disponibilité	2	5
Abordabilité	2	5
Adéquation	7	12
Total	19	63

APPROCHABILITÉ : 5 INDICATEURS / 29 CRITÈRES SOUS-JACENTS

INDICATEUR no 1

L'utilisation des technologies de communication (Site Internet, médias sociaux, application cellulaires) comme moyen de promotion et de diffusion d'informations

1. L'existence ou non d'un site Internet au nom de la ressource
2. La possibilité et la facilité de navigation
3. L'intensité de la promotion des offres de services spécifiquement destinées aux HRSH
4. L'utilisation de médias sociaux comme moyen de promotion de la ressource/services et portée prétendue
5. La promotion via des sites de rencontres/réseaux de socialisation pour hommes gais
6. L'existence d'application cellulaire à l'effigie de la ressource ou de l'un de ses services

INDICATEUR no 2

Prise de contact téléphonique et réponse à une demande d'informations générale

1. Possibilité d'établir un contact téléphonique
2. Rapidité à établir un premier contact téléphonique vers une personne pouvant répondre à la demande
3. Qualité de la prise de contact initiale et de la réponse obtenue

INDICATEUR no 3

Diversité des efforts de promotion et de diffusion d'informations (autres que les technologies de communication)

1. Promotion ou distribution d'articles promotionnels dans les milieux scolaires
2. Placements promotionnels dans les médias écrits traditionnels (revue, journaux)
3. Promotion par l'entremise de présentoirs ou de distributrices
4. Promotion dans les espaces publicitaires de lieux publics ou de socialisation
5. Promotion par l'entremise de panneaux publicitaires géants
6. Placements publicitaires/promotionnels à la télévision ou à la radio
7. Promotion de proximité lors d'évènements spéciaux/grands évènements

INDICATEUR no 4

L'intensité et la pertinence des activités de promotion en dehors des zones reconnues comme étant fortement fréquentés par la population gaie

1. Existence de promotion en dehors des zones délimitées par le Village gai et en dehors des milieux socio-culturels gais traditionnels
2. Pertinence des activités de promotion en dehors des zones délimitées par le Village gai ET en dehors des milieux socio-culturels gais traditionnels

INDICATEUR no 5

Pertinence des thèmes utilisés pour promouvoir les services préventifs

1. Messages visant la réduction du clivage entre séropositifs et séronégatifs
2. Messages visant à réduire la sérophobie
3. Messages visant la réduction de l'homophobie
4. (mis à part l'orientation homosexuelle) Messages visant la diminution de la discrimination envers toutes les orientations autres qu'hétérosexuelles
5. Messages visant à promouvoir l'efficacité des activités de prévention et à réduire l'occurrence des perceptions d'une prévention du VIH non- efficace
6. Messages préventifs incluant la notion de « sexualité plaisir »
7. Messages informatifs concernant les Symptômes du VIH
8. Messages informatifs concernant les Symptômes des différentes ITSS
9. Messages concernant les méthodes de protection possibles contre le VIH
10. Messages concernant les méthodes de protection possibles contre les différentes ITSS
11. Messages incluant de l'information concernant divers aspects de la notion de risque (p. ex. profils à risques, pratiques à risques, lieux à risque)

ACCEPTABILITÉ: 3 INDICATEURS / 12 CRITÈRES SOUS-JACENTS

INDICATEUR no 1

Caractère anonyme et confidentiel de s ressources et services

1. L'emplacement ou non de la ressource dans un territoire géographique favorisant l'anonymat
2. L'anonymat ou non du lieu physique de la ressource
3. Mécanismes déployés pour préserver l'anonymat et la confidentialité des usagers une fois sur place
4. Moyens déployés pour dispenser les services et pouvant faciliter l'anonymat de l'utilisateur

INDICATEUR no 2

Caractéristiques des populations ciblées par les ressources et leurs services

1. L'identité de genre et l'orientation sexuelle des individus ciblés
2. Statut sérologique des hommes ciblés
3. Tranche d'âge des hommes ciblés
4. Groupes socioéconomiques ou culturels spécifiquement ciblés

INDICATEUR no 3

Intensité de la promotion des valeurs à caractère acceptable pour une majorité.

1. Valeurs au caractère humaniste
2. Valeurs liées aux compétences professionnelles
3. Valeurs d'égalité et de justice
4. Valeurs d'engagement communautaire et solidarité sociale

DISPONIBILITÉ: 2 INDICATEURS / 5 CRITÈRES SOUS-JACENTS

INDICATEUR no 1

Amplitude de l'offre de services sur une période hebdomadaire par plage horaire donnée (périodes de la semaine et moments du jour) et par types d'intervention nécessaire à la prévention combinée

INDICATEUR no 2

Réactivité des ressources et de l'offre de services

1. Services disponibles en tout temps
2. Services « clé en main » sur demande
3. Interventions de proximité
4. Services disponibles de manière ponctuel et en différé
5. Services avec et sans rendez-vous

ABORDABILITÉ: 2 INDICATEURS / 5 CRITÈRES SOUS-JACENTS

INDICATEUR no 1

Coûts directs liés à l'utilisation du service

1. Coûts liés à l'adhésion ou l'ouverture de dossier
2. Coûts du service
3. Frais de pénalité

INDICATEUR no 2

Coûts indirects engendrés

1. Proportion des services engendrant une période d'attente involontaire chez l'utilisateur entre le moment de la prise de rendez-vous et le moment du rendez-vous lui-même
2. Aspects des services pouvant générer une inflation non-négligeable des coûts indirects

ADÉQUATION: 7 INDICATEURS / 12 CRITÈRES SOUS-JACENTS

INDICATEUR no 1

Formation et compétences techniques des fournisseurs de soins

INDICATEUR no 2

Collaborations et partenariats effectifs

INDICATEUR no 3

Table de concertation et table de travail

INDICATEUR no 4

Caractéristiques des liens entre les professionnels de divers secteurs

INDICATEUR no 5

Vision des experts sur la prévention du VIH

INDICATEUR no 6

Intensité de la valorisation de mandats/missions/objectifs favorisant le développement d'offres de services justes et adéquates

1. Orientés vers des référencements appropriés
2. Orientés vers la participation aux processus de concertation
3. Orientés vers le développement et la consolidation de partenariats en matière d'offre de services
4. Orientés vers la recherche, le développement et le transfert des connaissances
5. Orientés vers le renforcement des ressources entre elles et l'action communautaire
6. Orientés vers la participation des populations visées dans le développement et la mise en place de services

INDICATEUR no 7

Intensité de la valorisation d'approches favorisant la mise en place de services justes et adéquats

1. Approche centrée sur la personne (ou sur les besoins de l'individu)
2. Approche de santé globale (ou holistique de la santé)
3. Approche axée sur la santé des populations
4. Approche interdisciplinaire
5. Approche de promotion de la santé sexuelle
6. Approche communautaire de la santé

ANNEXE H

TABLEAU DE COMPILATION DES SEUILS DE RÉUSSITE ET POINTAGE ATTRIBUÉS

TOTAL : 19 INDICATEURS, 63 CRITÈRES SOUS-JACENTS

APPROCHABILITÉ : 5 INDICATEURS / 29 CRITÈRES SOUS-JACENTS

Jugement crédible : Les offres de services des secteurs communautaire et médical caractérisées par des ressources et services nettement plus abordables que ceux des CLSC/CSSS.

INDICATEUR 1						
<i>L'utilisation des technologies de communication (Site Internet, médias sociaux, application cellulaires) comme moyen de promotion et de diffusion d'informations</i>						
CRITÈRES SOUS-JACENTS	SECTEUR COMMUNAUTAIRE		SECTEUR MÉDICAL		SECTEUR CLSC/CSSS	
	Seuil	Pts	Seuil	Pts	Seuil	Pts
1. L'existence ou non d'un site Internet au nom de la ressource	ÉLEVÉ ABSOLU	3	ÉLEVÉ ABSOLU	3	ÉLEVÉ ABSOLU	3
2. La possibilité et la facilité de navigation	ÉLEVÉ	3	MOYEN	2	FAIBLE	1
3. L'intensité de la promotion des offres de services spécifiquement destinées aux HRSH	ÉLEVÉ	3	MOYEN	2	FAIBLE	1
4. L'utilisation de médias sociaux comme moyen de promotion de la ressource/services et portée prétendue	MOYEN	2	ÉLEVÉ	3	FAIBLE	1

5. La promotion via des sites de rencontres/réseaux de socialisation pour hommes gais	MOYEN	2	ÉLEVÉ	3	NUL ABSOLU	0
6. L'existence d'application cellulaire à l'effigie de la ressource ou de l'un de ses services	ABSOLU	3	NUL ABSOLU	0	NUL ABSOLU	0
SCORE TOTAL	16 points		13 points		7 points	
SEUILS COMPARATIFS GLOBAUX	ÉLEVÉ	3	MOYEN	2	FAIBLE	1

INDICATEUR 2

Prise de contact téléphonique et réponse à une demande d'informations générale

CRITÈRES SOUS-JACENTS	SECTEUR COMMUNAUTAIRE		SECTEUR MÉDICAL		SECTEUR CLSC/CSSS	
	Seuil	Pts	Seuil	Pts	Seuil	Pts
1. Possibilité d'établir un contact téléphonique	MOYEN	2	ÉLEVÉ	3	FAIBLE	1
2. Rapidité à établir un premier contact téléphonique vers une personne pouvant répondre à la demande	MOYEN	2	ÉLEVÉ	3	FAIBLE	1
3. Qualité de la prise de contact initiale et de la réponse à la demande	ÉLEVÉ	3	FAIBLE	1	MOYEN	2
SCORE TOTAL	7		7		4	
SEUILS COMPARATIFS GLOBAUX	MOYEN (=)	3	MOYEN (=)	2	FAIBLE	1

INDICATEUR 3

Diversité des efforts de promotion et de diffusion d'informations

CRITÈRES SOUS-JACENTS	SECTEUR COMMUNAUTAIRE		SECTEUR MÉDICAL		SECTEUR CLSC/CSSS	
	Seuil	Pts	Seuil	Pts	Seuil	Pts

1. Promotion ou distribution d'articles promotionnels dans les milieux scolaires	ÉLEVÉ	3	NUL	0	NUL	0
2. Placements promotionnels dans les médias écrits traditionnels (revue, journaux)	MOYEN	2	ÉLEVÉ	3	FAIBLE	1
3. Promotion par l'entremise de présentoirs ou de distributrices	ÉLEVÉ	3	MOYEN	2	NUL	0
4. Promotion dans les espaces publicitaires de lieux publics ou de socialisation	MOYEN	2	ÉLEVÉ	3	FAIBLE	1
5. Promotion par l'entremise de panneaux publicitaires géants	NUL	0	ÉLEVÉ	3	NUL	0
6. Placements publicitaires/promotionnels à la télévision ou à la radio	NUL	0	ÉLEVÉ	3	NUL	0
7. Promotion de proximité lors d'événements spéciaux/grands événements	ÉLEVÉ	3	MOYEN	2	FAIBLE	1
SCORE TOTAL		13		16		3
SEUILS COMPARATIFS GLOBAUX	MOYEN	2	ÉLEVÉ	3	FAIBLE	1

INDICATEUR 4

L'intensité et la pertinence des activités de promotion en dehors des zones reconnues comme étant fortement fréquentés par la population gaie

CRITÈRES SOUS-JACENTS	SECTEUR COMMUNAUTAIRE		SECTEUR MÉDICAL		SECTEUR CLSC/CSSS	
	Seuil	Pts	Seuil	Pts	Seuil	Pts
1. Existence de promotion en dehors des zones délimitées par le Village gai et en dehors des milieux socio-culturels gais traditionnels	ÉLEVÉ ABSOLU	3	ÉLEVÉ ABSOLU	3	ÉLEVÉ ABSOLU	3
2. Pertinence des activités de promotion en dehors des zones délimitées par le Village gai ET en dehors des milieux socio-culturels gais traditionnels.	ÉLEVÉ	3	MOYEN	2	FAIBLE	1
SCORE TOTAL		6		5		4
SEUILS COMPARATIFS GLOBAUX	ÉLEVÉ	3	MOYEN	2	FAIBLE	1

INDICATEUR 5*La pertinence des thèmes utilisés pour promouvoir les services préventifs*

CRITÈRES SOUS-JACENTS	SECTEUR COMMUNAUTAIRE		SECTEUR MÉDICAL		SECTEUR CLSC/CSSS	
	Seuil	Pts	Seuil	Pts	Seuil	Pts
1. Messages visant la réduction du clivage entre séropositifs et séronégatifs	ÉLEVÉ	3	MOYEN	2	NUL	0
2. Messages visant à réduire la sérophobie	ÉLEVÉ	3	MOYEN	2	NUL	0
3. Messages visant la réduction de l'homophobie	ÉLEVÉ	3	FAIBLE	1	NUL	0
4. (mis à part l'orientation homosexuelle) Messages visant la diminution de la discrimination envers toutes les orientations autres qu'hétérosexuelles	ÉLEVÉ	3	FAIBLE	1	NUL	0
5. Messages visant à promouvoir l'efficacité des activités de prévention et à réduire l'occurrence des perceptions d'une prévention du VIH non- efficace	MOYEN	2	ÉLEVÉ	3	NUL	0
6. Messages préventifs incluant la notion de « sexualité plaisir »	ÉLEVÉ	3	FAIBLE	1	NUL	0
7. Messages informatifs concernant les Symptômes du VIH	MOYEN	2	ÉLEVÉ	3	NUL	0
8. Messages informatifs concernant les Symptômes des différentes ITSS	MOYEN	2	ÉLEVÉ	3	NUL	0
9. Messages concernant les méthodes de protection possibles contre le VIH	MOYEN	2	ÉLEVÉ	3	NUL	0
10. Messages concernant les méthodes de protection possibles contre les différentes ITSS	MOYEN	2	ÉLEVÉ	3	NUL	0
11. Messages incluant de l'information concernant divers aspects de la notion de risque (p. ex. profils à risques, pratiques à risques, lieux à risque)	MOYEN	2	ÉLEVÉ	3	NUL	0

SCORE TOTAL		27	25	0		
SEUILS COMPARATIFS GLOBAUX	ÉLEVÉ	3	MOYEN	2	NUL	0
<p>ACCEPTABILITÉ: 3 INDICATEURS / 12 CRITÈRES SOUS-JACENTS</p> <p><i>Jugement crédible : À Montréal, le secteur médical propose l'offre de services apparaissant la moins acceptable pour les HRSH surtout en raison de difficultés à préserver leur confidentialité et leur anonymat.</i></p>						
<p>INDICATEUR 1</p> <p><i>Caractère anonyme et confidentiel de la ressource et des services</i></p>						
CRITÈRES SOUS-JACENTS	SECTEUR COMMUNAUTAIRE		SECTEUR MÉDICAL		SECTEUR CLSC/CSSS	
	Seuil	Pts	Seuil	Pts	Seuil	Pts
1. L'emplacement ou non de la ressource dans un territoire géographique favorisant l'anonymat	FAIBLE	1	MOYEN	2	ÉLEVÉ	3
2. L'anonymat ou non du lieu physique de la ressource	MOYEN	2	FAIBLE	2	ÉLEVÉ	3
3. Les mécanismes déployés pour préserver anonymat et/ou confidentialité des usagers une fois sur place	ÉLEVÉ	3	FAIBLE	1	MOYEN	2
4. Moyens déployés pour dispenser les services et pouvant faciliter l'anonymat de l'utilisateur.	ÉLEVÉ	3	FAIBLE (=)	1	FAIBLE (=)	1
SCORE TOTAL		9		6	(=)	9
SEUILS COMPARATIFS GLOBAUX	ÉLEVÉ (ex-aequo)	3 pts	FAIBLE	1 pt	ÉLEVÉ (ex-aequo)	3 pts

INDICATEUR no 2*Caractéristiques des populations ciblées par les ressources et leurs services*

CRITÈRES SOUS-JACENTS	SECTEUR COMMUNAUTAIRE		SECTEUR MÉDICAL		SECTEUR CLSC/CSSS	
	Seuil	Pts	Seuil	Pts	Seuil	Pts
1. L'identité de genre et l'orientation sexuelle des individus ciblés	ÉLEVÉ	3	MOYEN	2	FAIBLE	1
2. Statut sérologique des hommes ciblés	MOYEN	2	ÉLEVÉ	3	FAIBLE	1
3. Tranche d'âge des hommes ciblés	MOYEN	2	ÉLEVÉ	3	FAIBLE	1
4. Groupes socioéconomiques ou culturels spécifiquement ciblés	ÉLEVÉ	3	MOYEN	2	FAIBLE	1
SCORE TOTAL		10		10		4
SEUILS COMPARATIFS GLOBAUX	ÉLEVÉ (ex-aequo)	3 pts	ÉLEVÉ (ex-aequo)	3 pts	MOYEN	2 pts

INDICATEUR no 3*Intensité de la promotion des valeurs à caractère acceptable pour une majorité.*

CRITÈRES SOUS-JACENTS	SECTEUR COMMUNAUTAIRE		SECTEUR MÉDICAL		SECTEUR CLSC/CSSS	
	Seuil	Pts	Seuil	Pts	Seuil	Pts
1. Valeurs au caractère humaniste	ÉLEVÉ	3	FAIBLE	1	MOYEN	2
2. Valeurs liées aux compétences professionnelles	FAIBLE	1	MOYEN	2	ÉLEVÉ	3
3. Valeurs d'égalité et de justice	MOYEN	2	FAIBLE	1	ÉLEVÉ	3
4. Valeurs d'engagement comm. et solidarité sociale	ÉLEVÉ	3	FAIBLE	1	MOYEN	2

SCORE TOTAL	9		5		10	
SEUILS COMPARATIFS GLOBAUX	MOYEN	2 pts	FAIBLE	1 pt	ÉLEVÉ	3 pts
<p>DISPONIBILITÉ: 2 INDICATEURS / 5 CRITÈRES SOUS-JACENTS</p> <p><i>Jugement crédible : À Montréal, le secteur communautaire se démarque par une plus grande disponibilité de ses ressources et de l'offre de services qu'il propose au HRSH</i></p>						
<p>INDICATEUR no 1</p> <p><i>Amplitude de l'offre de services sur une période hebdomadaire par plage horaire donnée (périodes de la semaine et moments du jour) et par types d'intervention nécessaire à la prévention combinée</i></p>						
	SECTEUR COMMUNAUTAIRE		SECTEUR MÉDICAL		SECTEUR CLSC/CSSS	
	Seuil	Pts	Seuil	Pts	Seuil	Pts
SEUILS DE RÉUSSITE COMPARATIFS GLOBAUX	ÉLEVÉ	3 pts	MOYEN	2 pts	FAIBLE	1 pt
<p>INDICATEUR no 2</p> <p><i>Réactivité des ressources et de l'offre de services</i></p>						
CRITÈRES SOUS-JACENTS	SECTEUR COMMUNAUTAIRE		SECTEUR MÉDICAL		SECTEUR CLSC/CSSS	

	Seuil	Pts	Seuil	Pts	Seuil	Pts
1. Services disponibles en tout temps	ÉLEVÉ	3	MOYEN	2	FAIBLE	1
2. Services « clé en main » sur demande	ÉLEVÉ	3	NUL	0	NUL	0
3. Interventions de proximité	ÉLEVÉ	3	NUL	0	MOYEN	2
4. Services disponibles de manière ponctuel et en différé	ÉLEVÉ	3	NUL	0	NUL	0
5. Services avec et sans rendez-vous.	ÉLEVÉ (EX-AEQUO)	3	ÉLEVÉ (EX-AEQUO)	3	FAIBLE	1
SCORE TOTAL		15		5		4
SEUILS DE RÉUSSITE COMPARATIFS GLOBAUX	ÉLEVÉ	3 pts	MOYEN	2 pts	FAIBLE	1 pt

ABORDABILITÉ: 2 INDICATEURS / 5 CRITÈRES SOUS-JACENTS

Jugement crédible : Moins coûteux autant en termes de coûts directs qu'indirects, le secteur

INDICATEUR 1

Coûts directs liés à l'utilisation du service

CRITÈRES SOUS-JACENTS	SECTEUR COMMUNAUTAIRE		SECTEUR MÉDICAL		SECTEUR CLSC/CSSS	
	Seuil	Pts	Seuil	Pts	Seuil	Pts
1. Coûts liés à l'adhésion ou l'ouverture de dossier	ÉLEVÉ ABSOLU	3	ÉLEVÉ ABSOLU	3	ÉLEVÉ ABSOLU	3
2. Coûts du service	ÉLEVÉ ABSOLU	3	NUL	0	ÉLEVÉ ABSOLU	3
3. Frais de pénalité	ÉLEVÉ ABSOLU	3	NUL	0	ÉLEVÉ ABSOLU	3

SCORE TOTAL	9	3	9
SEUILS DE RÉUSSITE COMPARATIFS GLOBAUX	ÉLEVÉ 3 pts (EX-AEQUO)	MOYEN 2 pts	ÉLEVÉ 3 pts (EX-AEQUO)
INDICATEUR 2 <i>Coûts indirects engendrés</i>			
CRITÈRES SOUS-JACENTS	SECTEUR COMMUNAUTAIRE	SECTEUR MÉDICAL	SECTEUR CLSC/CSSS
	Seuil Pts	Seuil Pts	Seuil Pts
1. Proportion des services engendrant une période d'attente involontaire chez l'utilisateur entre le moment de la prise de rendez-vous et le moment du rendez-vous lui-même	ÉLEVÉ 3	MOYEN 2	FAIBLE 1
2. Aspects des services pouvant générer une inflation non-négligeable des coûts indirects	MOYEN 2	ÉLEVÉ 3	FAIBLE 1
SCORE TOTAL	9	3	9
SEUILS DE RÉUSSITE COMPARATIFS GLOBAUX	ÉLEVÉ 3 pts (EX-AEQUO)	ÉLEVÉ 3 pts (EX-AEQUO)	FAIBLE 1 pt
<p>ADÉQUATION: 7 INDICATEURS / 12 CRITÈRES SOUS-JACENTS</p> <p><i>Jugement crédible : Le secteur CLSC/CSSS jugé le mieux orienté vers le développement et la mise en place d'une offre de services caractérisées par l'adéquation et la justesse.</i></p>			
INDICATEUR no 1 <i>Formation et compétences techniques des fournisseurs de soins</i>			

INDICATEUR no 2*Collaborations et partenariats effectifs***INDICATEUR no 3***Table de concertation et table de travail***INDICATEUR no 4***Caractéristiques des liens entre les professionnels de divers secteurs***INDICATEUR no 5***Vision des experts sur la prévention du VIH***INDICATEUR no 6***Intensité de la valorisation de mandats/missions/objectifs favorisant le développement d'offres de services justes et adéquates*

CRITÈRES SOUS-JACENTS	SECTEUR COMMUNAUTAIRE		SECTEUR MÉDICAL		SECTEUR CLSC/CSSS	
	Seuil	Pts	Seuil	Pts	Seuil	Pts
1. Orientés vers des référencement appropriés,	ÉLEVÉ	3	ABSOLU (NUL)	0	MOYEN	2
2. Orientés vers la participation aux processus de concertation	MOYEN	2	ABSOLU (NUL)	0	ÉLEVÉ	3
3. Orientés vers le développement et la	ÉLEVÉ	3	FAIBLE	1	MOYEN	2

consolidation de partenariats en matière d'offre de services			
4. Orientés vers la recherche, le développement et le transfert des connaissances	FAIBLE 1	MOYEN 2	ÉLEVÉ 3
5. Orientés vers le renforcement des ressources entre elles et l'action communautaire	MOYEN 2	FAIBLE 1	ÉLEVÉ 3
6. Orientés vers la participation des populations visées dans le développement et la mise en place de services.	ÉLEVÉ 3	ABSOLU (NUL) 0	MOYEN 2
SCORE TOTAL	14	4	15
SEUILS DE RÉUSSITES COMPARATIFS GLOBAUX	MOYEN 2 pts	FAIBLE 1 pt	ÉLEVÉ 3 pts

INDICATEUR no 7

Intensité de la valorisation d'approches favorisant la mise en place de services justes et adéquats

CRITÈRES SOUS-JACENTS	SECTEUR COMMUNAUTAIRE		SECTEUR MÉDICAL		SECTEUR CLSC/CSSS	
	Seuil	Pts	Seuil	Pts	Seuil	Pts
1. Approche centrée sur la personne (ou sur les besoins de l'individu)	FAIBLE	1	MOYEN	2	ÉLEVÉ	3
2. Approche de santé globale (ou holistique de la santé)	FAIBLE	1	ÉLEVÉ	3	MOYEN	2
3. Approche axée sur la santé des populations	FAIBLE	1	MOYEN	2	ÉLEVÉ	3
4. Approche interdisciplinaire	FAIBLE	1	MOYEN	2	ÉLEVÉ	3
5. Approche de promotion de la santé sexuelle	MOYEN	2	ÉLEVÉ	3	FAIBLE	1
6. Approche communautaire de la santé.	ÉLEVÉ	3	ABSOLU (NUL)	0	MOYEN	2
SCORE TOTAL		9		12		14
SEUILS DE RÉUSSITES COMPARATIFS GLOBAUX	FAIBLE	1 pt	MOYEN	2 pts	ÉLEVÉ	3 pts

VOIR DOCUMENT GRAND CUMUL POUR LE CUMUL

Tableau 5.11. Score total et attribution des seuils de réussite comparatif globaux pour la première dimension de l'accès : L'accessibilité

Indicateurs de l'accessibilité	Secteur Communautaire		Secteur Médical		Secteur CLSC/CSSS	
	Seuils	Pts	Seuils	Pts	Seuils	Pts
5.1.6 L'utilisation des technologies comme moyen de promotion et de diffusion d'informations	ÉLEVÉ	3	MOYEN	2	FAIBLE	1
5.1.7 Prise de contact téléphonique et réponse à une demande d'informations générale	MOYEN Ex-aequo	2	MOYEN Ex-aequo	2	FAIBLE	1
5.1.8 Diversité des efforts de promotion et de diffusion d'informations	MOYEN	2	ÉLEVÉ	3	FAIBLE	1
5.1.9 Intensité et pertinence des activités de promotion en dehors des zones reconnues comme étant fortement fréquentées par la population gaie.	ÉLEVÉ	3	MOYEN	2	FAIBLE	1
5.1.10 La pertinence des thèmes utilisés pour promouvoir les services préventifs	ÉLEVÉ	3	MOYEN	2	FAIBLE	1
SCORE TOTAL ET SEUIL DE RÉUSSITE GLOBAL	ÉLEVÉ	13	MOYEN	11	FAIBLE	5

Tableau 5.15. Score totaux et attribution des seuils de réussite comparatifs globaux pour l'ensemble de la deuxième dimension de l'accès : L'acceptabilité

	Secteur Communautaire		Secteur Médical		Secteur CLSC/CSSS	
	Seuils	Pts	Seuils	Pts	Seuils	Pts
ACCEPTABILITÉ						
5.2.1 Caractère anonyme et confidentiel de la ressource	ÉLEVÉ	3	FAIBLE	1	ÉLEVÉ	3
5.2.2 Caractéristiques des populations ciblées par les organisations	ÉLEVÉ (ex-aequo)	3	ÉLEVÉ (ex-aequo)	3	MOYEN	2
5.2.3 Intensité de la promotion des valeurs à caractère acceptable pour une majorité	MOYEN	2	FAIBLE	1	ÉLEVÉ	3
SCORE TOTAL ET SEUILS COMPARATIFS ACCEPTABILITÉ	ÉLEVÉ (ex-aequo)	8 pts	MOYEN	5 pts	ÉLEVÉ (ex-aequo)	8 pts

Tableau 5.18 Score totaux et attribution des seuils de réussite comparatifs globaux pour l'ensemble de la troisième dimension de l'accès : La disponibilité

	Secteur Communautaire		Secteur Médical		Secteur CLSC/CSSS	
	Seuils	Pts	Seuils	Pts	Seuils	Pts
DISPONIBILITÉ						
5.3.3 Amplitude de l'offre de services	ÉLEVÉ	3	MOYEN	2	FAIBLE	1
5.3.4 Réactivité des ressources et de l'offre de service	ÉLEVÉ	3	MOYEN	2	FAIBLE	1
SCORE TOTAL ET SEUIL DE RÉUSSITE GLOBAL	ÉLEVÉ	6 pts	MOYEN	4 pts	FAIBLE	2

Tableau 5.21 Score totaux et attribution des seuils de réussite comparatifs globaux pour l'ensemble de la quatrième dimension de l'accès : L'abordabilité

	Secteur Communautaire		Secteur Médical		Secteur CLSC/CSSS	
	Seuils	Pts	Seuils	Pts	Seuils	Pts
ABORDABILITÉ						
5.4.3 Coûts directs liés à l'utilisation du service	ÉLEVÉ (ex-aequo)	3	FAIBLE	1	ÉLEVÉ (ex-aequo)	3
5.4.4 Coûts indirects liés à l'utilisation du service	ÉLEVÉ (ex-aequo)	3	ÉLEVÉ (ex-aequo)	3	FAIBLE	1
SCORE TOTAL ET SEUIL DE RÉUSSITE GLOBAL	ÉLEVÉ	6 pts	MOYEN (ex-aequo)	4 pts	MOYEN (ex-aequo)	4 pts

Tableau 5.24 Score totaux et attribution des seuils de réussite comparatifs globaux pour l'ensemble de la cinquième dimension de l'accès : L'adéquation

	Secteur Communautaire		Secteur Médical		Secteur CLSC/CSSS	
	Seuils	Pts	Seuils	Pts	Seuils	Pts
ADÉQUATION						
5.5.3 Intensité de la valorisation de mandats, missions, objectifs favorisant le développement d'offres de services justes et adéquates	MOYEN	2	FAIBLE	1	ÉLEVÉ	3
5.5.4 Intensité de la valorisation d'approches favorisant la mise en place de services justes et adéquats	FAIBLE	1	MOYEN	2	ÉLEVÉ	3
SEUILS DE RÉUSSITE GLOBAL	MOYEN (ex-aequo)	3 pts	MOYEN (ex-aequo)	3 pts	ÉLEVÉ	6 pts

ANNEXE I

DÉTAILS DE L'ÉVALUATION POUR L'ATTRIBUTION DES SEUILS DE RÉUSSITE ET LA FORMULATION DES JUGEMENTS CRÉDIBLES

APPROCHABILITÉ : 5 INDICATEURS / 29 CRITÈRES SOUS-JACENTS

APPROCHABILITÉ, INDICATEUR no 1

L'utilisation des technologies de communication (Site Internet, médias sociaux, application cellulaires) comme moyen de promotion et de diffusion d'informations

- a) Critère sous-jacent 1 : L'existence ou non d'un site Internet au nom de la ressource

Réussite absolue des trois secteurs en ce qui a trait à l'existence de sites Internet au nom des ressources : un départ vers l'accès unanimement réussi

Pour se voir attribuer un seuil de réussite absolu, la totalité des ressources d'un même secteur devait posséder un site Internet à leur effigie. Tel fût le cas pour les trois secteurs. En effet, en termes d'existence d'un site Internet au nom de la ressource, c'est 100% des ressources, tout secteur confondu, qui possède un domaine Internet destiné à promouvoir la ressource en elle-même ainsi que ses services. Chacun des secteurs se voit donc attribué un seuil de réussite absolu-élevé et un total de 3 points.

b) Critère sous-jacent 2 : La possibilité et la facilité de navigation

Barrières d'accessibilité importantes pour les ressources et services du CLSC/CSSS : des sites Internet caractérisés par d'innombrables sections qui rendent l'information pertinente difficile à identifier

Malgré le fait qu'un site Internet existe pour chacune des ressources, certaines difficultés ont été rencontrées lors de l'expérimentation de ces adresses en tant qu'utilisateur potentiel. Pour procéder à l'évaluation de ce critère, nous avons privilégié le seuil de réussite de type comparatif. Il a donc fallu comparer les performances des milieux de pratique en vue d'établir un rang dans l'atteinte des seuils de réussite (élevé, moyen, faible). C'est l'expérience que nous avons faite de la navigation sur les différents sites Internet qui nous a permis d'établir ce rang. En ce sens, basé sur l'expérience des observateurs dans la peau d'utilisateurs potentiels, plus la navigation a été jugée facile et moins nombreux ont été les obstacles rencontrés, meilleur a été le classement du milieu de pratique considéré. Qui plus est, pour établir le rang, nous avons aussi porté notre attention sur les forces des sites ayant été remarquées et qui peuvent améliorer la qualité et la facilité de navigation.

L'expérience de navigation faite sur les sites Internet des ressources du premier secteur, celui des organismes communautaires, a tout de suite permis de remarquer un même obstacle majeur pour deux des ressources, toutes deux orientées à dispenser des services auprès des communautés ethnoculturelles. Ces ressources offrent des adresses de sites Internet pour lesquelles la navigation s'est avérée complètement impossible en raison de la construction temporaire du site. Tandis que pour l'une, la navigation a tout de même été possible lors de l'échéance prévue pour la phase de

repérage (Phase 2 de collecte des données), l'autre quant à elle est demeurée sous construction tout au long de cette période. De surcroit, cette impossibilité de navigation s'est étendue jusqu'au-delà du tiers du temps alloué pour la phase III de notre collecte de données totalisant ainsi près de huit mois d'impossibilité de navigation. Ainsi, l'approchabilité de cette ressource s'est vue fortement restreinte. Il est juste de noter aussi qu'une fois la navigation possible, le site de cette ressource est apparu chaotique aux yeux de nos observateurs et le manque d'unicité a rendu les informations pertinentes difficiles à cibler. Mis à part ces deux ressources, les neuf autres ont présenté des sites fonctionnels en termes de navigation. Cependant, trois ressources sur ces neuf présentent un nombre de sections et de sous-sections supérieurs à 80, ce qui pourrait pour certains usagers complexifier la recherche d'informations précises. Par ailleurs, il est intéressant de mentionner que six ressources sur ces neuf, dont les trois ressources (sur trois) d'entre elles destinés aux jeunes présentent une interface caractérisée par leur facilité de navigation et leur qualité graphique. Ainsi, en tant qu'utilisateur potentiel naviguant sur les sites Internet, l'expérimentation de navigation nous a permis de conclure que des 11 ressources du secteur communautaire cinq présentent des sites Internet plutôt difficiles de navigation (dont deux temporairement impossibles) et six dont la navigation est plutôt facile.

Pour ce qui est du secteur médical, deux des quatre cliniques présentent des interfaces qui deviennent difficiles d'utilisation s'ils sont accédés via certains systèmes d'exploitation (p. ex. *Internet explorer*). Ces sites Internet sont préalablement conçus pour une navigation facile sur des outils tels que cellulaire et tablette électronique. Ce qui vient complexifier l'approchabilité de ces ressources, pour des hommes issus de tranches socio-économiques moins favorisées par exemple. Toutefois, lorsqu'accédés ces sites se démarquent par leur qualité graphique exceptionnelle et leur facilité de navigation. Pour ces deux ressources, le classement des sections et

sous-sections a été perçue comme élément facilitant la navigation et l'identification rapide d'informations de santé. Au final, les quatre ressources de ce secteur possèdent des sites Internet possibles de navigation, deux dont la navigation est plutôt difficile (voire impossible). La navigation sur les deux autres sites a été généralement facile.

Concernant le secteur du CLSC/CSSS, une des cinq ressources présente un site Internet lui étant spécifiquement dédiée. Il s'agit d'une ressource adressée aux jeunes hommes. Cependant, l'interface est pauvre en graphisme et ne permet pas de naviguer d'une section à une autre puisque le site ne comporte qu'une seule page informative. Ainsi, mettre la main sur l'information recherchée ne s'est pas toujours avéré facile comme le souligne cet observateur: « *J'ai failli perdre patience en cherchant les heures d'ouverture, c'était finalement écrit en tout petit caractère italique en bas de la page* ». Mis à part cela, le fait majeur à noter est que les ressources de ce secteur sont généralement regroupées de sorte à présenter les services disponibles sur le territoire entier d'un CSSS plutôt que pour chaque CLSC. Ainsi, les services sont difficilement identifiables car ils sont trop peu nombreux à travers cette abondance d'informations destinées à une clientèle multivariée, aux problématiques et besoins de santé tout autant éclectiques et étendus. Cependant, la navigation est rendue facile par l'uniformité des sites internet des ressources de ce secteur et des divisions par section et sous-section tout aussi uniforme. Toutefois, la navigation est simultanément complexifiée en raison d'un nombre de sections et de sous-sections pouvant parfois compter plus d'une centaine de pages. Au final, cinq ressources sur cinq présentent des sites Internet possibles de navigation. Cependant, pour des raisons diverses, la navigation a été jugée plutôt difficile pour les cinq ressources de ce secteur.

Au final, pour ce deuxième critère sous-jacent (La possibilité et la facilité de navigation), c'est le secteur communautaire qui se trouve à être le plus méritoire face

aux autres. Avec 55% de ces ressources possédant un site Internet plutôt facile de navigation, il obtient le seuil de réussite élevé (3pts). Il est suivi de près par le secteur médical qui, avec 50% des ressources du secteur possédant un site Internet plutôt facile à naviguer, obtient le seuil de réussite moyen (2pts). Pour laisser le secteur CLSC/CSSS troisième avec le seuil de réussite faible (1 pt).

- c) Critère sous-jacent 3 : L'intensité de promotion entourant les offres de services spécifiquement destinés aux HRSH

Des difficultés de navigation sur les sites Internet du secteur des CLSC/CSSS qui se répercutent sur l'accessibilité des offres de services spécifiques aux HRSH.

Pour connaître le secteur le plus méritoire, nous avons considéré les 91 offres de services spécifiques aux HRSH et nous avons porté attention à la proportion de celles promues via le site internet de l'organisation. Plus grande est la proportion, plus méritoire a été jugé la performance et plus élevé a été le seuil de réussite comparatif attribué.

Du côté du communautaire, c'est 70% des 46 services offerts qui font l'objet d'au moins une page du site Internet pour promouvoir ou donner de l'information concernant un service spécifiquement destiné aux hommes gais et bisexuels. Les activités de réseautage ainsi que certains services de soutien en face à face semblent être les services qui manquent de vitrine dans le secteur communautaire. Par ailleurs, ayant déjà été ciblées comme ayant plus de difficultés à utiliser efficacement leur site Internet, il n'est pas surprenant de remarquer que les organismes travaillant auprès de

populations issues de minorités ethnoculturelles semblent aussi celles ayant le moins de services faisant objet d'au moins une page de leur site Internet respectif.

Du côté des cliniques médicales, où l'on a recensé 27 offres de services spécifiques aux hommes gais, c'est 62% d'entre elles qui sont promues ou encore à propos desquels on dispense de l'information sur une page qui leur est proprement destinée. Il est intéressant de soulever que des cliniques médicales qui proposent le service de la PPE, ce n'est qu'une seule qui en fait proprement la promotion. Ainsi, il n'y a que sur 25% des sites Internet du secteur médical, seul secteur offrant la PPE, qu'un usager potentiel peut s'informer sur cette stratégie. L'exploration des sites Internet du secteur médical a permis le même constat que pour le secteur communautaire, c'est à dire que le cas des services de counseling et services de soutien en face à face restent mal promus. Les informations à leurs sujets sont inexistantes ou difficiles à trouver. Malgré l'existence de ce type de services dans chacune des cliniques, ce n'est qu'une d'entre elles qui en fait la promotion de façon plus précise. Pour les autres, difficile de savoir en quoi consistent ces services.

En regard du secteur des CLSC/CSSS, les difficultés de navigation préalablement citées, (p. ex. les sites Internet composés d'innombrables sections et sous-sections) se répercutent ici. En ce sens, elles sont garantes du fait qu'aucune promotion spécifiquement ciblée n'est présente et qu'aucun service n'est facilement identifiable comme étant destiné spécifiquement aux hommes gais. C'est le cas pour 80% des sites Internet des ressources de ce secteur.

Or, au final pour ce troisième critère sous-jacent (L'intensité de promotion entourant les offres de services spécifiquement destinés aux HRSH), c'est le secteur communautaire qui se trouve à être le plus méritoire face aux autres. Avec 70% des

offres de services qui sont promues par l'utilisation d'au moins une page du site Internet d'une ressource, ce secteur obtient le seuil de réussite élevé (3 pts). Il est suivi par le secteur médical qui, avec 62% des offres de services promues via les sites Internet, obtient le seuil de réussite moyen (2 pts). Pour laisser le secteur CLSC/CSSS troisième une seconde fois avec le seuil de réussite faible (1 pt), en raison du faible pourcentage de 20% des ressources qui font la promotion d'une offre spécifique aux HRSH.

d) Critère sous-jacent 4: Utilisation de médias sociaux comme moyen de promotion de la ressource et de ses services et portée prétendue

Le secteur médical est caractérisé par une portée prétendue de ses actions sur les médias sociaux largement plus grande que pour les autres secteurs

Ici, nous avons d'abord recensé lesquelles des ressources de chacun des secteurs utilisent les réseaux sociaux en vue de promouvoir des services ou diffuser de l'information. Plusieurs réseaux sociaux existent, mais seulement deux apparaissent comme étant les plus populaires, soient: *Facebook et Twitter*. D'une part, pour chacun des secteurs le nombre de profils maximum possible que pourrait rendre public un secteur a été estimé (2 réseaux sociaux X n de ressources du secteur) et la proportion du nombre réel sur le nombre possible a été calculée. D'autre part, pour les ressources qui en faisaient apparemment l'utilisation, l'attention a été portée au nombre de *followers et/ou de likers* afin de pouvoir estimer la portée des publications par le nombre de personnes atteintes.

En considération du nombre total de 11 ressources composant le secteur

communautaire, nous pouvons estimer la possibilité maximale de profils publics à 22 profils (11 ressources x 2 réseaux). Cependant, l'existence réelle de profils va comme suit: 18% (n=2) des ressources communautaires ne font aucune utilisation de l'un ou l'autre de ces réseaux sociaux, 64% (n=7) utilisent l'un de ces deux réseaux, tandis que l'autre 18% (n=2) font utilisation des deux réseaux. Ce qui porte le nombre de profils publics existant réellement à 11 sur une possibilité de 22, soit une proportion de 50% de la capacité totale possible. Ces 11 profils communautaires atteignent un total de 4981 personnes (*followers ou likers*), pour une moyenne de 453 personnes atteintes par profils publics actifs sur ces réseaux sociaux.

Du côté du secteur médical, la capacité maximale possible quant à l'existence de profil s'élève à 8 (4 ressources X 2 réseaux). Quant à l'existence réelle, une clinique n'a ni de profil *Facebook*, ni de profil *Twitter*, tandis que deux cliniques ont un profil sur l'un ou l'autre des réseaux et que la dernière possède un profil sur les deux réseaux. Ainsi, le secteur médical, pour lequel existent cinq profils sur une possibilité de huit, rempli à 63% sa capacité maximale. Au cumul, ces cinq profils atteignent 4386 personnes, soit une moyenne de 877 personnes atteintes par profils publics sur des réseaux sociaux.

Quant à lui, le secteur des CLSC/CSSS aurait une capacité maximale de 10 profils, mais ne profite de cette possibilité qu'à 10% puisque ce n'est qu'une seule ressource qui utilise un profil de l'un des deux réseaux promouvoir ces services. Cette ressource rejoint 189 personnes.

Au final, pour ce qui est de ce critère sous-jacent qu'est l'utilisation de médias sociaux comme moyen de promotion de la ressource et de ses services et portée prétendue, le secteur médical est celui qui apparaît le plus méritoire et obtient donc le seuil de réussite comparatif élevé. Certes, il est jugé le plus méritoire en raison de sa

plus forte proportion de la capacité maximale atteinte, mais surtout en raison de l'estimation d'une forte moyenne de 877 personnes atteintes, soit plus de 400 personnes atteintes de plus en moyenne que par le secteur qui le seconde. C'est en effet avec l'estimation d'une moyenne de 453 personnes atteintes et 50% de la capacité maximale atteinte que le secteur communautaire arrive deuxième et obtient le seuil de réussite moyen. Logiquement, les 189 personnes atteintes en moyenne et le 10% de la capacité maximale place le secteur CLSC/CSSS au troisième rang. Ce secteur se voit donc attribué le seuil de réussite faible.

e) Critère sous-jacent 5: promotion via des sites de rencontres/réseaux de socialisation pour hommes gais

Le secteur CLSC/CSSS caractérisé par l'absence totale d'utilisation des réseaux de socialisation entre hommes comme vecteur de promotion, une barrière d'approchabilité incontestable

Les sites de rencontres entre hommes sont nombreux. Peu importe leur forme (p. ex. application cellulaire, sites Internet, en plate-forme anonyme ou non, en temps réel ou en différé), ils bénéficient d'une popularité inouïe et ce, à toute heure du jour ou de la nuit et deviennent des vecteurs pertinents pour rendre identifiables les ressources et leurs services. Or, peu importe leur forme, tous les réseaux de socialisation et les sites de rencontres entre hommes ayant été fréquentés par nos deux observateurs lors de la phase III de collecte (essai des services) ont été répertoriés. Lors de chacune des visites, une attention a été portée aux bannières publicitaires y circulant pour remarquer celles qui se rattachaient à l'une des ressources sous étude. Au courant de la période de 12 mois allouée à cette phase III, quatre sites Internet (*gay411.com*, *bear411.com*, *manhunt.com*, *easygaychat.com*) et quatre réseaux de socialisation

(*Grindr, Scruff, Hornets, Tinder*) destinés aux rencontres entre hommes ont été visités pour un nombre total de 127 visites.

Dans un premier temps, la proportion des ressources par secteur utilisant ce moyen de promotion a été établie. Dans un deuxième temps, la proportion des services par secteur bénéficiant de ce genre de vitrine a été établie. Ce qui a permis l'attribution de seuils de réussite comparatifs pour ces deux proportions avérées.

Pour ce qui est du secteur communautaire, des bannières promotionnelles de cinq organismes ont été remarquées représentant une proportion de 45% des ressources faisant de la promotion via ces sites. En ce qui concerne la promotion ciblant des services spécifiques, dix offres ont été repérées, ce qui porte à 28% la proportion des services de ce secteur qui sont identifiables via ces plateformes. Les services de dépistage (autant VIH que ITSS), de vaccination, d'intervention de groupe et de grands événements sont ceux dont la promotion a été remarquée.

Le secteur médical quant à lui, est caractérisé par une forte proportion de 75% des ressources de ce secteur utilisant ce moyen de promotion. Quant à la proportion des offres spécifiquement promues, neuf d'entre les 27 (33%) peuvent en bénéficier. Les services de dépistage (autant VIH que ITSS), de vaccination, et de la PPE sont les offres ayant été promues et remarquées.

Par ailleurs, aucune promotion de la part du secteur des CLSC/CSSS n'a pu être remarquée.

Tel qu'illustré au tableau 8.1, avec une proportion de ressources et une proportion de services plus grande utilisant ce moyen de promotion, le secteur médical obtient le seuil de réussite élevé (3 pts), suivi du secteur communautaire offrant une

performance moyenne et du secteur CLSC/CSSS qui se retrouve au rang le plus faible. Puisqu'il n'offre aucune performance, le secteur CLSC/CSSS ne se voit pas attribuer de point, mais plutôt un seuil de réussite absolu/nul.

Tableau 8.1. Attribution des seuils de réussite comparatifs : Promotion via des sites de rencontres/réseaux de socialisation pour hommes gais

	Secteur Communautaire	Secteur médical	Secteur CLSC/CSSS
Proportion des ressources	45% moyen	75% élevé	0% absolu
Proportion des services	28% moyen	33% élevé	0% absolu
SCORE TOTAL	4 points	6 points	0 point
SEUILS DE RÉUSSITE	moyen (2 pts)	élevé (3 pts)	absolu/nul (0 pt)

f) Critère sous-jacent 6 : existence d'application cellulaire à l'effigie de la ressource ou de l'un de ses services

Un seul cas anecdotique d'existence d'application cellulaire révèle des ressources de prévention du VIH spécifiques aux HRSH montréalais en difficulté d'adaptation aux nouvelles technologies de communication

Il faut préciser ici que les applications cellulaires sont tout autre chose que les versions mobiles de site Internet. Aux dires des parties prenantes, elles sont un produit technologique ayant le privilège d'actualiser la prévention par un meilleur accès aux

services de santé par une prévention interactive. De toutes les ressources et services sous étude, une seule d'entre elles se démarque par l'existence d'une application cellulaire à l'effigie de la ressource. Cette application est une réalisation d'une ressource du secteur communautaire. Aucun rang n'a donc pu être établi. Le secteur communautaire atteint le seuil de réussite absolu (3pts) et les deux autres secteurs n'atteignent pas de réussite en raison de leur non-performance.

APPROCHABILITÉ, INDICATEUR no2

Prise de contact téléphonique et réponse à une demande d'informations générale

a) Critère sous-jacent 1 : Possibilité d'établir un contact téléphonique

Des transferts d'appels problématiques responsables rendent plus du quart des ressources du secteur CLSC/CSSS impossibles à rejoindre.

La période maximale allouée à cette prise de contact téléphonique a été de 14 jours. Au-delà de cette période, si le contact initial n'avait toujours pas été fait, il a été jugé impossible. Pour ce qui est du secteur communautaire, c'est un seul organisme (4%) qui a été impossible à rejoindre et ce malgré huit tentatives. Le numéro de contact pour information générale ne permettait pas l'accès à une boîte vocale.

Pour ce qui est du secteur médical, une seule clinique (2%) également a été impossible à rejoindre, le motif étant qu'aucun numéro de téléphone n'a pu être repéré pour contacter cette ressource.

Dans le cas des CLSC/CSSS, un total de neuf (29%) ressources ont été impossible à rejoindre. Les transferts d'appel problématiques (p. ex. multiples transferts, transfert vers des numéros de fax, des postes téléphoniques invalides, ou des personnes non-

concernées, multiples transferts) ont été le problème principal rencontré (six ressources).

Le tableau 8.3 fait état des seuils de réussite comparatifs attribués en regard de la proportion des ressources impossibles à rejoindre de chaque secteur. Les motifs ayant rendu impossible ce contact y sont précisés. Plus forte était la proportion, plus faible a été le seuil de réussite attribué.

Tableau 8.3. Attribution des seuils de réussite : Critère sous-jacent – Possibilité d'établir un contact téléphonique

Motifs de la difficulté de contact	Secteur Communautaire (N=23)		Secteur Médical (N=46)		Secteur CLSC/CSSS (N=31)	
	n	%	n	%	n	%
Aucune réponse, pas de boîte vocale	1	4%	-	-	-	-
Aucun numéro de téléphone repéré	-	-	1	2%	-	-
Transferts d'appel problématiques	-	-	-	-	6	19%
Message vocale resté sans retour	-	-	-	-	2	7%
Engagement retour d'appel non tenu	-	-	-	-	1	3%
Proportion total	1	4%	1	2%	9	29%
Seuils comparatifs	Moyen		Élevé		Faible	

- b) Critère sous-jacent 2 : Rapidité à établir un premier contact téléphonique avec une personne en mesure de répondre à la demande

Un premier contact téléphonique établi plus rapidement avec les personnes ressources du secteur médical et du secteur communautaire.

Pour l'évaluation de ce critère sous-jacent, seules les ressources rejointes ont été

considérées (22 organismes communautaires, 45 cliniques médicales, 22 CLSC/CSSS). Pour le secteur communautaire, 86% (n=19) des ressources ont pu être rejoints à la première tentative. Cette proportion inclut aussi les ressources (2 sur 19) qui n'ont pas répondu au premier essai, mais auxquelles un message vocal a pu être laissé. Dans ces deux cas, un retour d'appel a été reçu dans la même journée. C'est 9% (n=2) de ces deux organismes qui ont répondu à une deuxième tentative. Pour ces deux ressources, une boîte vocale était accessible. Toutefois, une deuxième tentative a été faite avant le retour d'appel demandé. Dans le cas du dernier organisme rejoint dont il a été impossible de laisser un message vocal, une réponse a été reçue à une troisième tentative.

Pour 39 cliniques du secteur médical (87%), un contact avec une personne ressource a été établi dès une première tentative et pour six (13%) dès notre deuxième tentative. Ce qui place ce secteur devant le secteur communautaire.

Pour les CLSC/CSSS, le premier contact avec une personne ressource pouvant répondre à notre demande est apparu moins rapide. Malgré le fait que pour les 22 ressources notre appel téléphonique a été répondu à notre première tentative, il reste qu'il est le seul des secteurs où la personne répondante n'a pas été toujours en mesure de répondre à notre demande d'informations, obligeant ainsi le transfert d'appel vers une autre personne. Néanmoins, notre première tentative a permis un contact avec une personne ressource pour 12 ressources (55%), 7 (32%) ont pu répondre à notre demande à notre deuxième tentative et 3 (14%) à notre troisième. Ainsi, le secteur médical est apparu comme étant le secteur pour lequel le contact avec une personne ressource pouvant répondre à notre demande d'informations a été le plus rapide. Le tableau suivant permet de constater l'attribution des seuils de réussite comparatifs.

Tableau 8.4. Attribution des seuils de réussite : Critère sous-jacent - Rapidité à établir un premier contact téléphonique avec une personne pouvant répondre à la demande

	Secteur Communautaire (N=22)		Secteur Médical (N=45)		Secteur CLSC/CSSS (N=22)	
	n	%	n	%	n	%
Première tentative	19	86%	39	87%	12	55%
Deuxième tentative	2	9%	6	13%	7	32%
Troisième tentative	1	5%	-	-	3	14%
SEUILS DE RÉUSSITE	Moyen (2 pts)		Élevé (3 pts)		Faible (1 pt)	

c) Critère sous-jacent 3: Qualité de la prise de contact initiale et/ou de la réponse obtenue

La qualité des réponses aux demandes d'informations remise en question, surtout pour le secteur médical.

D'autres éléments importants à considérer sont ressortis de l'expérience de contact. Ici, les obstacles et forces observés sont indices de la qualité et de la prise de contact et/ou de la réponse obtenue à la demande. Pour l'attribution les seuils de réussite comparatifs (voir tableau 8.5) la règle a été la suivante: à chaque obstacle observé, un point a été soustrait. À l'inverse, chaque force soulignée a entraîné le gain d'un point.

Pour trois des organismes communautaires rejoints, la réponse obtenue a été soulignée comme particulièrement inadéquate (p. ex. réponse expéditive, désintéret

ou incompréhension perçue). Dans le même sens, la réponse obtenue de sept cliniques médicales a aussi été soulignée. Tel a été le cas pour deux CLSC/CSSS. En revanche, pour chacun des secteurs, l'enthousiasme ou le désir de contribuer ainsi que le niveau de connaissance élevé de la personne répondante à l'égard des services offerts ont été des forces soulignées. Ce fut le cas pour quatre organismes communautaires, cinq cliniques médicales et deux CLSC/CSSS comme en témoignent ces extraits de journaux de bord:

Org. Communautaire no 3 : « *La dame qui a répondu connaissait les divers services de l'organisme (...) Elle m'a semblée particulièrement en maîtrise du sujet de la santé gaie* »

CLSC/CSSS no 5 :« *...on a cherché à me comprendre et aussi demandé de préciser ce que je cherchais comme services. Elle voulait m'aider (...)*»

Par ailleurs, il est important de souligner que le secteur médical est caractérisé par de nombreuses expériences relatives à des mises en attente (n=10) jugées trop longues, ce qui a fortement contribué à l'attribution du plus faible seuil de réussite.

Tableau 8.5 Attribution des seuils de réussite : Critère sous-jacent - Qualité de la prise de contact initiale et/ou de la réponse obtenue

Indice de bonne ou mauvaise qualité	Secteur Communautaire		Secteur Médical		Secteur CLSC/CSSS	
	n	pts	n	pts	n	pts
Longue mise en attente	-	-	10	(-10)	2	(-2)
Vacances de la personne ressource	-	-	-	-	1	(-1 pt)
Rép. expéditive/désintéressé/incompréhension	3	(-3 points)	7	(-7 pts)	2	(-2 pts)
Enthousiasme ou désir de contribuer perçu	2	+ 2 pts	3	+ 3 pts	1	+ 1 pt
Bonne connaissance quant aux services offerts	2	+ 2 pts	2	+ 2 pts	1	+ 1 pt
Score total	1 point		(-12 points)		(-3 points)	
Seuils de réussite	Élevé		Faible		Moyen	

APPROCHABILITÉ, INDICATEUR no 3

Diversité des efforts de promotion et de diffusion d'informations (autres que les technologies de communication)

a) Critère sous-jacent 1: Existence de promotion en dehors des zones délimitées par le village gai et en dehors des milieux socioculturels gais traditionnels

Les trois secteurs font la promotion de leurs ressources/services ou d'informations en regard de la santé auprès d'un bassin de population plus large que seulement les HRSH

De tous les efforts de promotion et de diffusion d'informations recensés à la section précédente, trois types d'efforts distincts correspondent au présent critère sous-jacent:

(1) Les efforts promotionnels dans les milieux scolaires, accompli par le secteur communautaire, (2) les efforts promotionnels dans les médias grand public, réalisés par le secteur médical, (3) les placements promotionnels dans les médias écrits faits

par les CLSC/CSSS.

En termes d'intensité, il a été difficile de faire ressortir lequel de ces types de promotion rejoint le plus de personnes. Il fût impossible de prétendre d'une portée d'action plus importante d'une activité face à une autre. Ainsi, ce sont des seuils de réussite absolus qui ont été distribués. Faisant tout trois preuve d'intérêt à promouvoir leurs ressources, leurs services ou des informations de santé, les trois secteurs ont été jugés méritoires et obtiennent un seuil de réussite absolu élevé pour ce critère.

b) Critère sous-jacent 2: Pertinence des activités de promotion en dehors des zones délimitées par le village gai et en dehors des milieux socio-culturels gais traditionnels

Les efforts de promotion et de diffusion d'informations que fait le secteur communautaire au sein des établissements scolaires jugés fort pertinents.

L'attention a aussi été portée en regard de la pertinence des efforts. Pour l'attribution des seuils de réussite comparatifs nous avons précisé une méthode de pointage comme suit. Pour se rendre compte de la pertinence, nous avons considéré, en ordre d'importance, les trois éléments suivants pour lesquels ont été attribués des points de pertinence en regard d'accessibilité (voir tableau 8.6): (1) 3 points pour la promotion de services spécifiques aux HRSH (2) 2 points pour la promotion de ressources disponibles spécifiquement adressées à une population HRSH (3) 1 point pour la diffusion d'informations en regard de la santé des hommes gais et aussi en regard de la prévention du VIH. Chacun des efforts correspondant à notre premier critère sous-jacent a été évalué en ce sens. Par la suite, afin d'évaluer le secteur le plus méritoire et ainsi établir nos seuils de réussite comparatifs, nous avons calculé une moyenne

des points de pertinence par efforts de promotion pour chaque secteur.

Tableau 8.6 Attribution des seuils de réussite : Critère sous-jacent - Pertinence des activités de promotion en dehors des zones délimitées par le Village gai et en dehors des milieux socioculturels gais traditionnels

Critères sous-jacents	Secteur communautaire (N=11) Promo milieux scolaire (n=4)				Secteur médical (N=4) Promo médias grand public (n=2)		Secteur CLSC/CSSS (N=5) Promo médias écrits traditionnels (pop. générale) (n=3)		
	1	2	3	4	1	2	1	2	3
1. Promo des services/ressources spécifiques aux HRSH ? (3 pts de pertinence attribués)	3pts	3pts	3pts	3pts	-	-	-	-	-
2. Promo ressources disponibles en prévention du VIH? (2 pts de pertinence attribués)	2pts	2pts	2pts	2pts	2 pts	2 pts	2 pts	2 pts	2 pts
3. Promo d'Infos portant sur la santé des HRSH et/ou portant sur la prévention du VIH ? (1 pt de pertinence attribués)	1 pt	1 pt	1 pt	1 pt	1 pt	1 pt	-	-	-
Score Total	24 points				6 points		6 points		
Moyenne de points par efforts promo	6 points				3 points		2 points		
Seuil de réussite	Élevé				Moyen		Faible		

ACCEPTABILITÉ : 3 INDICATEURS /12 CRITÈRES SOUS-JACENTS

ACCEPTABILITÉ, INDICATEUR No 1

Caractère anonyme et confidentiel des ressources et des services

a) Critère sous-jacent 1: l'emplacement de la ressource dans un territoire géographique favorisant l'anonymat

Les ressources du secteur CSSS/CLSC couvrent plus adéquatement le territoire montréalais que celles des secteurs médical et communautaire majoritairement centralisées à l'intérieur des limites géographiques reconnues comme étant le Village gai.

L'offre communautaire est centralisée dans le quadrilatère reconnu pour être le village gai. Huit organismes communautaires sur 11 disposent d'un lieu physique qui leur est propre et où ils y dispensent directement des services aux usagers. De ces huit organismes, sept d'entre eux sont situés à l'intérieur des limites géographiques du village gai et un seul est situé à l'extérieur de cette zone. Celui-ci ne dispense qu'un type unique de service où l'utilisateur doit se rendre sur place. Il s'agit d'un service de consultation en lien avec la question des droits liés au VIH. Certains types de services, nécessitant de l'utilisateur potentiel qu'il se rende sur place pour y recourir, ne sont offerts que par des organismes situés dans le village gai. C'est le cas de tout service de type drop-in, milieu de vie ou centre de jour (n=4), services de soutien (avec ou sans suivi) psychosocial et/ou sexuel (n=4), ateliers de groupe (n=3), dépistage standard du VIH (n=2), dépistage rapide du VIH (n=1), dépistage des ITSS (n=2) et vaccination VHA et VHB (n=2).

Quant à elles, la majorité des cliniques médicales ayant un lien spécifique avec la communauté HRSH sont aussi situées géographiquement à l'intérieur des limites du village gai. Ce sont trois cliniques médicales qui y sont situées. La quatrième clinique se situe en plein centre-ville. Malgré une forte proportion des cliniques en territoire

gai (75%), l'offre de services médicaux est tout de même accessible en dehors des limites du village gai en territoire plus neutre favorisant l'anonymat.

De leur côté, les CLSC ont pour force de mieux être répartis géographiquement que les ressources des deux autres secteurs. Ils couvrent plus équitablement le territoire montréalais. Un seul des cinq établissements est situé à l'intérieur du village gai alors que deux sont situés en périphérie du centre-ville et deux autres dans le secteur nord de la ville. Des quatre établissements situés en dehors du village, trois d'entre eux-ci offrent des services de dépistage standard du VIH, dépistage des ITSS et vaccination VHA/VHB. Deux d'entre eux-ci offrent aussi le traitement des ITSS ainsi qu'un service de counseling psychosocial ou sexologique. Certains types de services, nécessitant de l'utilisateur potentiel qu'il se rende sur place pour y recourir, ne sont offerts que par des organismes situés dans le village gai. C'est le cas de tout service de type dropin, milieu de vie ou centre de jour (n=4), services de soutien (avec ou sans suivi) psychosocial et/ou sexuel (n=4), ateliers de groupe (n=3), dépistage standard du VIH (n=2), dépistage rapide du VIH (n=1), dépistage des ITSS (n=2) et vaccination VHA et VHB (n=2).

Ainsi, en comparant les performances des secteurs pour attribuer les seuils de réussite comparatifs, c'est le secteur des CLSC/CSSS qui est jugé le plus méritoire en raison de sa distribution plus égale des ressources. Il obtient le seuil élevé. Le secteur médical obtient le seuil moyen. Même si la majorité des cliniques (75%) sont en territoire gai, il reste que l'offre de services est tout de même accessible en dehors. Ceci n'est pas le toujours le cas pour l'offre communautaire caractérisée par une forte proportion (88%) de services inaccessibles en dehors des limites géographiques du village gai. Le secteur communautaire obtient le seuil faible.

b) Critère sous-jacent 2 : l'anonymat du lieu physique de la ressource

Les lieux physiques des ressources du secteur médical offrent une réponse peu adéquate aux besoins d'anonymat et de confidentialité pouvant être ressenti par leurs usagers

Certaines ressources du secteur communautaire se démarquent par le soin qu'elles mettent à faire paraître le plus anonyme possible leur emplacement physique. Des huit organismes communautaires qui disposent d'un lieu physique pour y dispenser directement des services aux usagers, sept d'entre eux ne sont pas identifiables de l'extérieur en raison de leur façade anonyme ne permettant pas d'identifier le type de services qui y est dispensé, ni même de connaître le nom ou le type d'organisme en présence. Quatre d'entre eux-ci sont situées dans le centre communautaire des gais et lesbiennes de Montréal, un édifice peu éloquent de sa fonction vu de l'extérieur. Un autre est située sur la rue Ste-Catherine, mais passe tout à fait inaperçu. Tel est le cas pour l'organisme situé en dehors des limites du village gai. Le dernier de ces organismes à la façade anonyme offre essentiellement des services de dépistage rapide et standard du VIH, de dépistage des ITSS et de vaccination du VHA et du VHB. De l'extérieur, nul ne pourrait prétendre qu'il s'agit d'un service de dépistage pour HRSH. Ce n'est donc qu'un seul des huit organismes communautaires disposant d'une adresse physique qui affiche sa marque à l'extérieur de son lieu physique. Celui-ci ne dessert que des PVVIH. Quoique situé sur une rue peu achalandée, le fait qu'il soit identifié et identifiable constitue un enjeu quant à l'anonymat.

Pour ce qui est du secteur médical, deux des quatre cliniques affichent leur identité à l'extérieur et rendent la ressource identifiable. L'une de ces cliniques se trouve sur une artère principale de Montréal où la circulation abonde tandis que l'autre trouve pignon sur rue la principale du secteur gai, elle aussi reconnue comme étant une des artères principales de la ville. Qui plus est, une large vitrine sur la salle d'attente donne pleine vue aux passants. La troisième clinique située aussi dans le village gai se trouve dans un édifice à bureaux et n'est pas identifiable de l'extérieur. Tel est le cas

pour la quatrième clinique qui se situe hors village.

De leur côté, bien que les CLSC soient tous identifiables vu de l'extérieur, le fait que de nombreux services de santé et services sociaux y soient administrés en un même lieu et ce, à un éventail diversifié de populations aux prises avec des problématiques de santé tout autant diverses, permet de faciliter un niveau adéquat d'anonymat et de confidentialité quant à la nature et à l'objet d'une visite.

Ainsi, si l'on compare la performance respective de chacun des secteurs en vue d'établir un seuil de réussite comparatif, le secteur des CLSC se voit ici aussi attribué le seuil de réussite élevé. Le secteur communautaire est celui qui atteint le seuil moyen en raison de ses efforts particuliers à rendre les ressources incognitos de l'extérieur. Le secteur médical atteint ici le seuil de réussite le plus faible. Ce ne sont que 50% des cliniques médicales qui permettent la fréquentation de lieux physiques favorables à l'anonymat et la confidentialité des usagers comparé à 88% pour le secteur communautaire et 100% pour le secteur des CLSC.

c) Critère sous-jacent 3 : Préservation possible de l'anonymat et la confidentialité des usagers une fois sur place (achalandage des salles d'attentes, nécessité ou non de la carte d'assurance maladie, possibilité ou non d'obtenir un service de dépistage anonyme

Un niveau plus élevé d'anonymat et de confidentialité de l'utilisateur en utilisant les services du secteur communautaire.

Une fois à l'intérieur d'une ressource, offrir une réponse adéquate aux besoins

d'anonymat et de la confidentialité constitue un enjeu. Pour ce qui est des ressources du secteur communautaire, force est d'admettre que l'utilisateur est accueilli en un lieu où il lui est généralement possible de préserver anonymat et confidentialité. Dans aucun cas l'utilisateur n'aura à attendre dans une salle d'attente bondée. Aussi, certains organismes démontrent des efforts particuliers par la mise en place de mécanismes permettant une réponse adéquate à ce besoin. Par exemple, les séances de services d'ateliers de groupe (n=3) sont précédées de la signature d'une entente de confidentialité entendue entre les bénéficiaires entre eux et la ressource. Toujours à titre d'exemple, les horaires d'une ressource de dépistage communautaire sont constitués de sorte à ce que jamais plus de deux usagers ne se trouvent en même temps dans la salle d'attente. Dans le même ordre d'idées, aucun des services du secteur communautaire ne nécessite à l'utilisateur de carte d'assurance maladie ce qui favorise la préservation de l'anonymat et de la confidentialité d'autant plus important lorsqu'il s'agit de dépistage. S'il le souhaite, l'utilisateur peut être identifié au moyen d'un code connu de lui seul. Qui plus est, tout dépistage pratiqué en communautaire offre la possibilité d'être anonyme. Aucune mention n'est inscrite au dossier médical car l'accès au test de dépistage anonyme ne nécessite ni inscription, ni ouverture de dossier, ni carte d'assurance maladie.

Pour ce qui est de la préservation de l'anonymat et de la confidentialité une fois à l'intérieur des cliniques médicales, pour 75% des cliniques, les salles d'attente sont généralement bondées. Le risque de perdre son anonymat ou de briser sa confidentialité est plus grand, d'autant plus que la période d'attente peut souvent dépasser 30 minutes ce qui multiplie le risque que court l'utilisateur d'être vu en ces lieux. L'accès à tout type de services dispensés par ces quatre cliniques médicales nécessite une carte d'assurance maladie. L'accès au service est précédé de l'ouverture d'un dossier d'identification du patient, les informations personnelles et médicales de l'utilisateur y étant consignées. Ce fichier est dans la plupart des cas (75%) numérisé et

systematisé dans une banque de données. Chacune des cliniques offre à ses usagers la possibilité de recevoir un service de dépistage anonyme du VIH. Cependant, cette action n'est pas offerte d'emblée, c'est l'utilisateur qui doit en faire la demande.

Dans le cas du secteur CLSC/CSSS, tout comme pour les cliniques médicales, l'utilisateur risque de se présenter dans une salle d'attente achalandée dans la plupart de ces établissements (80%). Par contre, la centralisation de plusieurs types de services en un même point permet plus de confidentialité. L'utilisateur devra généralement aussi y présenter sa carte d'assurance maladie pour bénéficier des services. Cependant, une des ressources en CLSC s'adressant spécifiquement aux jeunes de la rue fait exception à cette règle. Pour les quatre autres, le dossier de l'utilisateur sera aussi systematisé. En CLSC aussi, l'utilisateur aura la possibilité de recevoir un service de dépistage anonyme du VIH. L'utilisateur devra en faire la demande. La ressource s'adressant aux jeunes de la rue est toujours celle qui fait exception.

Par la mise en place de moyens servant à préserver anonymat et confidentialité, par le fait que ses services soient joignables sans carte d'assurance maladie et par l'accessibilité du service de dépistage anonyme du VIH, c'est le secteur communautaire qui atteint ici le seuil de réussite élevé. Pour ce qui est des deux autres secteurs, quelques différences permettent de distinguer le secteur CLSC/CSSS plus méritoire: La centralisation de plusieurs types de services en un même point, l'exception d'une ressource aux services accessibles sans carte d'assurance maladie et le dépistage du VIH automatiquement administré pour être anonyme. Le secteur médical obtient le seuil le plus faible.

d) Critère sous-jacent 4 : Moyens déployés pour dispenser les services et pouvant faciliter l'anonymat de l'utilisateur.

Des moyens communautaires à large portée d'actions et qui favorisent l'anonymat et la confidentialité des usagers potentiels

Plusieurs organismes communautaires mettent en place des moyens variés pour étendre leur offre de services en dehors des limites de leur seul lieu physique ou géographique. Ainsi, six organismes permettent d'avoir accès à un intervenant pour recevoir un service d'écoute, de références et d'informations par téléphone. Trois organismes offrent cette possibilité via des espaces de rencontres web ou des forums de discussion de réseaux sociaux et deux organismes offrent une plateforme en différé où des intervenants et autres experts répondent ouvertement aux questions des usagers. Ce type de services augmente la capacité des ressources à rejoindre les hommes qui ne peuvent pas ou ne veulent pas se déplacer physiquement dans la ressource ou sur son territoire. Parallèlement, ces moyens permettent aussi à l'utilisateur de bénéficier du service tout en préservant son anonymat. Le secteur communautaire est aussi le seul à offrir des services de proximité à proprement parler. En déplaçant le service et en allant l'offrir directement dans les lieux fréquentés naturellement par la clientèle cible (p. ex. saunas, les bars), les ressources facilitent l'acceptabilité de leurs services. Ainsi, certains usagers potentiels pourraient juger plus acceptables les services de proximité offerts par le secteur communautaire comme le dépistage et la vaccination de proximité ainsi que des services d'écoute, de soutien ponctuel et de référence rendus en travail de proximité.

Aucune des quatre cliniques médicales ne met en place de moyens autres que le counseling de type face à face pour dispenser ses services. Elles ne possèdent généralement pas de services d'informations et de références. Ainsi, pour pouvoir bénéficier de l'expertise de ces ressources et des professionnels qui y travaillent, l'utilisateur n'a d'autre choix que de se présenter sur place.

La situation est similaire pour le secteur des CLSC/CSSS. Aucun des CLSC ne permet aux usagers de bénéficier des services autrement que par consultation de type face à face. Les services de types général offerts par les CLSC, comme info-santé, ne sont pas considérés ici puisqu'ils ne s'adressent pas spécifiquement aux hommes gais et bisexuels ou ayant des relations sexuelles avec des hommes.

Ainsi, le secteur communautaire se surclasse et obtient le seuil de réussite élevé. Par le déploiement d'une multitude de moyens pour dispenser ses services, il contribue grandement à une réponse positive aux besoins d'anonymat et de confidentialité. Les performances des deux autres secteurs sont sensiblement similaires. Puisque leur situation est caractérisée par un manque de diversité de moyens possibles, ceux-ci se retrouvent ex-aequo avec des seuils de réussite faibles. Aucun seuil moyen n'est distribué.

ACCEPTABILITÉ, INDICATEUR No 2

Caractéristiques des populations ciblées par les ressources et leurs services

a) Critère sous-jacent 1 : L'identité de genre et l'orientation sexuelle des individus ciblés

Le manque de sensibilité et d'inclusion du secteur CLSC\CSSS face aux réalités multiples liées au genre et à l'orientation sexuelle s'inscrit comme une barrière importante liée à l'acceptabilité

Tandis que certains organismes communautaires affichent clairement les populations ciblées par leurs diverses actions via des outils promotionnels (p. ex. site Internet, dépliants), d'autres ne les précisent pas. Sur les 11 organismes communautaires, deux d'entre ceux-ci ne spécifient pas à qui s'adressent leurs services. Dans les deux cas, il

s'agit d'organismes ayant pour premier mandat l'éducation, la sensibilisation et la diffusion d'informations sur le VIH/sida par le biais d'outils informatifs en ligne ou de diffusion de campagnes de marketing social par exemple. Ainsi, ces deux organismes font fi du genre et de l'orientation sexuelle des populations qu'ils ciblent. Comparé aux autres secteurs d'activités, le secteur communautaire se démarque par la présence d'organismes qui accordent une attention particulière aux questions du genre et de l'identité de genre ainsi qu'aux déclinaisons multiples de l'orientation sexuelle. Plus du tiers (4/11) des organismes communautaires démontrent un effort en ce sens. Trois de ces organismes proposent une offre de service clairement et uniquement ciblée vers une population qui ne s'impose aucune étiquette quant au genre et à l'orientation sexuelle. Ces organismes dédient tantôt leur offre de service à une population allosexuelle (i.e. non hétérosexuelle), tantôt à une population queer (i.e. qui ne s'identifient à aucun genre) ou LGBTQ (i.e. lesbienne, gai, bisexuel, queer, transsexuelle/transgenre). Ceci semble être une tendance généralement observable chez les organismes s'adressant aux plus jeunes. Un de ces organismes se démarque. En effet, en plus de dédier spécifiquement son offre à une population allosexuelle, il précise certaines populations cibles qu'aucun des dix autres organismes ne soulève. Il s'adresse aux personnes bispirituelles, intersexuées/intersexuelles et en questionnement. Elles sont toutes trois des populations marginalisées pour lesquelles de trop rares services de santé et services sociaux sont destinés. Le terme « HRSH » est un terme de santé publique qui lui aussi se veut inclusif de tout homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes sans importance accordée à l'orientation sexuelle. Les 11 organismes démontrent une ouverture face à cette population HRSH. Ce n'est cependant que moins de la moitié (5/11) qui offrent des services étant spécifiquement adressés aux HRSH incluant les hommes gais et bisexuels. Pour deux d'entre eux, toutes les activités de la ressource sont entièrement dédiées à ces hommes. Un de ces organismes offre uniquement des services de dépistage du VIH et des ITSS, incluant l'accès à une thérapie brève en entretien motivationnel.

Dans le secteur médical, une seule clinique propose une offre de service entièrement dédiée aux HRSH. Il s'agit d'une offre proposant uniquement des services de dépistage du VIH et des ITSS. Cette clinique n'accorde pas d'attention particulière à l'identité de genre. Par contre, les trois autres démontrent une ouverture face aux multiples identités de genre et orientations sexuelles. Ces cliniques offrent des services s'adressant autant aux hommes, aux femmes qu'aux transsexuel(le)s et visent à rejoindre autant les gais, lesbiennes, bisexuels que les hétérosexuels. Bien qu'elles ne s'adressent pas uniquement qu'aux HRSH, et qu'aucune offre de services ne soit précisément orientée vers cette clientèle, ces trois cliniques indiquent être spécialisées en santé des hommes gais et bisexuels et soulignent leurs liens privilégiés avec cette population. Les transsexuel(le)s peuvent aussi bénéficier de l'expertise d'au moins deux de ces cliniques.

Le secteur des CLSC /CSSS est celui démontrant le moins d'ouverture à la question des genres et orientations sexuelles. Les cinq ressources s'adressent plutôt à une population générale. Seulement deux d'entre elles se définissent comme possédant une expertise et un lien privilégié avec les populations des HRSH, hommes gais et bisexuels. Les HRSH, hommes gais et bisexuels sont la seule déclinaison de l'orientation sexuelle observée à travers l'offre du secteur CLSC/CSSS. Aucun n'aborde la question du genre. L'offre de ce secteur est en ce sens moins acceptable.

Le secteur communautaire se démontre ouvert et inclusif d'une grande variété de population marginalisée en regard de la question du genre et de l'orientation. Il est aussi le secteur proposant le plus large éventail de services spécifiquement orientés sur les réalités de ces populations. Par l'importance qu'il accorde aux diverses déclinaisons de genres et d'orientations sexuelles, il est le secteur qui obtient le seuil élevé. Le secteur médical obtient le seuil moyen. Les offres spécifiques aux personnes transsexuel(le)s proposées par ce secteur constitue sa force majeure, Le

secteur CLSC/CSSS se démarque par son manque d'ouverture en ce qui a trait au genre et à l'orientation. Leur lien privilégié avec les HRSH a été difficilement observable. Ce secteur est le moins susceptible de rejoindre les usagers potentiels les plus en marge. Il obtient le seuil de réussite faible.

a) Critère sous-jacent 2 : Le statut sérologique des hommes ciblés.

L'offre du traitement médical de l'infection au VIH : le secteur médical indéniablement caractérisé plus méritoire que les autres grâce au monopole qu'il exerce en matière de réponse à ce besoin incontestable

Si on regarde le secteur communautaire, quatre organismes sur 11 ne font aucunement mention du statut sérologique lorsqu'il est question de définir les caractéristiques des populations ciblées par leurs actions. Ils s'adressent à une population allosexuelle-queer-LGBTQ et s'adressent généralement aux plus jeunes. Cinq organismes sur 11 offrent des services qui s'adressent autant aux hommes séropositifs qu'aux hommes séronégatifs. La nature de ces services ne varie pas selon le statut sérologique des usagers. Quatre de ces cinq organismes qui offrent également des services orientés spécifiquement vers une clientèle d'hommes séropositifs. Il s'agit d'un organisme offrant essentiellement un service de dépistage du VIH et des ITSS. Le service de dépistage des ITSS pourrait être offert aux hommes séropositifs, mais puisqu'il s'agit là d'un projet de recherche communautaire, la séronégativité est un critère d'inclusion à l'étude.

Du côté des cliniques médicales, elles semblent avoir une offre de services qui correspond aussi bien aux besoins des hommes séronégatifs qu'à ceux des hommes séropositifs. En effet, elles possèdent une offre de service de santé tout aussi grande et adaptée à une population de statut sérologique négatif ou incertain (p. ex. clinique de dépistage du VIH et des ITSS, accès à la PPE, counseling, etc.) qu'une offre permettant

aux hommes séropositifs de traiter efficacement leur infection au VIH et/ou d'apprendre à vivre avec (p. ex. traitement du VIH, counseling individuel ou de couple, etc.). Même que pour les 3 cliniques offrant des services de counseling individuel ou de couple, le fait d'être un homme vivant avec le VIH peut donner droit à certains programmes d'aide qui permettent de plus facilement accéder ces services. La 4^{ième} clinique qui offre essentiellement un service de dépistage des ITSS et du VIH et s'adresse en majeure partie aux hommes séronégatifs ou de statut sérologique incertain. Les personnes séropositives ont tout de même accès au dépistage des ITSS.

Dans le secteur des CLSC/CSSS, il n'y en a qu'un seul qui fasse mention d'une offre de services adaptée spécifiquement à la santé et au mieux-être des hommes vivant avec le VIH. Les quatre autres ne spécifient pas le statut sérologique des individus qu'ils visent et ne semblent pas avoir mis en place des services adaptés aux réalités de ces hommes.

Le seuil de réussite élevé a été attribué au secteur médical pour son offre de services davantage adapté aux réalités des PVVIH. Le secteur communautaire offre lui aussi plusieurs services adaptés au PVVIH. Ils sont en majorité du ressort éducatif, informatif ou prennent la forme de soutien psychosocial individuel, de couple ou de groupe. Il obtient le seuil de réussite moyen. Le secteur des CLSC/CSSS obtient le plus.

b) Critère sous-jacent 3 : la tranche d'âge des hommes ciblés.

L'inattention générale portée par le communautaire et les CLSC/CSSS envers les hommes gais plus âgés font de ceux-ci des secteurs qui réussissent plus faiblement que

le secteur médical en termes de réponses adaptées aux besoins des hommes gais les plus marginalisés quant à leur âge.

Plus de la moitié des organismes communautaires (6/11) ne spécifient pas l'âge des personnes qu'ils souhaitent rejoindre par leurs services. Pour les cinq organismes restant, trois d'entre ceux-ci visent particulièrement les hommes âgés de 18 ans et plus. L'un d'entre ceux-ci offre aussi des services s'adressant spécifiquement aux jeunes qui fréquentent le secondaire et les Cégep et d'autres services spécifiquement adressés aux jeunes de 14 à 25 ans. À cet organisme, s'en ajoutent deux autres qui s'adressent uniquement et spécifiquement aux plus jeunes. Dans un cas, l'un précise viser les jeunes de 14 à 25 ans et dans l'autre cas, c'est une population de 25 ans et moins qui est visée. Aucun des organismes communautaires ne précise offrir des services adaptés à la réalité des hommes plus âgés, de 50 ans et plus par exemple, sauf un qui propose une activité d'intervention de groupe autour de la question du vieillissement.

Mis à part l'une des cliniques médicales qui s'adresse spécifiquement aux hommes de 18 ans et plus, la majorité des cliniques médicales (3/4) disent s'adresser à une population de tout âges. Dans le cas de deux de ces trois cliniques, aucune autre caractéristique n'est spécifiée quant à l'âge des populations cibles. La dernière clinique s'assure d'être vraiment inclusive de toutes les tranches d'âge de la population en spécifiant « *nous apportons notre soutien aux personnes...sans distinction de l'âge* » En plus de cette note, la population des personnes âgées y est aussi clairement indiquée comme population tout comme la population des jeunes de moins de 18 ans.

Du côté des CLSC/CSSS, quatre d'entre les cinq ressources spécifient s'adresser à une population âgée de 18 ans et plus. De ces quatre, trois d'entre elles indiquent aussi avoir un service de dépistage du VIH et des ITSS adressé spécifiquement à une

clientèle plus jeune âgée de 14 à 25 ans. La dernière offre de service de ce secteur quant à elle, s'adresse uniquement aux jeunes âgés entre 14 et 25 ans. Semblable au secteur communautaire, aucune offre de service dans le champ de la prévention du VIH ne s'adresse spécifiquement aux hommes plus âgés.

Le fait de tenter de rejoindre spécifiquement les populations en marge comme les jeunes de 14 à 25 ans et les plus âgés ont été les caractéristiques principales ayant permis de démarquer un secteur plus méritoire qu'un autre. Le secteur médical est le seul à pouvoir démontrer une ouverture spécifique à tous les groupes d'âges. Il est aussi le seul à préciser tenir compte des réalités des personnes vieillissantes et de leurs besoins de santé spécifiques. Par la distribution de services médicaux de pointe offerts à toutes tranches d'âge, le secteur médical obtient le seuil élevé. Les deux autres secteurs n'accordent pas d'attention spécifique aux hommes plus âgés. Ainsi, le fait de viser spécifiquement les plus jeunes devient la caractéristique permettant de juger du secteur le plus méritoire. Dans le secteur communautaire, trois organismes sur 11 (27%) ont développé une offre spécifique aux jeunes. Dans le secteur CLSC/CSSS, quatre ressources sur cinq (80%) proposent une offre spécifique aux jeunes. Cependant il ne s'agit que de services de dépistage du VIH et des ITSS. Pour le communautaire, cette offre est composée de divers services comme le counseling, l'accompagnement, lieux de type drop-in, l'éducation et la prévention, interventions d'ordre structurel, etc. L'offre de services y étant plus variée font du secteur communautaire celui proposant l'offre la plus susceptible d'intéresser un maximum d'hommes issus de cette tranche d'âge. Il obtient le seuil moyen. Il est suivi de très près par le secteur des CLSC/CSSS qui termine avec le seuil de réussite faible.

c) Critère sous-jacent 4 : Groupes socioéconomiques ou culturels spécifiquement ciblés

L'ouverture et l'attention envers les hommes issus de populations socioéconomiques ou culturelles spécifiques et en marge est moins palpable du côté du secteur CLSC/CSSS.

De manière générale, peu importe le secteur, il est possible de percevoir l'importance que démontrent les organisations aux valeurs de justice, d'égalité et d'équité sociales. Ainsi, celles-ci se démontrent généralement ouvertes à recevoir les hommes issus de divers groupes socioéconomiques ou culturels. Pour attribuer un seuil de réussite comparatif, les offres qui visent spécifiquement un groupe socioculturel précis ont été relevées.

Le secteur communautaire est composé de 11 offres de services, dispensées par six organismes différents, s'adressant à des groupes socioculturels spécifiques. Ainsi trouveront leur compte les PVVIH en situation d'isolement et de pauvreté, les travailleurs du sexe, les utilisateurs de drogues injectables, les hommes qui fréquentent les lieux de sexualité sur place, les organisateurs de party privés, les hommes en situation d'itinérance et les étudiants du secondaire et du Cégep. Si on regarde plutôt au niveau des caractéristiques culturelles, les hommes issus des communautés afro-caribéennes, les réfugiés de pays où l'homosexualité est bannie ainsi que les hommes de la communauté libanaise pourront eux aussi trouver des services sensibles à leurs réalités et leurs spécificités culturelles.

Malgré une ouverture promue via les sites Internet des cliniques (3/4), le secteur médical quant à lui ne propose que quatre offres dispensées par trois cliniques, spécifiquement ciblées vers un groupe socioéconomique distinct. Les utilisateurs de

drogues par injection et les consommateurs de crack et de *crystal meth*, les travailleurs du sexe et/ou les personnes en situation d'itinérance peuvent ainsi bénéficier de services de santé spécifiques à leurs réalités. Des médecins ainsi que, plus rarement, des professionnels paramédicaux possédant une expertise auprès de ces clientèles, composent l'équipe de chacune des trois cliniques. Cette expertise et cette ouverture sont particulièrement notables dans le cas de l'une de ces cliniques qui en plus de proposer des services de nature médicale, propose une diversité de services paramédicaux (travail social, sexothérapie, psychothérapie) eux aussi adaptés aux réalités des plus marginaux.

Pour le secteur CLSC/CSSS, l'ouverture envers les hommes issus de populations socioéconomiques ou culturelles spécifiques et en marge est moins observable. Une seule offre spécifique est observée en la matière. Les jeunes hommes en situation d'itinérance UDI ou non, travailleurs du sexe ou non, sont ceux qui pourront bénéficier de services adaptés à leurs réalités spécifiques.

Pour l'attribution des seuils de réussite comparatifs, le secteur communautaire est celui le plus méritoire pour sa plus forte proportion de services spécifiques aux populations marginalisées. Il est suivi du secteur médical avec le seuil de réussite moyen et du secteur CLSC/CSSS qui obtient le seuil de réussite faible.

ACCEPTABILITÉ, INDICATEUR No 3

Intensité de la promotion des valeurs à caractère acceptable pour une majorité.

Pour établir le seuil de réussite, la première étape a été de lister les valeurs promues. Pour chacune des valeurs composant la catégorie donnée, le nombre d'organisation par secteur qui en faisait spécifiquement la promotion a été ressorti. Ainsi, il a été possible par la suite calculer sous forme de pourcentage la proportion des

organisations par secteur qui en faisaient la promotion. Ce pourcentage est l'indicateur de l'intensité de la promotion faite par un secteur concernant une valeur spécifique. Plus ce pourcentage s'est avéré élevé, plus le secteur a été considéré méritoire par l'intensité de la promotion spécifique qu'il faisait de cette valeur. Ce pourcentage a permis d'attribuer un seuil de réussite comparatif par secteur, individuel à chacune des valeurs listées dans une catégorie donnée.

a) Critère sous-jacent 1 : Valeurs au caractère humaniste

Pour chacun des 3 secteurs, les valeurs au caractère humaniste constituent le type de valeur le plus intensément promu. Une promotion légèrement plus intense faite par le communautaire permet cependant de le caractériser comme étant le secteur proposant l'offensive la plus humaine.

Il a été possible de lister 12 valeurs à caractère humaniste (voir tableau 8.7). Le secteur faisant la promotion la plus intense des valeurs à caractère humaniste est le secteur communautaire. C'est avec un score total de 26 points (5 élevés, 4 moyens, 3 faibles) qu'il se hisse au premier rang et obtient le seuil de réussite élevé. Les valeurs humanistes les plus fortement promues par ce secteur sont le positivisme, l'entraide, la transparence, la confiance et l'écoute. Le secteur CLSC/CSSS obtient le seuil de réussite moyen. Il est près derrière avec un cumul de 24 points (4 élevés, 4 moyens, 4 faibles). L'inclusion, l'empathie, le respect et la considération sont les valeurs où le secteur CLSC/CSSS est le plus méritoire. C'est donc le secteur médical qui termine avec le seuil faible. Non loin derrière, il obtient un pointage de 21 (3 élevés, 3 moyens, 6 faibles). Malgré une dernière position, le secteur médical est tout de même plus méritoire que les autres en regard de trois valeurs humanistes qui sont le non-jugement, l'acceptation et l'intégrité.

Tableau 8.7 Valeurs promues à caractère humaniste et seuil de réussite respectif par secteurs

Valeurs Humanistes	Secteur Communautaire (N=11)			Secteur Médical (N=4)			Secteur CLSC/CSSS (N=5)		
	%	Seuil	Pts	%	Seuil	Pts	%	Seuil	Pts
4.Inclusion-ouverture	27	faible	1	75	moyen	2	80	élevé	3
8.Non-jugement	73	moyen	2	75	élevé	3	40	faible	1
6.Acceptation	73	moyen	2	75	élevé	3	60	faible	1
7.Positivisme	7	élevé	3	0	faible (=)	1	0	faible(=)	1
8.Entraide	36	élevé	3	0	faible	1	20	moyen	2
9.Empathie/compassion	27	moyen	2	25	faible	1	40	élevé	3
10.Respect	45	faible	1	75	moyen	2	100	élevé	3
11.Transparence	45	élevé	3	0	faible	1	20	moyen	2
12.Intégrité	0	faible	1	75	élevé	3	20	moyen	2
13.Considération	36	moyen	2	0	faible	1	40	élevé	3
14.Confiance	73	élevé	3	0	faible	1	20	moyen	2
18.Écoute	73	élevé	3	50	moyen	2	40	faible	1
SCORE TOTAL	ÉLEVÉ 26			FAIBLE 21			MOYEN 24		

b) Critère sous-jacent 2 : Valeurs liées aux compétences professionnelles

Une très faible réussite positionne loin derrière le secteur communautaire: le peu d'attention porté à la promotion de valeurs liées aux compétences professionnelles laisse bien peu de chances au communautaire de projeter l'image d'un secteur professionnel et compétent.

Neuf valeurs liées aux compétences professionnelles (voir tableau 8.8) sont promues par les ressources. La promotion la plus intense des valeurs de ce type est faite par le secteur des CLSC/CSSS. Il se démarque avec un cumul de 23 points (6 élevés, 2 moyens, 1 faible) et se voit attribué le seuil de réussite élevé. Sur un total de neuf valeurs, ce secteur fit la promotion la plus intense de six d'entre elles (professionnalisme, travail d'équipe, accessibilité, efficacité, éthique professionnelle, confidentialité). Le secteur médical obtient le seuil de réussite moyen avec un cumul

de 18 points (3 élevés, 3 moyens, 3 faibles). Il est plus méritoire que les autres par la promotion plus intense qu'il fait des valeurs de confidentialité, d'excellence, d'innovation et de qualité des services. C'est donc le secteur communautaire qui obtient ici le seuil de réussite faible. Il obtient un faible pointage de 12 (3 moyens, 6 faibles) qui le positionne loin derrière. Concernant la promotion des valeurs liées aux compétences professionnelles, le secteur communautaire n'est donc jamais plus méritoire.

Tableau 8.8 Valeurs promues liées aux compétences professionnelles et seuil de réussite respectif des secteurs

Valeurs de Compétences pro.	Secteur Communautaire (N=11)			Secteur Médical (N=4)			Secteur CLSC/CSSS (N=5)		
	%	Seuil	Pts	%	Seuil	Pts	%	Seuil	Pts
1. Professionnalisme	18	faible	1	50	moyen	2	60	élevé	3
2. Travail d'équipe	0	faible	1	50	moyen	2	60	élevé	3
3. Accessibilité	55	moyen	2	50	faible	1	100	élevé	3
4. Confidentialité	27	moyen	2	100	élevé	3	0	faible	1
8. Excellence et innovation	27	faible	1	100	élevé	3	80	moyen	2
6. De qualité	0	faible	1	100	élevé	3	80	moyen	2
7. Efficacité	0	faible	1	50	moyen	2	80	élevé	3
8. Éthique professionnel	0	faible (ex-aequo)	1	0	faible (ex-aequo)	1	100	élevé	3
9. Confidentialité	45	moyen	2	25	faible	1	80	élevé	3
SCORE TOTAL	FAIBLE		12	MOYEN		18	ÉLEVÉ		

c) Critère sous-jacent 3 : Valeurs d'égalité et de justice

Les valeurs d'égalité et de justice équitablement promues : peu d'écart entre les scores cumulatifs illustrent une intensité de promotion des valeurs d'égalité et de justice presque aussi importante de la part des 3 secteurs.

C'est cinq valeurs d'égalité et de justice qui ont été répertoriées (voir tableau 8.9). Avec un cumul de 11 points (3 élevés, 2 seuils) c'est encore ici le secteur des CLSC/CSSS qui se mérite au cumul le seuil de réussite le plus élevé. Les valeurs promues où le secteur se démarque sont la justice sociale, l'égalité et l'équité. Le secteur communautaire est juste derrière avec 1 seul point d'écart pour un cumul de 10 points (2 élevés, 1 moyen, 2 faibles). Il est plus méritoire que les autres en raison d'une promotion plus intense qu'il fait des valeurs de défense des droits et de cohésion sociale. Il est le seul des secteurs à agir concrètement en défense des droits. Le secteur médical est tout près derrière et obtient le seuil de réussite le plus faible avec un pointage de 8 (3 moyens, 2 faibles). Ainsi, le secteur des cliniques médicales n'est méritoire pour aucune des valeurs d'égalité et de justice.

Tableau 8.9 Valeurs d'égalité et de justice promues et seuil de réussite respectif des secteurs

Valeurs égalité et justice	Secteur Communautaire (N=11)			Secteur Médical (N=4)			Secteur CLSC/CSSS (N=5)		
	%	Seuil	Pts	%	Seuil	Pts	%	Seuil	Pts
Justice sociale	64	Moyen	2	25	Faible	1	80	Élevé	3
Équité	45	Faible	1	75	Moyen	2	80	Élevé	3
Égalité	45	Faible	1	75	Moyen	2	100	Élevé	3
Défense des droits	36	Élevé	3	0	Faible (ex-aequo)	1	0	Faible (ex-aequo)	1
Cohésion sociale	82	Élevé	3	75	Moyen	2	40	Faible	1
SCORE TOTAL	MOYEN 10			FAIBLE 8			ÉLEVÉ 11		

e) Critère sous-jacent 4 : Valeurs d'engagement communautaire et de solidarité sociale

Le secteur communautaire largement plus orienter vers la solidarité et l'engagement social et communautaire.

Le secteur médical performe très faiblement en regard de la promotion de valeurs liées à l'engagement social et communautaire

Quatre valeurs d'engagement communautaire et de solidarité sociale ont été répertoriées (voir tableau 8.10). C'est le secteur communautaire qui obtient le seuil de réussite le plus élevé avec un pointage de 11 points (3 élevés; 1 moyen). Les valeurs d'engagement et de solidarité où il se démarque à la hausse des autres sont l'action communautaire, la solidarité sociale et l'engagement des populations. Avec 2 points de moins au cumul, le secteur CLSC/CSSS arrive 2^{ième} et se mérite le seuil de réussite moyen avec un score de 9 points (1 élevé, 3 moyens). Il est plus méritoire que les autres en regard d'une seule de ces valeurs, l'empowerment social. Encore ici, le secteur des cliniques médicales obtient le seuil de réussite faible avec un pointage de 4 (4 faibles). Le secteur des cliniques médicales est le moins méritoire pour toutes valeurs d'engagement communautaire et de solidarité sociale.

Tableau 8.10 Valeurs d'engagement communautaire et de solidarité sociale promues et seuil de réussite respectif des secteurs

Valeurs d'Engagement comm.	Secteur Communautaire (N=11)			Secteur Médical (N=4)			Secteur CLSC/CSSS (N=5)		
	%	Seuil	Pts	%	Seuil	Pts	%	Seuil	Pts
Engagement/action communautaire	73	élevé	3	0	faible	1	20	moyen	2
Empowerment social	36	moyen	2	0	faible	1	80	élevé	3
Solidarité sociale-communautaire- engagement des populations	73	élevé	3	0	faible	1	40	moyen	2
SCORE TOTAL	ÉLEVÉ 11			FAIBLE 4			MOYEN 9		

DISPONIBILITÉ: 2 INDICATEURS /5 CRITÈRES SOUS-JACENTS

DISPONIBILITÉ, INDICATEUR No 1

Amplitude de l'offre de services sur une période hebdomadaire par plage horaire donnée (périodes de la semaine et moments du jour) et par types d'intervention nécessaire à la prévention combinée

Pour évaluer ce premier indicateur de disponibilité qu'est l'Amplitude de l'offre de services sur une période hebdomadaire par plage horaire donnée (périodes de la semaine et moments du jour) et par types d'intervention nécessaire à la prévention combinée, aucun critère sous-jacent n'a été précisé. La démarche ayant permis de comparer les performances de chacun des milieux de pratique considérés s'est faite en cinq temps. Il a d'abord été nécessaire de (1) calculer le degré d'amplitude des offres de services de chacun des milieux de pratique sur une base hebdomadaire. Ensuite, il a fallu faire (2) ressortir l'amplitude de ces offres par plage horaire donnée

considérant deux périodes de la semaine (semaine et week-end) et trois moments du jour (am, pm, soirée), (3) calculer l'amplitude de l'offre de chacun des secteurs en considération des trois types d'intervention nécessaires à la prévention combinée (structurel, comportemental, biomédical), (4) compiler les données dans un tableau comparatif qui permet de comparer les performances de chacun des milieux et attribuer des seuils de réussite. Au final, le (5) cumul des seuils de réussites obtenus par la mise en place de la même méthode a été fait.

Avant de présenter les détails de notre démarche, il est nécessaire de préciser qu'en raison de données manquantes, certains services ont été écartés de l'analyse quant à l'amplitude. Pour ces services il a été impossible de connaître de manière spécifique les plages horaires qu'il couvre. C'est entre autres le cas pour les services offerts sur demande (*p.ex* ateliers dans les polyvalentes et cégeps, conférences), les services offerts à de trop basses fréquences (mensuellement ou annuellement, *p. ex.* festival, danse, soirée réseautage), les outils de marketing social ou encore les outils d'éducation et d'information sur Internet. Ainsi les résultats de ce premier indicateur de disponibilité font état de 10 ressources communautaires et 28 de leurs services, quatre cliniques médicales et 25 services et de 17 services dispensés par cinq CLSC.

Étape 1: Amplitude de l'offre sur une période hebdomadaire

La première étape a été de faire ressortir l'amplitude des offres de services de chacun des milieux de pratique sur une période hebdomadaire. Pour se faire, un nombre maximum de plages horaires où un service peut être offert a été défini sur une période donnée d'une semaine. Il a été considéré qu'une semaine type est composée de sept jours (5 en semaine, 2 le weekend), chacun découpé en trois moments du jour (am, pm, soirée) ce qui donne au total 21 plages horaires de disponibilité. Or, pour atteindre son amplitude maximale, un service doit couvrir 100% de ces 21 plages

horaires. Ensuite, pour chaque service nous avons répertorié les jours ainsi que les moments du jour où il est offert en vue de connaître le nombre de plages horaires couvertes hebdomadairement par service donné. Ce qui a permis pour chaque service d'établir la proportion des plages horaires qu'il couvre sur les 21 plages horaires maximum possibles sur une semaine. Cette proportion transformée en pourcentage correspond au degré d'amplitude. Au final, le degré d'amplitude des offres de services des secteurs sur une période hebdomadaire a été comparé.

En regard de l'amplitude des offres de services sur une période hebdomadaire (voir tableau 8.11), l'offre desservie par le communautaire est composé de 28 services. À pleine amplitude, ces 28 services couvriraient un maximum de 588 plages horaires/semaine. Ils couvrent plutôt 226 plages horaires/semaine, soit 38% des plages possibles. En moyenne, ces services couvrent huit (38%) plages horaires/semaine sur une possibilité de 21. Le nombre de plages horaires couvertes par service au cours d'une semaine varie de 1 à 21. Tandis que trois offres de services ont démontré leur potentiel de couvrir 100% des 21 plages horaires possibles/semaine, huit autres couvrent trois plages horaires ou moins.

De son côté, le secteur médical est composé de 25 services pour une pleine amplitude de 525 plages horaires couvertes/semaine. Ce secteur atteint plus de la moitié de son amplitude maximale avec 275 plages horaires couvertes/semaine soit 52% des plages possibles. En moyenne, les services de ce secteur couvrent 11 (52%) plages horaires/semaine. Le nombre de plages horaires couvertes par service au cours d'une semaine varie entre 10 et 15 inclusivement.

Quant à lui, le secteur des CLSC-CSSS composé de 17 services atteindrait son amplitude maximale en couvrant 357 plages horaires/semaine. Les services offerts en CLSC couvrent plutôt une totalité de 184 plages horaires/semaine soit 52% des

plages horaires possibles. Tout comme le secteur médical, ces services couvrent en moyenne 11 (52%) plages horaires/semaine. Le nombre de plages horaires couvertes par service au cours d'une semaine est de 10 ou de 17.

Tableau 8.11 Amplitude des offres de services sur une période hebdomadaire

	Offre secteur Communautaire (28 services)	Offre secteur Médical (25 services)	Offre secteur CLSC/CSSS (17 services)
(n) plages couvertes par l'offre	226	273	184
Amplitude maximale	588	525	357
Degré d'amplitude (%)	38%	52%	52%

Étape 2 : Amplitude de l'offre sur une période hebdomadaire par plage horaire donnée, par période de la semaine et par moment du jour

Ici, pour chaque milieu de pratique, constater la capacité respective à diversifier les périodes où les services sont offerts au cours d'une semaine type était voulue. Pour y parvenir, il a fallu calculer l'amplitude des offres des secteurs en regard de deux périodes de la semaine distinctes (semaine et weekend) et trois moments du jour (am, pm, soirée). Pour s'y faire, la même logique présentée ci-haut a été employée. Pour chaque période de la semaine et moment du jour, un nombre maximum de plages horaires où un service peut être offert a d'abord été défini.

Considérant toujours qu'une semaine type est composée de sept jours, chacun découpé en trois moments du jour (am, pm, soirée), une semaine comporte au total 21 plages de disponibilité (voir tableau 8.12). De ces 21 plages, sept sont des plages en am, sept des plages en pm et les sept autres des plages en soirée. Deux périodes de la semaine ont été considérées: « en semaine » et « weekend ». Or, une semaine type comporte 15 plages horaires en semaine (5 am, 5 pm, 5 soirée) et six le weekend (2 am, 2 pm, 2 soirée). Pour atteindre son amplitude maximale par plage horaire sur une période hebdomadaire, un service doit logiquement couvrir 100% des plages possibles en regard de la plage donnée.

Tableau 8.12 Nombre de plage horaire possible à couvrir pour atteindre l'amplitude maximum sur une période hebdomadaire, par plage horaire donnée

	EN SEMAINE (X 5 jours)			LE WEEK-END (X 2 jours)		
Amplitude max Par moment du jour	5 am	5 pm	5 soir	2 am	2 pm	2 soir
Amplitude max Par période de la semaine	15 en semaine			6 le weekend		
Amplitude max Période hebdomadaire	21					

Pour calculer l'amplitude de l'offre d'un secteur pour une plage donnée, il faut connaître le nombre total de services offerts par ce secteur et le multiplier par le nombre de plages horaires maximum possibles à couvrir sur une période hebdomadaire par plage horaire donnée. Par exemple, pour calculer l'amplitude

maximum potentielle du communautaire les avant-midi en semaine, il faut considérer d'abord que l'offre desservie par le communautaire est composée de 28 services ayant chacun la possibilité de couvrir un maximum de cinq avant-midi par semaine. Pour une pleine amplitude, ce secteur devrait donc couvrir les 140 plages (28 services x 5 am en semaine) possibles en avant-midi de semaine.

Ensuite, les jours ainsi que les moments du jour où il est offert pour connaître le nombre total de plages couvertes par plage horaire donnée ont été répertoriés pour chaque service. La proportion des plages qu'il couvre sur le nombre total de plages à couvrir pour une amplitude maximale et ce, pour chacune des 15 plages horaires en semaine et des six plages horaires le weekend pour chaque service a été établi. Le degré d'amplitude représente le pourcentage de ces proportions inscrites.

L'organisation de ces données dans un tableau (voir tableau 8.13) a permis de comparer le degré d'amplitude des offres de services des trois secteurs par plage horaire donnée. De manière générale, le secteur communautaire, bien qu'il se place comme étant le secteur démontrant le plus d'amplitude les soirs de semaine, demeure celui qui livre la performance générale la plus faible en semaine. Il propose une offre de services avec la plus faible amplitude autant en avant-midi qu'en après-midi des jours de semaine. Au contraire, il est le secteur démontrant l'offre la plus ample en weekend se démarquant avec la plus haute amplitude en après-midi et en soirée.

Quant à lui, le secteur médical ne compte jamais comme étant le secteur le plus faiblement représenté, ni le plus fortement, mis à part pour les avant-midi de weekend, où il est le secteur proposant l'offre la plus ample (20%).

Pour ce qui est du secteur CLSC/CSSS, ses meilleures performances sont obtenues pour deux périodes en semaine, soit les avant-midi et après-midi où les offres de ce

secteur couvrent 100% des plages horaires possibles. Par contre, le weekend, il démontre l'offre avec le plus faible degré d'amplitude. Il est aussi le seul des trois secteurs à n'offrir aucun service les soirs de weekend.

Tableau 8.13. Amplitude des offres de services sur une période hebdomadaire, par plage horaire donnée en considération de périodes de la semaine et moments du jour

		Offre secteur Communautaire (5 services)			Offre secteur Médical (0 service)			Offre de services CLSC/CSSS (0 service)		
		(n)	(n)	(%)	(n)	(n)	(%)	(n)	(n)	(%)
		plage couv.	max plage	Degré amp	plage couv.	max plage	Degré amp	plage couv.	max plage	Degré amp
SEMAINE 5 JOURS	AM	70	140	50%	107	125	86%	85	85	100%
	PM	80	140	57%	119	125	95%	85	85	100%
	Soirée	53	140	37%	27	125	22%	10	85	12%
	S-total	203	420	48%	253	375	68%	180	255	71%
WEEKEND 2 JOURS	AM	7	56	13%	10	50	20%	2	34	6%
	PM	8	56	14%	6	50	12%	2	34	6%
	Soirée	8	56	14%	6	50	12%	0	34	0%
	S-total	23	168	34%	22	150	15%	4	102	4%
7/7	total	226	588	38%	275	525	52%	184	357	52%

Étape 3 : Amplitude de l'offre sur une période hebdomadaire, par plage horaire donnée et par type de services (structurel, comportemental, biomédical)

Pour chaque milieu de pratique, il a fallu constater leur capacité respective à diversifier les périodes où les services sont offerts sur une période hebdomadaire et ce, en regard des trois types d'intervention nécessaires à la prévention combinée (structurel, comportemental, biomédical). Ainsi, les services de chacun des secteurs par ces trois types d'intervention pour connaître le nombre total de services d'un type donné desservi par chacun des trois milieux de pratique considéré a d'abord été catégorisé. Ce nombre a été multiplié au nombre total de plages horaires à couvrir par plage horaire donnée pour atteindre une amplitude maximum (même qu'à l'étape 2). Ce qui donne le nombre maximum de plages horaires à couvrir pour une pleine amplitude de l'offre et ce, par type d'intervention donné. Par exemple, pour connaître l'amplitude maximum de l'offre de services de type structurel offert par le communautaire les avant-midi en semaine, il a fallu partir du fait que l'offre du communautaire est composée de cinq services de types structurels (en regard des offres considéré pour cet indicateur spécifique). Ils ont chacun la possibilité de couvrir un maximum de cinq avant-midi par semaine (5 services de type structurel x 5 am possibles en semaine). Pour une pleine amplitude de son offre de type structurel, ce secteur devrait donc couvrir les 25 plages horaires maximum possibles en avant-midi en semaine.

Ensuite, la proportion des plages horaires couvertes par l'offre de chaque secteur en considération des trois types d'intervention, sur le nombre total de plages horaires à couvrir pour une amplitude maximale et ce, pour chacune des 21 plages horaires de la semaine a été établie. Cette proportion en pourcentage est le degré d'amplitude. Par exemple, le degré d'amplitude de l'offre structurel du secteur communautaire les avant-midi en semaine est de 20% (5 plages horaires couvertes sur un total de 25

possibles). Les données obtenues ont été organisées dans des tableaux (voir tableau 8.23. A, B et C) pour comparer les performances des secteurs pour chaque type d'intervention (structurel, comportemental, biomédical).

Tableau 8.14. Amplitude des offres de services sur une période hebdomadaire, par plage horaire donnée (période de la semaine et moment du jour), par type d'intervention nécessaire à la prévention combinée

8.14.1 Interventions de type structurel

		Offre secteur Communautaire (5 services)			Offre secteur Médical (0 service)			Offre de services CLSC/CSSS (0 service)		
		(n) plage couv.	(n) max plage	(%) Degré amp	(n) plage couv.	(n) max plage	(%) Degré amp	(n) plage couv.	(n) max plage	(%) Degré amp
SEMAINE 5 JOURS	AM	5	25	20%	-	0	0%	-	0	0%
	PM	10	25	40%	-	0	0%	-	0	0%
	Soirée	10	25	40%	-	0	0%	-	0	0%
	S-total	25	75	33%	-	0	0%	-	0	0%
WEEKEND 2 JOURS	AM	-	0	0%	-	0	0%	-	0	0%
	PM	2	10	20%	-	0	0%	-	0	0%
	Soirée	2	10	20%	-	0	0%	-	0	0%
	S-total	4	30	13%	-	0	0%	-	-	0%
7/7	total	29	105	28%	-	0	0%	-	0	0%

8.14.2 Interventions de type comportemental

		Offre secteur Communautaire (5 services)			Offre secteur Médical (0 service)			Offre de services CLSC/CSSS (0 service)		
		(n)	(n)	(%)	(n)	(n)	(%)	(n)	(n)	(%)
		plage couv.	max plage	Degré amp	plage couv.	max plage	Degré amp	plage couv.	max plage	Degré amp
SEMAINE 5 JOURS	AM	56	85	66%	17	20	85%	10	10	100%
	PM	57	85	67%	19	20	95%	10	10	100%
	Soirée	30	85	35%	17	20	85%	10	10	100%
	S-total	143	255	56%	53	60	88%	30	30	100%
WEEKEND 2 JOURS	AM	7	34	21%	0	8	0%	2	4	50%
	PM	6	34	18%	1	8	13%	2	4	50%
	Soirée	6	34	18%	1	8	13%	0	4	0%
	S-total	19	102	19%	2	24	8%	4	12	33%
7/7	total	162	357	45%	55	84	66%	34	42	81%

8.14.3 Interventions de type biomédical

		Offre secteur Communautaire (5 services)			Offre secteur Médical (0 service)			Offre de services CLSC/CSSS (0 service)		
		(n) plage couv.	(n) max plage	(%) Degré amp	(n) plage couv.	(n) max plage	(%) Degré amp	(n) plage couv.	(n) max plage	(%) Degré amp
SEMAINE 5 JOURS	AM	9	30	30%	90	105	86%	75	75	100%
	PM	13	30	43%	100	105	95%	75	75	100%
	Soirée	13	30	43%	10	105	10%	0	75	0%
	S-total	35	90	39%	200	315	64%	150	225	59%
WEEKEND 2 JOURS	AM	0	12	0%	10	42	24%	0	30	0%
	PM	0	12	0%	5	42	12%	0	30	0%
	Soirée	0	12	0%	5	42	12%	0	30	0%
	S-total	0	36	0%	20	126	16%	0	90	0%
7/7	total	35	126	28%	220	441	50%	150	315	48%

À la lumière des informations contenues dans ces tableaux, un constat a été fait. Pour parvenir à juger le plus justement possible les performances de chacun des milieux de pratique, il est apparu judicieux de considérer deux types de résultats: (1) la valeur absolue (n de plages horaires couvertes) et (2) le degré d'amplitude de l'offre.

Étape 4 : Comparaison des offres de services

Pour chacun des types d'intervention, les données des derniers dans des tableaux comparatifs (voir tableaux 8.15, 8.16, 8.17) ont été réorganisées. Ces tableaux comparent les performances des trois secteurs en termes de (1) valeur absolue et (2) degré d'amplitude. Pour chacun de ces deux types de résultats, nous avons attribué respectivement neuf seuils de réussite: un pour chacun des trois moments du jour en

semaine, un pour chacun des trois moments du jour le weekend, un pour chacune des deux périodes de la semaine (en semaine et le weekend) et un pour la période hebdomadaire (7 jours).

C'est la fiche cumulative des seuils de réussite obtenus pour chacune des neuf périodes étudiées en regard du (1) nombre absolu (de plages horaires couvertes) et (2) du degré d'amplitude qui permettra de juger du secteur méritoire. Ces données sont présentées par type d'intervention.

Interventions de type structurel

Des données considérées pour l'évaluation de ce premier indicateur de disponibilité seulement cinq services de type structurel sont ressortis. Ils sont tous offerts par le secteur communautaire. Les deux autres secteurs n'offrent aucun service de type structurel. Or, que ce soit en regard de la valeur absolue ou du degré d'amplitude, le secteur communautaire se voit attribué un seuil de réussite élevé pour la quasi-totalité des périodes évaluées. Il n'y a seulement que les avant-midi le weekend que ce secteur n'obtient pas le seuil de réussite élevé. D'ailleurs, aucun secteur ne l'obtient puisqu'aucun service de type structurel n'est offert sur cette plage horaire précise.

Tableau 8.15 Interventions de type structurel : Attribution des seuils de réussite quant au nombre de plages horaires couvertes et au degré d'amplitude des offres sur une période hebdomadaire, par plage horaire donnée

		INTERVENTION DE TYPE STRUCTUREL (N=5)											
		Secteur Communautaire (n=5)				Secteur Médical (n=0)				Secteur CLSC/CSSS (n=0)			
		(n)	Seuil	%	Seuil	(n)	Seuil	%	Seuil	(n)	Seuil	%	Seuil
		1	2			1	2			1	2		
SEMAINE	AM	5	élevé	20%	élevé	0	nul	0%	nul	0	nul	0%	nul
	PM	10	élevé	40%	élevé	0	nul	0%	nul	0	nul	0%	nul
	Soir	10	élevé	40%	élevé	0	nul	0%	nul	0	nul	0%	nul
	total	25	élevé	33%	élevé	0	nul	0%	nul	0	nul	0%	nul
WEEK-END	AM	0	nul	0%	nul	0	nul	0%	nul	0	nul	0%	nul
	PM	2	élevé	20%	élevé	0	nul	0%	nul	0	nul	0%	nul
	Soir	2	élevé	20%	élevé	0	nul	0%	nul	0	nul	0%	nul
	total	4	élevé	13%	élevé	0	nul	0%	nul	0	nul	0%	nul
7/7	Total	29	élevé	28%	élevé	0	nul	0%	nul	0	nul	0%	nul

Au cumul (voir tableau 8.16), en regard de l'amplitude de l'offre de services de type structurel c'est logiquement le secteur communautaire qui apparaît comme le plus méritoire. Avec une fiche de 48 points (16 seuils élevés), il se distingue par une réussite absolue puisque les deux autres secteurs n'offrent aucune intervention de ce type.

Tableau 8.16. Interventions de type structurel : Cumulatif des seuils obtenus et score total par secteur quant à l'amplitude des offres de services sur une période hebdomadaire, par plage horaire donnée

		INTERVENTIONS DE TYPE STRUCTUREL (N=5)											
		Secteur Communautaire (n=5)				Secteur Médical (n=0)				Secteur CLSC/CSSS (n=0)			
		Seuil	Pts	Seuil	Pts	Seuil	Pts	Seuil	Pts	Seuil	Pts	Seuil	Pts
SEMAINE	AM	élevé	3	élevé	3	nul	0	nul	0	nul	0	nul	0
	PM	élevé	3	élevé	3	nul	0	nul	0	nul	0	nul	0
	Soir	élevé	3	élevé	3	nul	0	nul	0	nul	0	nul	0
	t. sem	élevé	3	élevé	3	nul	0	nul	0	nul	0	nul	0
WEEK-END	AM	nul	0	nul	0	nul	0	nul	0	nul	0	nul	0
	PM	élevé	3	élevé	3	nul	0	nul	0	nul	0	nul	0
	Soir	élevé	3	élevé	3	nul	0	nul	0	nul	0	nul	0
	t. we	élevé	3	élevé	3	nul	0	nul	0	nul	0	nul	0
7/7	T.7/7	élevé	3	élevé	3	nul	0	0%	0	nul	0	nul	0
TOTAL		48 points 2 seuils nuls 16 seuils élevés				0 point 18 seuils nuls				0 point 18 seuils nuls			

Interventions de type comportemental

Le tableau 8.17 permet de constater que des 23 services de type comportemental compilés, 17 sont offerts par le communautaire, quatre par le secteur médical et deux par les CLSC/CSSS.

En regard du nombre absolu de périodes couvertes, le secteur communautaire s'en sort avec un seuil de réussite élevé pour chacune des neuf périodes évaluées. Sur une période hebdomadaire, son offre de services de type comportemental couvre un total de 162 plages horaires dont 143 en semaine. C'est pour les trois moments du jour en semaine qu'il enregistre ses plus fortes performances allant de 57 périodes couvertes en après-midi à 30 en soirée. Ce qui le place devant les deux autres secteurs. Si l'on considère le degré d'amplitude de l'offre, c'est l'inverse qui se produit, il se trouve derrière ses congénères avec la plus faible amplitude tant pour les trois moments du jour en semaine que pour cette période en général. Sur une période hebdomadaire, il obtient la plus faible performance, mais s'en tire tout de même avec une performance généralement moyenne le weekend. Il est le secteur avec l'offre de type comportemental présentant la plus grande amplitude les soirées le weekend.

Pour ce qui est du secteur médical, si le nombre absolu de périodes couvertes est considéré, il performe moyennement pour chacun des trois moments du jour en semaine et pour cette période en général. Il enregistre des performances plus faibles le weekend où il n'offre aucune performance en avant-midi. En regard du degré d'amplitude, sa fiche est sensiblement la même. Sur une période hebdomadaire, il obtient les seuils de réussite moyens, tant en regard du nombre absolu de plages horaires couvertes que pour le degré d'amplitude de son offre.

Pour ce qui est du secteur CLSC/CSSS, si le nombre absolu de périodes couvertes est considéré, il enregistre des performances généralement faibles en semaine et ce, pour chacun des moments du jour où il couvre une constance de 10 plages horaires tant en avant-midi, en après-midi qu'en soirée. Il offre des performances moyennes en avant-midi et après-midi weekend, mais n'offre aucun service de type comportemental en soirée. Avec 34 plages horaires couvertes au total, il se place derrière les deux autres secteurs. Cependant, en regardant le degré d'amplitude, il

obtient une amplitude maximale pour la totalité des plages horaires en semaine, ce qui le distingue des deux autres secteurs. La même chose se produit pour les plages horaires le weekend, à l'exception des soirées où il n'offre toujours pas de performance.

Tableau 8.17 Interventions de type comportemental: Attribution des seuils de réussite quant au nombre de plages horaires couvertes et au degré d'amplitude des offres sur une période hebdomadaire, par plage horaire donnée

		INTERVENTIONS DE TYPE COMPORTEMENTAL (N=23)											
		Offre secteur Communautaire (17 services)				Offre secteur Médical (4 services)				Offre de services CLSC/CSSS (2 services)			
		(n)	Seuil	%	Seuil	(n)	Seuil	%	Seuil	(n)	Seuil	%	Seuil
			1		2		1		2		1		2
SEMAINE	AM	56	élevé	66%	faible	17	moyen	85%	moyen	10	faible	100%	élevé
	PM	57	élevé	67%	faible	19	moyen	95%	moyen	10	faible	100%	élevé
	Soir	30	élevé	35%	faible	17	moyen	85%	moyen	10	faible	100%	élevé
	T. sem	143	élevé	56%	faible	53	moyen	88%	moyen	30	faible	100%	élevé
WEEK-END	AM	7	élevé	21%	moyen	0	faible	0%	faible	2	moyen	50%	élevé
	PM	6	élevé	18%	moyen	1	faible	13%	faible	2	moyen	50%	élevé
	Soir	6	élevé	18%	élevé	1	moyen	13%	moyen	0	faible	0%	faible
	T. we	19	élevé	19%	moyen	2	faible	8%	faible	4	moyen	33%	élevé
7/7	T. 7/7	162	élevé	45%	faible	55	moyen	66%	moyen	34	faible	81%	élevé

Au cumul, (voir tableau 8.18), c'est le secteur communautaire qui apparaît le plus méritoire en regard de l'amplitude de l'offre de services de type comportemental. Avec une fiche de 40 points (9 seuils de réussite élevés, 4 moyens, 5 faibles). Les

secteurs médical et CLSC/CSSS se chevauchent pour l'obtention du seuil moyen et c'est le secteur CLSC/CSSS qui se le mérite avec une fiche de 30 points (8 élevés, 4 moyens, 6 faibles). Le secteur médical avec une fiche de 28 points (10 moyens, 8 faibles) obtient pour sa part le seuil de réussite comparatif faible.

Tableau 8.18 Interventions de type comportemental : Cumulatif des seuils obtenus et score total par secteur quant à l'amplitude des offres de services sur une période hebdomadaire, par plage horaire donnée

		INTERVENTIONS DE TYPE COMPORTEMENTAL (N=23)											
		Offre secteur Communautaire (17 services)				Offre secteur Médical (4 services)				Offre de services CLSC/CSSS (2 services)			
		Seuil	Pts	Seuil	Pts	Seuil	Pts	Seuil	Pts	Seuil	Pts	Seuil	Pts
SEMAINE	AM	élevé	3	faible	1	moyen	2	moyen	2	faible	1	élevé	3
	PM	élevé	3	faible	1	moyen	2	moyen	2	faible	1	élevé	3
	Soir	élevé	3	faible	1	moyen	2	moyen	2	faible	1	élevé	3
	T. sem	élevé	3	faible	1	moyen	2	moyen	2	faible	1	élevé	3
WEEK-END	AM	élevé	3	moyen	2	faible	1	faible	1	moyen	2	élevé	3
	PM	élevé	3	moyen	2	faible	1	faible	1	moyen	2	élevé	3
	Soir	élevé	3	moyen	2	moyen	2	faible	1	faible	1	élevé	3
	T. we	élevé	3	moyen	2	faible	1	faible	1	moyen	2	élevé	3
7/7	T.7/7	élevé	3	faible	1	moyen	2	faible	1	faible	1	moyen	2
SCORE TOTAL		40 points 9 seuils élevés 4 seuils moyens 5 seuils faibles				28 points 10 seuils moyens 8 seuils faibles				30 points 8 seuils élevés 4 seuils moyens 6 seuils faibles			

Interventions de type biomédical

Le tableau 8.19 permet de constater que des 42 services de type biomédical, six sont offerts par le communautaire, 21 par le secteur médical et 15 par les CLSC/CSSS.

Le secteur communautaire est celui qui se démarque le plus faiblement tant en regard du nombre absolu de plages horaires couvertes que pour le degré d'amplitude. Il n'y a seulement que les soirées en semaine où ce secteur se démarque dans son offre de services de type biomédical en obtenant le seuil de réussite élevé. Aussi, il n'offre aucun service biomédical le weekend.

Avec 21 services biomédicaux, le secteur médical est celui qui se démarque le plus fortement tant en regard du nombre absolu de plages horaires couvertes que pour le degré d'amplitude de son offre de type biomédical. Mis à part pour les soirées en semaine où ce secteur obtient des seuils de réussite moyens, il obtient des seuils de réussite élevés pour l'ensemble des autres périodes évaluées. Avec un total de 220 plages horaires couvertes sur une période hebdomadaire et une amplitude de 50%, il se place ici comme le secteur le plus méritoire.

Les services de type biomédical offerts par le secteur des CLSC/CSSS sont concentrés en termes de plages horaires couvertes. Ce secteur offre des services de type biomédical que les avant-midi et après-midi en semaine où il obtient des seuils de réussite moyens tant en regard du nombre absolu de plages horaires couvertes que pour le degré d'amplitude de son offre. Pour le reste des plages horaires, il n'offre aucun service de ce type. Malgré cela, il se place tout de même comme étant le second plus méritoire des trois secteurs.

Tableau 8.19 Interventions de type biomédical : Attribution des seuils de réussite quant au nombre de plages horaires couvertes et au degré d'amplitude des offres sur une période hebdomadaire, par plage horaire donnée

		INTERVENTIONS DE TYPE BIOMÉDICAL (N=42)											
		Offre secteur Communautaire (6 services)				Offre secteur Médical (21 services)				Offre de services CLSC/CSSS (15 services)			
		(n)	Seuil	%	Seuil	(n)	Seuil	%	Seuil	(n)	Seuil	%	Seuil
			1		2		1		2		1		2
SEMAINE	AM	9	faible	30%	faible	90	élevé	86%	moyen	75	moyen	100%	élevé
	PM	13	faible	43%	faible	100	élevé	95%	moyen	75	moyen	100%	élevé
	Soir	13	élevé	43%	élevé	10	moyen	10%	moyen	0	nul	0%	nul
	T. sem	35	faible	39%	faible	200	élevé	64%	élevé	150	moyen	59%	moyen
WEEK-END	AM	0	nul	0%	nul	10	élevé	24%	élevé	0	nul	0%	nul
	PM	0	nul	0%	nul	5	élevé	12%	élevé	0	nul	0%	nul
	Soir	0	nul	0%	nul	5	élevé	12%	élevé	0	nul	0%	nul
	T. we	0	nul	0%	nul	20	élevé	16%	élevé	0	nul	0%	nul
7/7	T. 7/7	35	faible	28%	faible	220	élevé	50%	élevé	150	moyen	48%	moyen

Au cumul, (voir tableau 8.20), c'est le secteur médical cette fois qui apparait le plus méritoire en regard de l'amplitude de l'offre de services de type biomédical. Avec une fiche de 50 points (14 élevés, 4 moyen) il se démarque par une performance au moins deux fois plus importante que les autres secteurs. Le secteur CLSC/CSSS arrive deuxième avec une fiche de 20 points (2 élevés, 6 moyens, 2 faibles, 8 absolu-nul). Tout près de lui, arrive le secteur communautaire avec affiche une fiche de 14 points (2 élevés, 8 faibles, 8 absolu-nul).

Tableau 8.20 Interventions de type biomédical: Cumulatif des seuils obtenus et score total par secteur quant à l'amplitude des offres de services sur une période hebdomadaire, par plage horaire donnée

		INTERVENTIONS DE TYPE BIOMÉDICAL (N=42)											
		Offre secteur Communautaire (6 services)			Offre secteur Médical (21 services)			Offre de services CLSC/CSSS (15 services)					
		Seuil (n)	Pts	Seuil %	Pts	Seuil (n)	Pts	Seuil %	Pts	Seuil (n)	Pts	Seuil %	
SEMAINE	AM	faible	1	faible	1	élevé	3	moyen	2	moyen	2	élevé	3
	PM	faible	1	faible	1	élevé	3	moyen	2	moyen	2	élevé	3
	Soir	élevé	3	élevé	3	moyen	2	moyen	2	faible	1	faible	1
	T. sem	faible	1	faible	1	élevé	3	élevé	3	moyen	2	moyen	2
WEEK-END	AM	nul	0	nul	0	élevé	3	élevé	3	nul	0	nul	0
	PM	nul	0	nul	0	élevé	3	élevé	3	nul	0	nul	0
	Soir	nul	0	nul	0	élevé	3	élevé	3	nul	0	nul	0
	T. we	nul	0	nul	0	élevé	3	élevé	3	nul	0	nul	0
7/7	T.7/7	faible	1	faible	1	élevé	3	élevé	3	moyen	2	moyen	2
SCORE TOTAL		14 points 2 seuils élevés 8 seuils faibles 8 nuls			50 points 4 seuils moyens 14 seuils élevés			20 points 2 seuils élevés 6 seuils moyens 2 seuils faibles 8 nuls					

DISPONIBILITÉ, INDICATEUR N° 2

Réactivité des ressources et de l'offre de services

Nous entendons par réactivité, la capacité d'une ressource à répondre rapidement aux demandes de la clientèle par la mise en place de moyens visant à favoriser la disponibilité d'un service pour ses usagers potentiels. Elle fait référence aux caractères adaptatif et flexible d'une ressource et de son offre de services. La réactivité a pour conséquence positive l'amélioration logistique d'une offre de service. Pour évaluer ce cet indicateur, cinq critères sous-jacents ont émergé: (a) Services disponibles en tout temps (b) Services « clé en main » sur demande (c) Interventions de proximité (d) Services disponibles de manière ponctuel et en différé (e) Services avec et sans rendez-vous.

a) Critère sous-jacent 1 : Services disponibles en tout temps

Par sa capacité à mettre en place un plus grand nombre d'intervention de type structurel disponible 24h/24h 7/7, le secteur communautaire se démarque en terme de réactivité.

De par leur nature, certains services offerts ont le potentiel d'être disponibles 24h sur 24 et 7 jours sur 7, ce qui est largement favorable à la réactivité. Si besoin il y a, la ressource est en tout temps à la disposition de l'utilisateur, parfois même sans nécessairement qu'il en éprouve le besoin. C'est le cas par exemple des campagnes de marketing social, d'activités de promotion du dépistage, des services de distribution de matériel, d'actions de défense des droits ou d'outils informatifs et éducatifs disponibles sur Internet. Ces services sont pour la plupart des interventions de type structurel et pour les autres, elles sont de type comportemental. Aucune intervention de type biomédical n'est disponible 24/24, 7/7.

Au cumul, (voir tableau 8.21), le secteur communautaire se démarque dans ce domaine en proposant neuf offres de services disponibles en tout temps dont sept sont de type structurel et deux de type comportemental. Il obtient le seuil de réussite comparatif élevé. Il est secondé par le secteur médical qui, avec deux offres disponibles en tout temps, une de type structurel et une de type comportemental, se vaut le seuil de réussite moyen. Le secteur CLSC-CSSS rend disponible une seule offre de cette nature, elle est de type structurel. Il se mérite le seuil de réussite faible.

Tableau 8.21. Attribution des seuils de réussite : Critère sous-jacent – Services disponibles en tout temps

	Secteur Communautaire	Secteur Médical	Secteur CLSC/CSSS
Types d'intervention			
Structurel	7	1	1
Comportemental	2	1	0
Biomédical	0	0	0
Seuils de réussite	élevé (3 pts)	moyen (2 pts)	faible (1 pt)

b) Critères sous-jacent 2 : Services « clé en main » sur demande

Étant le seul secteur à mettre à la disposition des usagers des services de type « clé en main » sur demande, le secteur communautaire se démarque une fois de plus en terme de réactivité des ressources.

Puisqu'ils sont ajustables aux réalités multiples de leurs usagers potentiels, les services clé en main sur demande sont propices à influencer positivement la réactivité. En effet, les services sur demandes constituent de facto une preuve

indéniable de l'aptitude d'une ressource à offrir une réponse favorable aux besoins de ses usagers en termes de disponibilité. En effet, l'utilisateur n'a qu'à placer un appel de services pour formuler sa demande et préciser ses besoins. Suite à l'entente convenue, la ressource s'engage à se déplacer à l'endroit et au moment choisi par l'utilisateur en vue d'y dispenser le service demandé, formule clé en main.

Au cumul (voir tableau 8.22), le secteur communautaire propose cinq offres de cette nature et est le seul secteur à le faire. Ce sont tous des services de type ateliers, conférences, kiosque d'informations, séances de sensibilisation. Ceux-ci proposent diverses thématiques, allant de l'identité de genre/orientations sexuelles, aux réalités ethnoculturelles en passant par la santé sexuelle et la santé dans sa globalité. Il se voit donc attribué un seuil de réussite absolu élevé. Les deux autres secteurs se voient attribués un seuil de réussite absolu/nul puisque qu'ils n'offrent pas de services de type clé en main.

Tableau 8.22. Attribution des seuils de réussite : Critère sous-jacent – Services « clé en main » sur demande.

	Secteur Communautaire	Secteur Médical	Secteur CLSC/CSSS
Types d'intervention			
Structurel	0	0	0
Comportemental	5	0	0
Biomédical	0	0	0
Seuils de réussite	élevé/absolu (3 pts)	absolu/nul (0 pt)	absolu/nul (0 pt)

c) Critère sous-jacent 3 : Interventions de proximité

L'offre de services de prévention du VIH à Montréal caractérisé par un faible nombre d'interventions de proximité. Seulement cinq services dispensés par deux secteurs, le secteur médical étant le seul à n'en offrir aucune.

Plutôt que d'attendre que les usagers potentiels se rendent vers les services, les interventions de proximité sont une alternative qui propose le contraire, c'est-à-dire que c'est préférablement la ressource qui déploiera les efforts nécessaires pour joindre les usagers potentiels pour leur proposer ses services. Visant à s'adapter pleinement aux besoins des usagers, les interventions de proximité sont généralement mises en place dans des endroits fortement fréquentés par la clientèle cible et ce, lors de périodes de grande affluence. De la sorte, les services de proximité sont pleinement ajustés aux réalités de certains usagers et constituent par le fait même un gain incontestable en matière de réactivité puisque pour l'utilisateur, ils sont disponibles ici et maintenant dans leur contexte de vie naturel.

Au cumul (voir tableau 8.23), le secteur communautaire est celui qui propose le plus de services en intervention de proximité. C'est avec un total de quatre services, trois de type biomédical et un de type comportemental, qu'il se voit attribué le seuil de réussite élevé. Avec une intervention de proximité de type biomédical, le secteur CLSC/CSSS, obtient un seuil de réussite moyen. Le secteur médical quant à lui n'offre aucune intervention de ce genre, il obtient donc un seuil de réussite absolu/nul, pour cette non performance.

Tableau 8.23 Attribution des seuils de réussite : Critère sous-jacent – Interventions de proximité

	Secteur Communautaire	Secteur Médical	Secteur CLSC/CSSS
Types d'intervention			
Structurel	0	0	0
Comportemental	1	0	0
Biomédical	3	0	1
Seuils de réussite	élevé (3 pts)	absolu/nul (0 pt)	moyen (2 pts)

d) Critère sous-jacent 4 : Services disponibles de manière ponctuel et/ou en différé

Une réussite absolue pour le secteur communautaire qui est le seul à mettre en place des services disponibles ponctuellement et en différé.

Les services joignables ponctuellement par l'utilisateur sont intrinsèquement favorables à la réactivité. Sauf quelques rares exceptions, ces services sont généralement offerts en dedans des heures d'ouverture courantes des ressources qui les dispensent, sinon, ils proposent des horaires d'ouverture distincts. Bien qu'ils soient propices à une meilleure réactivité, il demeure que ces services ne sont pas offerts en tout temps et que certains usagers potentiels pourraient de ce fait être dans l'incapacité de les joindre ponctuellement. Donc, pour s'ajuster aux réalités multiples, certaines ressources proposent une variante qui permet à l'utilisateur potentiel de joindre le service de manière différé. C'est-à-dire qu'un laps de temps sépare le moment de la

demande du moment la réponse. Dans ce sens, advenant le cas où l'utilisateur se trouverait dans l'incapacité de rejoindre un service donné sur les heures d'ouverture proposées, il n'a qu'à placer une demande en différé et pourra compter recevoir une réponse en dedans d'une période n'excédant généralement pas trois jours ouvrables. Ces services joignables en différé sont essentiellement des lignes téléphonique ou espace web d'écoute, d'informations et de références.

Au cumul (voir tableau 8.24), le secteur communautaire est le seul à offrir des services joignables ponctuellement. Il en propose neuf, toutes des interventions de type comportemental, dont six sont des services d'écoute, d'informations et de références également joignables en différé, et trois sont des services d'interventions individuelles ou d'accompagnement vers d'autres ressources. Il se mérite un seuil de réussite absolu face aux deux autres secteurs qui ne performant pas en regard de ce critère.

Tableau 8.24. Attribution des seuils de réussite : Critère sous-jacent – Services offerts de manière ponctuelle et/ou en différé

	Secteur Communautaire	Secteur Médical	Secteur CLSC/CSSS
Types d'intervention			
Structurel	0	0	0
Comportemental	9	0	0
Biomédical	0	0	0
Seuils de réussite	élevé/absolu (3 pts)	absolu/nul (0 pt)	absolu/nul (0 pt)

e) Critère sous-jacent 5: Services avec rendez-vous et sans rendez-vous.

Le secteur CLSC/CSSS démontre davantage de rigidité que les deux autres secteurs quant aux périodes de rendez-vous possibles et ne met en place que de rares moyens pour s'ajuster aux besoins de l'utilisateur selon ses disponibilités.

Plusieurs services sollicitent de la part de l'utilisateur qu'il joigne dans un premier temps la ressource en vue de convenir de la date et de l'heure d'un rendez-vous. Les services avec rendez-vous viennent intrinsèquement avec une période d'attente entre le moment de la prise du rendez-vous et le rendez-vous lui-même. Ces services se divisent en deux grands groupes : (1) Services avec rendez-vous *flexibles*, qui sans agenda prédéterminé offre la possibilité d'un rendez-vous s'ajustant aux disponibilités de l'utilisateur selon ses besoins. (2) Services avec rendez-vous *rigides*, qui se caractérisent par un horaire de rendez-vous prédéterminé et qui l'imposent. Ici, c'est l'utilisateur qui doit s'ajuster à la ressource. Toutefois, cette rigidité est parfois compensée par la mise en place de périodes sans rendez-vous. Sans s'ajuster parfaitement aux horaires des usagers, ces périodes de sans rendez-vous restent tout de même un indice de souplesse et de réactivité de la part des ressources. Les services avec rendez-vous flexibles seront d'abord abordés pour poursuivre avec les services avec rendez-vous rigides et leur capacité à compenser avec des périodes de sans rendez-vous.

Au cumul (voir tableau 8.25), le secteur communautaire est celui démontrant le plus de flexibilité avec quatre offres de services avec rendez-vous flexibles. Il s'agit tous de services de counseling (individuel ou de couple). Il obtient un de réussite comparatif élevé. Le secteur médical de son côté propose deux offres de ce genre qui sont aussi des services de counseling. Il obtient le seuil de réussite moyen. Aucune offre avec rendez-vous flexible n'a été répertoriée dans le secteur CLSC-CSSS. Il obtient un

seuil de réussite absolu/nul.

Tableau 8.25 Services avec rendez-vous « flexibles ».

	Secteur Communautaire	Secteur Médical	Secteur CLSC/CSSS
Types d'intervention			
Structurel	0	0	0
Comportemental	4	2	0
Biomédical	0	0	0
Seuil de réussite	élevé (3pts)	moyen (2 pts)	absolu/nul (0pt)

Pour ce qui est des services avec rendez-vous rigides, ils ont d'abord été répertoriés tenant en compte s'ils étaient aussi joignables en sans rendez-vous. En soustrayant les offres joignables en sans-rendez-vous du nombre total de services avec rendez-vous rigides, nous avons obtenu le nombre d'offres par secteur demeurant rigides sans mise à disposition de période sans rendez-vous.

Au cumul (voir tableau 8.26), le secteur communautaire propose neuf services avec rendez-vous rigides. Quatre d'entre eux sont joignables aussi en sans rendez-vous ce qui porte à cinq le nombre de services qui demeurent rigides quant à leur horaire de rendez-vous. Ces offres sont toutes de type biomédical. Le secteur médical propose une offre composée de 24 services avec rendez-vous rigides pour lesquels l'utilisateur potentiel devra s'ajuster aux limites d'horaire imposées. 23 d'entre eux sont aussi joignables lors de période sans-rendez-vous. Une seule offre, de type comportemental, demeure rigide quant à son horaire de rendez-vous. Le secteur CLSC-CSSS propose une offre constituée de 17 services avec rendez-vous rigide. C'est six d'entre eux qui sont aussi joignables lors de périodes de sans rendez-vous

mises à disposition. Or, 11 d'entre ces services demeurent rigides quant à l'horaire de rendez-vous qu'ils imposent. Neuf sont de type biomédical et deux de type comportemental.

En conclusion, pour la souplesse qu'il démontre par la mise à disposition de périodes sans rendez-vous, avec une seule offre avec rendez-vous rigide, le secteur médical obtient le seuil de réussite comparatif élevé. Le secteur communautaire obtient le seuil moyen avec cinq offres rigides, toutes de type biomédical. Le secteur CLSC/CSSS obtient le seuil faible avec un total de 11 offres rigides

Tableau 8.26 Services avec rendez-vous « rigides ».

Types d'intervention	Secteur Communautaire			Secteur Médical			Secteur CLSC/CSSS		
	Avec R-V	Dispos Sans R-V	Total rigide	Avec R-V	Dispos Sans R-V	Total rigide	Avec R-V	Dispos Sans R-V	Total rigide
Structurel	0	0	= 0	0	0	= 0	0	0	= 0
Comportemental	2	-2	= 0	3	-2	= 1	2	-0	= 2
Biomédical	7	-2	= 5	21	-21	= 0	15	-6	= 9
Total services avec R-V rigide	5			1			11		
Seuils de réussite	moyen (2pts)			élevé (3 pts)			faible (1 pt)		

En conclusion (voir tableau 8.27) du critère sous-jacent : Services avec rendez-vous

et services sans rendez-vous, les secteurs communautaire et médical arrivent ex-aequo et se méritent un seuil de réussite comparatif élevé. Le secteur CLSC-CSSS, plus rigide en termes d'horaires des services avec rendez-vous, se place dernier et obtient un seuil de réussite comparatif faible.

Tableau 8.27 Attribution des seuils de réussite : critère sous-jacent - Services avec rendez-vous et services sans rendez-vous

	Secteur Communautaire		Secteur Médical		Secteur CLSC/CSSS	
	seuils	pts	seuils	pts	seuils	pts
Service avec rendez-vous « flexibles »	élevé	3	moyen	2	Absolu (nul)	0
Services avec rendez-vous « rigides » us	moyen	2	élevé	3	faible	1
SCORE TOTAL	5 points		5 points		1 point	
SEUILS COMPARATIFS	ÉLEVÉ (ex-aequo)	3 pts	ÉLEVÉ (ex-aequo)	3 pts	FAIBLE	1pt

ABORDABILITÉ : 2 INDICATEURS /5 CRITÈRES SOUS-JACENTS

ABORDABILITÉ, INDICATEUR no 1

Coûts directs liés à l'utilisation du service

Pour évaluer cet indicateur, trois critères sous-jacents ont émergés: (a) coûts liés à l'adhésion ou l'ouverture de dossier; (b) Coûts du service; (c) Frais de pénalité.

a) Critère sous-jacent 1 : Coûts liés à l'adhésion ou à l'ouverture de dossier

Gratuité dans tous les cas : Peu importe le secteur d'activités observé, les HRSH peuvent bénéficier de services sans qu'aucun cout ne soit exigé pour l'adhésion ou l'ouverture de dossier

Dans un seul cas issu du communautaire, des frais d'adhésion sont exigés pour devenir membre de l'organisation. Cependant, comme l'accès aux services dispensés par cette organisation ne nécessite pas cette-dite adhésion de *membership*, ces frais n'ont pas été considérés comme constituant un cout direct lié à l'utilisation du service. De la sorte, peu importe le secteur (communautaire, médical ou CLSC/CSSS), les HRSH peuvent bénéficier d'une adhésion ou d'une ouverture de dossier ne nécessitant aucun cout. Ainsi, chacun des secteurs se voit attribuer un seuil de réussite absolu/élevé et un pointage respectif de 3 points chacun (voir tableau 8.40).

b) Critère sous-jacent 2 : Cout d'utilisation du service

Réussite absolue pour les secteurs communautaire et CLSC/CSSS caractérisés par la gratuité de leurs services ce qui leur permet de se hisser devant le secteur médical dont l'offre est composée de 52% des services pour lesquels il faut payer.

Pour ce qui est des secteurs communautaire et CLSC/CSSS, les services dispensés sont gratuits dans tous les cas. Ainsi, ces deux secteurs se distancent du secteur des cliniques médicales pour lequel près de 52% (14 sur 27) des services dispensés sont coûteux. La composition de ces 14 services va comme suit : dépistage des ITSS (n=3), PPE (n=3), Traitement du VIH ou des ITSS (n=3), dépistage du VIH (n=2),

suiwi sexologique/psychologique/psychothérapeutique (n=2), PrEP (n=1). Les couts de ces 14 services s'étendent sur une large braguette de prix allant de 20\$ a environ 1100\$/mois. De ces 14 services, les moins couteux sont le dépistage des ITSS et du VIH pour lesquels l'usager pourrait avoir à défrayer entre 20 à 25\$ pour le transport des échantillons sanguins. Les services de counseling sexologique, psychologique ou psychothérapeutique coutent quant à eux entre 90 et 120\$ dépendamment du professionnel qui dispense le service. Les services les plus onéreux de ce secteur sont sans doute la PPE et le traitement du VIH qui nécessitent la prise de médicaments dispendieux. Dans un cas comme dans l'autre, il pourrait en couter jusqu'à 1100\$ par mois pour un usager non-couvert par la RAMQ et couvert par un régime d'assurances privées qui ne prend pas en charge le prix de ces médicaments. Les services qui coutent de l'argent a l'usager dans tous les cas peu importe la clinique qui les offre sont ceux de traitement du VIH, traitement des ITSS, PPE et PrEP. Il n'a pas été possible d'établir le prix exact du seul service de PrEP recensé dans le cadre de l'étude.

Ainsi, nous avons attribué aux secteurs communautaires et CLSC/CSSS le seuil de réussite absolu et un pointage respectif de 3 points (voir tableau 8.40). Ces seuils de réussite absolu infèrent donc un pointage nul au secteur des cliniques médicales en regard de ce deuxième critère sous-jacent qu'est les couts des services.

c) Critère sous-jacent 3 : Frais de pénalité en cas d'annulation

Réussite absolue pour les secteurs communautaire et CLSC/CSSS qui n'exigent aucun frais de pénalité comparativement au secteur médical qui se caractérise par la mise en place de politiques d'annulation pouvant engendrer des frais de pénalité s'élevant jusqu'à 120\$.

Pour ce troisième critère sous-jacent, les secteurs communautaire et CLSC/CSSS se démarquent de la même façon puisqu'aucun frais de pénalité n'a été recensé et ce, peu importe le service offert. Ainsi, ces deux secteurs se distancent encore ici du secteur médical où des frais de pénalité ont été remarqués pour près de 45% des services (12 sur 27) composant l'offre de ce secteur. Ces services sont soumis à une politique d'annulation qui est sensiblement la même : advenant le cas où un usager ne se présente pas au rendez-vous convenu et n'a pas procédé à l'annulation en dedans d'une période d'au moins 24h, des frais sont encourus. L'utilisateur se voit donc dans l'obligation de défrayer le montant exigé s'il veut reprendre un rendez-vous sans quoi, l'accès au service lui sera refusé. Ces 12 services soumis à une telle politique sont dispensés par trois des quatre cliniques du secteur dont deux ressortent comme étant davantage règlementées. Pour ces deux cliniques, c'est plus de 71% de leurs services respectifs (5 services sur 7 dans les deux cas) qui sont soumis à une telle politique. Pour la majorité des services règlementés par une telle politique, soit 10 services sur les 12, il s'agit de services nécessitant une rencontre avec un médecin et les frais de pénalité encourus varient d'une clinique à une autre se situant entre 20\$ et 40\$. Dans les deux autres cas, il s'agit de services de counseling (sexologique, psychologique ou psychothérapeutique) offerts par des professionnels rattachés à divers ordres professionnels. Dépendamment du professionnel en question les frais de pénalité exigés peuvent varier entre 45\$ et 120\$.

De la sorte, nous avons attribué encore ici un *seuil de réussite absolu et un pointage respectif de 3 points* aux secteurs communautaires et CLSC/CSSS (voir tableau 8.40). En raison de ces seuils absolus attribués aux autres secteurs, le secteur médical n'obtient pour sa part aucun point en regard de ce troisième critère sous-jacent.

ABORDABILITÉ, INDICATEUR No 2*Coûts indirects liés à l'utilisation du service*

Il arrive que l'utilisation d'un service puisse engendrer des coûts indirects en plus des coûts directs. Ces coûts observés s'inscrivent par exemple en termes de dégradation possible de l'état de santé de l'utilisateur, d'enjeux de productivité, de perte de revenue générée ou d'autres frais secondaires associés. Notre démarche a permis de laisser émerger deux critères sous-jacents: (a) proportion des services engendrant une période d'attente involontaire chez l'utilisateur entre le moment de la prise de rendez-vous et le moment du rendez-vous lui-même; (b) aspects des services pouvant générer d'autres coûts indirects.

a) Critère sous-jacent 1 : Proportion des services engendrant une période d'attente involontaire chez l'utilisateur entre le moment de la prise de rendez-vous et le moment du rendez-vous lui-même.

Le secteur communautaire se démarque en ne proposant que 15% de son offre occasionnant des attentes involontaires chez l'utilisateur entre la prise de rendez-vous et le rendez-vous lui-même. Avec des proportions de 4 et 5 fois plus élevées, les deux autres secteurs se dessinent comme étant indirectement plus coûteux.

Il nous est d'abord paru intéressant de faire ressortir de l'offre de services respective de chacun des secteurs tous services engendrant chez l'utilisateur une période d'attente involontaire entre le moment de la prise de rendez-vous et le moment du rendez-vous lui-même. Par « période d'attente involontaire de la part de l'utilisateur » nous entendons ici que le moment du rendez-vous est imposé par la ressource qui dispense le service, ce qui implique à l'utilisateur potentiel de s'ajuster aux réalités de la ressource plutôt que l'inverse. Puisque c'est l'utilisateur qui doit faire un compromis pour accéder au service,

ce type d'offre a été jugée davantage onéreuse en termes de coûts indirects que d'autres services offrant plus de latitude (p. ex. services formule clés en main sur demande, services ponctuels, service en différés). Pour parvenir à désigner le secteur le plus méritoire quant à ce critère sous-jacent, nous avons recensé les services engendrant cette période d'attente involontaire. Ensuite, nous avons établie la proportion de l'offre de chaque secteur engendrant ces coûts indirects liés à l'attente involontaire imposée à l'utilisateur. Plus petite s'est avérée la proportion établie, meilleur a été jugé le seuil de réussite comparatif attribué.

Au cumul (voir tableau 8.28), sur les 46 services qu'il dispense, le secteur communautaire propose sept services (15% de l'offre) qui engendrent une période d'attente involontaire à l'utilisateur. De ces sept services, quatre sont des services de types comportemental (p. ex. soutien individuel ou de groupe) et trois sont de type biomédical (p. ex. dépistage des ITSS ou du VIH). Ces sept services sont dispensés par quatre ressources différentes. Trois ressources proposent une seule offre de ce type chacune tandis que la quatrième ressource en propose quatre à elle seule. De ces sept services, quatre d'entre eux génèrent une période d'attente se situant entre un jour et trois semaines. Pour les trois autres services, la période d'attente est indéterminée ce qui constitue un aspect du service qui contribue à la hausse des coûts indirects engendrés.

Quant à lui, le secteur des cliniques médicales propose 17 offres sur 27 (63% de l'offre) qui peuvent engendrer cette période d'attente involontaire chez l'utilisateur. Tandis qu'une des quatre ressources de ce secteur ne propose qu'une seule offre de ce type, les trois autres en proposent cinq ou six chacune. De ces 17 offres, trois sont des services de type comportemental (p. ex. clinique spécialisée avec nutritionniste, suivi psychothérapeutique, suivi en travail social) tandis que les 14 autres sont des services

biomédicaux (p. ex. PrEP, dépistage, vaccination). La période générée par ces 17 offres varie entre un jour et trois semaines.

Pour ce qui est du secteur CLSC/CSSS, 14 services sur les 18 (78% de son offre) engendrent une période d'attente involontaire chez l'utilisateur. De ces 14 services, deux sont des interventions de type comportemental (p. ex. soutien, suivi en travail social ou sexologie) pour lesquelles la période d'attente engendrée s'est avérée indéterminée ce qui constitue également ici un aspect du service qui contribue à la hausse des coûts indirects engendrés. Les 12 autres sont des interventions de type biomédical (p. ex. vaccination VHA/VHB, dépistage). Les données recueillies n'ont pas permis de déterminer la durée de cette période d'attente.

Tableau 8.28 Attribution des seuils de réussite comparatifs : Critère sous jacent – Services engendrant une période d'attente involontaire chez l'utilisateur

	Secteur Communautaire (N=46)		Secteur Médical (N=27)		Secteur CLSC/CSSS (N=18)	
	(n) services	% de l'offre	(n) services	% de l'offre	(n) services	% de l'offre
Service engendrant une période d'attente involontaire chez l'utilisateur	7	15%	17	63%	14	78%
SEUIL DE RÉUSSITE	ÉLEVÉ	3 pts	MOYEN	2 pts	FAIBLE	1 pt

En conclusion avec 15% de son offre pouvant engendrer une période d'attente involontaire chez l'utilisateur, le secteur communautaire obtient le seuil de réussite comparatif élevé. Avec une proportion de plus de quatre fois plus élevée, le secteur médical se place second avec 63% de son offre ce qui lui vaut le seuil de réussite moyen. Le secteur CLSC/CSSS obtient logiquement le seuil de réussite faible en raison d'une encore plus large proportion soit 78% de son offre qui génère ce type d'attente involontaire qu'impose la ressource à l'utilisateur.

b) Critère sous-jacent 2 : Autres aspects des services pouvant générer des coûts indirects

Malgré un mécanisme de prise de rendez-vous aux allures de guet-apens, le secteur médical reste celui le plus méritoire en termes d'autres coûts indirects générés. À l'opposé, plusieurs aspects de services générant des périodes d'attentes prolongées voire indéterminées font du secteur communautaire celui générant le plus d'autres coûts indirects.

D'autres aspects des offres de services ont été associés à d'importants coûts indirects engendrés. Ils sont liés à des prolongations des périodes d'attente. Deux aspects des services génèrent d'autres coûts indirects : (1) le contingentement des services, (2) la complexité de mécanisme de rendez-vous.

Au cumul (voir tableau 8.29), des 46 services offerts par le communautaire, sept services (15%) génèrent des périodes d'attente prolongées ou indéterminées. Quatre services de type biomédical et trois de type comportemental. Les quatre services de type biomédical sont tous des cliniques de dépistage et vaccination (en site

communautaire ou milieux de sexualité sur place). Ils génèrent ces coûts dû à leur difficulté de répondre à la demande. Dans l'ensemble, le scénario est le même ; le service est sans rendez-vous, le nombre de places est limité (quatre à sept places) et le service est contingenté. Un usager potentiel qui se rend sur place pour recevoir le service court le risque imminent de se buter à une porte close. Si tel est le cas, on propose des références à l'usager ce qui prolonge la période d'attente. Pour ce qui est des trois services de type comportemental, il s'agit d'intervention ou d'ateliers de groupe. Un nombre de participants minimum/maximum est indiqué (entre 6 et 8), un nombre de séances est préétabli (entre 6 et 10) et la fréquence des rencontres est fixe (1 x semaine). Lorsque le groupe est constitué la démarche commence et le groupe reste fermé pour établir et conserver le lien de confiance. Il est impossible d'accueillir de nouveaux participants. Or, un usager potentiel qui voudrait suivre un atelier ayant déjà débuté depuis une semaine se verrait refuser l'accès au service. Deux scénarios se dessinent : (1) Il est placé sur une liste d'attente jusqu'à la constitution du prochain groupe, ce qui génère une attente pouvant aller jusqu'à trois mois, (2) Il est redirigé vers une autre thématique d'atelier et la réponse à ses besoins reste incomplète. Dans un cas comme dans l'autre, les coûts en termes de perte de temps générée et d'impacts sur la santé (p. ex. insatisfaction de la vie sexuelle prolongée, estime de soi détériorée, poursuite du tabagisme) peuvent être considérable.

Le secteur des CLSC-CSSS propose pour sa part cinq offres de services (28%) générant des périodes d'attente prolongées ou indéterminées et des coûts indirects importants associés. Pour trois d'entre ses offres, toutes dispensées par la même ressource, ces coûts indirects sont engendrés par le même mécanisme de prise de rendez-vous complexe. L'extrait suivant, tiré d'un compte-rendu d'observation participante clandestine, témoigne de coûts indirects importants qu'a connu un usager potentiel clandestin en raison dudit mécanisme complexe :

CLSC/CSSS no1

« (...) les places sont limitées. premier arrivé, premier servi (...) les portes ouvrent à 8h am et il donne un numéro pour ton rendez-vous. (Pas de numéro, pas de rendez-vous) (...) vers 7h15 am- mardi, j'ai passé 40 minutes dehors le matin pour être sûr d'avoir ma place. (...) à 13 h je suis retourné pour mon rendez-vous (...) fin du RV à 13h30 (...) j'ai perdu mon am et j'ai pu aller à ma job juste 2 h ce jour-là»

Cet extrait permet de constater que le temps nécessaire pour l'ensemble de la démarche (de l'attente pour la prise de rendez-vous à la fin du rendez-vous lui-même) cet usager a passé approximativement six heures à être tributaire de ce mécanisme de prise de rendez-vous. Cette attente a pratiquement coûté une journée complète de congé d'emploi, ce qui s'avère indéniablement coûteux en termes de productivité, de temps et perte de revenu généré. Pour les deux autres offres générant des coûts indirects importants, elles sont de type comportemental et sont des services de soutien individuel/suivi en travail social ou sexologie. C'est leur difficulté de répondre à la demande qui génère des coûts indirects. Dans ces deux cas, nous avons été placé sur une liste d'attente et avons attendu entre quatre à six semaines avant de recevoir un appel de relance pour fixer le premier rendez-vous, qui lui aurait eu lieu la semaine d'ensuite ou la suivante prolongeant ainsi la période d'attente d'une durée de cinq à huit semaines dépendamment du cas.

En ce qui concerne le secteur médical, un seul service (4%) générant d'autres coûts indirects a été répertorié. C'est un service de dépistage des ITSS. À prime abord, ce service se définit comme étant accessible sans rendez-vous. La ressource offre counseling pré et post test, dépistage standard ou rapide du VIH et dépistage des ITSS. Une fois le counseling prétest et le dépistage rapide du VIH complétés,

l'utilisateur apprend que ce ne sont pas toutes les ITSS qui sont dépistées sur place. On l'informe que si son besoin est le dépistage complet des ITSS, une référence directe peut être faite vers le centre de rendez-vous d'une clinique partenaire en vue de convenir de la date et l'heure du dépistage. D'un service que l'utilisateur pensait recevoir sur le champ (engendrant peu ou pas de coûts indirects) il se trouve à devoir attendre quelques jours voire près d'une semaine pour y avoir recours.

En conclusion (voir tableau 8.29), il reste que le secteur médical est celui où nous avons remarqué le moins de services engendrant d'autres coûts indirects. Avec un seul service soit 4% de son offre, il obtient un seuil de réussite comparatif élevé et devient le secteur méritoire. Avec sept services (15%), le secteur communautaire obtient le seuil de réussite comparatif moyen. Le secteur CLSC/CSS, obtient le seuil de réussite faible avec cinq offres de services (28%) engendrant d'autres coûts indirects important.

Tableau 8.29 Attribution de seuil de réussite comparatif : Critère sous jacent – Autres aspects du service pouvant générer des coûts indirects

	Secteur Communautaire (N=46)		Secteur Médical (N=27)		Secteur CLSC/CSSS (N=18)	
	(n) services	% de l'offre	(n) services	% de l'offre	(n) services	% de l'offre
Autres aspects du service générant des cout indirecte	7	15%	1	4%	5	28%
SEUILS DE RÉUSSITE	MOYEN	2 pts	ÉLEVÉ	3 pts	FAIBLE	1 pt

ADÉQUATION : 7 INDICATEURS /12 CRITÈRES SOUS-JACENTS

ADÉQUATION, INDICATEUR no 1

Intensité de la valorisation de mandats/missions/objectifs favorisant le développement d'offres de services justes et adéquates

a) Critère sous-jacent 1 : Missions/mandats/objectifs Orientés vers le référencement approprié.

Tel qu'illustré au tableau 8.30 l'offre montréalaise est composée de 10 ressources sur 20 qui font la promotion de mission/mandat/objectif valorisant l'importance de référencements appropriés. D'entre ces 10 ressources, huit sont des organismes communautaires et deux des CLSC/CSSS. Il n'y a aucune clinique médicale qui développe ces actions en ce sens. En regard des proportions des offres respectives de chaque secteur, c'est 73% des ressources du secteur communautaire qui valorisent le développement de référencements appropriés et 40% des ressources du secteur CLSC/CSSS qui en fait de même. Voici un exemple d'objectifs et un exemple de mandat qui illustrent cette catégorie :

Org. comm. No 10:

Objectif : Faciliter l'accès à des références vers d'autres sites Internet et à de l'information juste et approprié à propos de divers sujets

CLSC no 3

Mission : Miser sur la complémentarité des ressources du réseau selon une répartition des tâches et un référencement qui tiennent compte des compétences de chacun

Le secteur communautaire obtient le seuil de réussite comparatif élevé, les

CLSC/CSSS le seuil moyen et le secteur médical n'obtient aucun point en raison de sa non performance quant à la valorisation du référencement approprié.

Tableau 8.31 Attribution des seuils de réussite comparatif: critère sous-jacent - Missions/mandats/objectifs orientés vers le référencement approprié.

Critère sous-jacents	Secteur Communautaire (N=11)		Secteur Médical (N=4)		Secteur CLSC/CSSS (N=5)	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Orientés vers l'importance d'un référencement approprié	8	73%	0	0%	2	40%
SEUIL DE RÉUSSITE	élevé	3 pts	Absolu (nul)	0 pt	moyen	2 pts

b) Critère sous-jacent 2 : Missions/mandats/objectifs orientés vers la participation au processus de concertation

Au total, tel qu'illustré au tableau 8.32, l'offre montréalaise est composée de cinq ressources sur 20 qui font la promotion de mission/mandat/objectif valorisant la participation aux processus de concertation. D'entre ces cinq ressources, trois sont des CLSC/CSSS et deux sont des organismes communautaires. Il n'y a aucune clinique médicale qui développe ces actions en valorisant la participation au processus de concertation. En regard des proportions des offres respectives de chaque secteur, c'est 60% des ressources composant l'offre des CLSC/CSSS qui orientent leurs actions en accordant de l'importance à l'action concertée et 27% des ressources composant l'offre communautaire qui en fait de même. Voici un exemple d'objectif et un exemple de mandat qui illustrent cette catégorie :

Org. comm. no 4

Objectif: Promouvoir la concertation des différents intervenants, organismes, institutions et regroupements concernés par la promotion de la santé afin de favoriser l'émergence et le soutien d'une action concertée.

CLSC no 3

Mandat: - Se démarquer par des services accessibles, intégrés et de qualité en assurant la continuité, notamment par des actions de prévention et de promotion de la santé, et ce, en concertation avec les partenaires de la communauté.

Pour l'attribution des seuils de réussite comparatifs, le secteur CLSC/CSSS obtient le seuil de réussite élevé, le communautaire le seuil moyen et le secteur médical n'obtient pas de point en raison du fait qu'aucune valorisation de la participation au processus de concertation n'a été remarqué dans le mandat, la mission ou les objectifs qui orientent ses actions.

Tableau 8.32 Attribution des seuils de réussite comparatif : critère sous-jacent - Missions/mandats/objectifs orientés vers la participation au processus de concertation

Critère sous-jacents	Secteur Communautaire (N=11)		Secteur Médical (N=4)		Secteur CLSC/CSSS (N=5)	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Orientés vers la participation aux processus de concertation	3	27%	0	0%	3	60%
SEUIL DE RÉUSSITE	moyen 2 pts		Absolu (nul) 0 pt		élevé 3 pts	

c) Critère sous-jacent 3 : Missions/mandats/objectifs orientés vers le développement et la consolidation de partenariats en matière d'offres de service

Tel qu'illustré au tableau 8.33, l'offre montréalaise est composée de 11 ressources sur 20 qui font la promotion de mission/mandat/objectif valorisant le développement et la consolidation de partenariats en matière d'offres de services. D'entre ces 11 ressources, sept sont des organismes communautaires, trois des CLSC/CSSS et l'autre est une clinique médicale. En regard des proportions des offres respectives de chaque secteur, c'est 64% des ressources composant l'offre communautaire qui orientent leurs actions en valorisant le développement et à la consolidation de partenariats en matière d'offres de services. 60% des CLSC/CSSS en font de même et 25% des cliniques médicales. Voici un exemple d'objectif et un exemple de mandat qui illustrent cette catégorie :

Org. Comm. no 8

Objectif : *Collaborer avec les organismes nationaux et internationaux œuvrant dans le domaine des droits humains et de la santé afin de réaliser sa mission;*

CLSC no 5

Mandat : *S'engager dans le respect, la collaboration et la reconnaissance des compétences distinctives des partenaires du CSSS, qu'ils soient institutionnels ou communautaires.*

Pour ce qui est de l'attribution des seuils de réussite comparatif, le secteur communautaire obtient le seuil de réussite élevé, les CLSC/CSSS le seuil moyen et le secteur des cliniques médicales obtient le seuil de réussite comparatif faible.

Tableau 8.33 Attribution des seuils de réussite comparatifs : Critère sous-jacent - Missions/mandats/objectifs orientés vers le développement et la consolidation de partenariats en matière d'offre de services

Critère sous-jacents	Secteur Communautaire (N=11)		Secteur Médical (N=4)		Secteur CLSC/CSSS (N=5)	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Orientés vers le développement et la consolidation de partenariats en matière d'offre de services	7	64%	1	25%	3	60%
SEUIL DE RÉUSSITE	élevé	3 pts	faible	1 pt	moyen	2 pts

d) Critère sous-jacent 4 : Missions/mandats/objectifs orientés vers la recherche, le développement et le transfert des connaissances.

Tel qu'illustré au tableau 8.34, l'offre montréalaise est composée de 11 ressources sur 20 (55%) qui font la promotion de mission/mandat/objectif valorisant la recherche, le développement et le transfert des connaissances. D'entre ces 11 ressources, quatre sont des organismes communautaires, trois des cliniques médicales et quatre des CLSC/CSSS. En regard des proportions des offres respectives de chaque secteur, c'est 35% des organismes communautaires qui orientent leurs actions en valorisant la recherche, le développement et le transfert des connaissances, 75% des cliniques médicales et 80% des CLSC/CSSS. Voici deux exemples qui illustrent cette catégorie :

Médical no 1 : Mission

Demeurer actif dans le secteur de la recherche pour aider au développement de traitements à la fine pointe et faciliter l'accès à des soins de santé de qualité pour les PVVIH.

CLSC/CSSS no 1 : Mission

a comme mission (...) contribution majeure à la formation académique ainsi qu'au développement et partage des savoirs scientifiques.

Pour ce qui est de l'attribution des seuils de réussite, le secteur CLSC/CSSS obtient le seuil de réussite élevé, le secteur médical le seuil moyen et le secteur communautaire le seuil de réussite comparatif faible.

Tableau 8.34 Attribution des seuils de réussite comparatifs : Critère sous-jacent - Missions/mandats/objectifs orientés vers la recherche, le développement et le transfert des connaissances.

Critère sous-jacents	Secteur Communautaire (N=11)		Secteur Médical (N=4)		Secteur CLSC/CSSS (N=5)	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Orientés vers la recherche, le développement et le transfert des connaissances	4	36%	3	75%	4	80%
SEUIL DE RÉUSSITE	faible	1 pt	moyen	2 pts	élevé	3 pts

e) Critère sous-jacent 5 : Missions/mandats/objectifs orientés vers le renforcement des ressources du réseau entre elles et l'action communautaire

Tel qu'illustré au tableau 8.35, l'offre montréalaise est composée de neuf ressources sur 20 qui font la promotion de mission/mandat/objectif valorisant le renforcement des ressources du réseau entre elles et l'action communautaire. D'entre ces neuf ressources, cinq sont des organismes communautaires, trois des CLSC/CSSS et l'autre est une clinique médicale. En regard des proportions des offres respectives de chaque secteur, c'est 60% des CLSC/CSSS qui orientent leurs actions en valorisant le renforcement des ressources du réseau entre elles ou l'action communautaire. 45% des organismes communautaires en font de même et 25% des cliniques médicales. Voici un exemple de mandat qui illustre cette catégorie :

Communautaire no 10 :

Mandat - (...) *se donnant pour mandat l'évaluation des actions communautaires et le renforcement des capacités des acteurs du réseau*

en vue d'une action communautaire efficace et pertinente pour les personnes vivant avec le VIH québécoises

Pour ce qui est de la distribution des seuils de réussite, le secteur communautaire obtient le seuil de réussite élevé, le secteur CLSC/CSSS le seuil moyen et le secteur médical le seuil de réussite faible.

Tableau 8.35 Attribution des seuils de réussite comparatifs : Critère sous-jacent - Missions/mandats/objectifs orientés vers le renforcement des ressources du réseau entre elles et l'action communautaire

Critère sous-jacents	Secteur Communautaire (N=11)		Secteur Médical (N=4)		Secteur CLSC/CSSS (N=5)	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Orientés vers le renforcement des ressources du réseau entre elles et	5	45%	1	25%	3	60%
SEUIL DE RÉUSSITE	moyen	2 pts	faible	1 pt	élevé	3 pts

f) Critère sous-jacent 6 : Missions/mandats/objectifs orientés vers la participation des populations visées dans le développement et la mise en place de services

Tel qu'illustré au tableau 8.36, l'offre montréalaise est composée de cinq ressources sur 20 qui font la promotion de mission/mandat/objectif valorisant l'importance de la participation des populations visées dans le développement et la mise en place de services. D'entre ces cinq ressources, quatre sont des organismes communautaires et

l'autre est un CLSC/CSSS. Il n'y a donc aucune clinique médicale qui oriente ses actions en ce sens. En regard des proportions des offres respectives de chaque secteur, c'est 36% des ressources du communautaire qui orientent leurs actions en valorisant l'implication des populations cibles et 20% des CLSC/CSSS qui en font de même. Voici un exemple de mission qui illustre cette catégorie :

Communautaire no 3, Mission. –Soutenir une participation accrue des personnes qui vivent avec le VIH-sida à tous les niveaux de l'organisation, à reconnaître leurs aptitudes et leur volonté.

Pour ce qui est de la distribution des seuils de réussite, le secteur communautaire obtient le *seuil de réussite élevé*, le secteur CLSC/CSSS le *seuil moyen* et le secteur médical, en raison de sa non performance n'obtient aucun point avec un seuil de réussite absolu/nul.

Tableau 8.36 Attribution des seuils de réussite comparatifs : Critère sous-jacent - Missions/mandats/objectifs orientés vers la participation des populations visées dans le développement et la mise en place de services

Critère sous-jacents	Secteur Communautaire (N=11)		Secteur Médical (N=4)		Secteur CLSC/CSSS (N=5)	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Orientés vers la participation des populations visées dans le développement et la mise en place de services	4	36%	0	0%	1	20%
SEUIL DE RÉUSSITE	élevé	3 pts	Absolu (nul)	0 pt	moyen	2 pts

ADÉQUATION, INDICATEUR no 2

Intensité de la valorisation d'approches favorisant la mise en place de services justes et adéquats

a) Approche centrée sur la personne (ou centrée sur les besoins de l'individu)

Parce qu'elle accorde une importance à l'unicité de l'individu et qu'elle oriente clairement ses actions sur la réponse aux besoins spécifiques de chacun, l'approche centrée sur la personne a été considérée comme facilitant la mise en place de services adéquats. Voici l'exemple d'un CLSC/CSSS qui préconise ce type d'approche :

CLSC/CSSS no2 : (...) approche qui intègre l'expertise et le vécu du client dans ses décisions et ses actions et vise à travailler de concert avec lui par l'écoute et la sensibilité aux besoins spécifiques qu'il témoigne

Tel qu'illustré au tableau 8.37, 75% de l'offre de services montréalaise (15 ressources sur 20) appuie une approche centrée sur la personne ou sur les besoins de l'individu. D'entre ces 15 ressources, huit sont des organismes communautaires, deux des cliniques médicales et quatre des CLSC/CSSS. En regard des proportions des offres respectives de chaque secteur, 64% des ressources du communautaire préconisent une telle approche, 75% des cliniques médicales et 100% des CLSC/CSSS. Ainsi, le secteur CLSC/CSSS obtient le seuil de réussite comparatif élevé, le secteur médical obtient le seuil de réussite moyen et le secteur communautaire le seuil faible.

Tableau 8.37 Attribution des seuils de réussite comparatifs : Critère sous-jacent - Approche centrée sur la personne (ou sur les besoins de l'individu)

Critère sous-jacents	Secteur Communautaire (N=11)		Secteur Médical (N=4)		Secteur CLSC/CSSS (N=5)	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Approche centrée sur la personne (ou sur les besoins de l'individu)	8	64%	2	75%	5	100%
SEUIL DE RÉUSSITE	faible	1 pt	moyen	2 pts	Élevé	3 pts

b) Approche de santé globale et approche holistique de la santé

Puisqu'elles accordent une importance aux interrelations entre différents aspects de la santé (p. ex. santé affective, psychologique, physique, spirituelle) et envisagent les relations entre la santé, le mieux-être des hommes gais et les facteurs de nature interpersonnelle, culturelle, sociale et structurelle, l'approche de santé globale et l'approche holistique de la santé apparaissent toutes deux comme facilitant l'adéquation des services offerts. Voici deux exemples illustrant cette catégorie :

Médical no 4 : (...) se distingue par la prise en charge globale des besoins du patient et son approche bio-psycho-sociale et sexuelle. On parle donc ici d'une approche holistique de la santé où chaque personne est considérée dans sa globalité.

Communautaire no 4: Nous nous engageons à répondre aux préoccupations et aux besoins de santé gaie et aussi de santé globale des hommes (...) 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.).

Tel qu'illustré au tableau 8.38, 60% de l'offre de services montréalaise (12 ressources sur 20) appuie une approche globale de la santé ou un approche holistique de la santé. D'entre ces 12 ressources, six sont des organismes communautaires, trois des cliniques médicales et trois des CLSC/CSSS. En regard des proportions des offres respectives de chaque secteur, 55% des ressources du communautaire préconisent cette approche, 75% des cliniques médicales et 60% des CLSC/CSSS. Ainsi, le secteur médical obtient le seuil de réussite comparatif élevé, le secteur CLSC/CSSS obtient le seuil de réussite moyen et le secteur communautaire le seuil faible.

Tableau 8.38 Attribution des seuils de réussite comparatifs : Critère sous-jacent - Approche globale de la santé et approche holistique de la santé

Critère sous-jacents	Secteur Communautaire (N=11)		Secteur Médical (N=4)		Secteur CLSC/CSSS (N=5)	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Approche de santé globale approche holistique de la santé	6	55%	3	75%	3	60%
SEUIL DE RÉUSSITE	faible	1 pt	Élevé	3 pts	Moyen	2 pts

c) Approche axée sur la santé des populations

Parce qu'elle vise l'amélioration de l'état de santé d'une population et la réduction des inégalités en matière de santé entre différents groupes, l'approche axée sur la santé

des populations a été considérée comme facilitant la mise en place de services adéquats. D'autant plus qu'elle considère la santé comme une capacité plutôt qu'un état et vise le développement de cette capacité chez l'individu. Voici un exemple qui illustre cette approche préconisée :

CLSC/CSSS no1 : (...) par son approche (...) veille à la santé et au bien-être de la population de son territoire en offrant une large gamme de services de santé et services sociaux (...) il est sensible aux besoins de sa population et se fait complice du mieux-être de celle-ci

Tel qu'illustré au tableau 8.39, 55% de l'offre de services montréalaise (11 ressources sur 20) appuie une approche axée sur la santé des populations. D'entre ces 11 ressources, trois sont des organismes communautaires, trois des cliniques médicales et cinq des CLSC/CSSS. En regard des proportions des offres respectives de chaque secteur, 27% des ressources du communautaire préconisent une telle approche, 75% des cliniques médicales et 100% des CLSC/CSSS. Ainsi, le secteur CLSC/CSSS obtient le seuil de réussite comparatif élevé, le secteur médical obtient le seuil de réussite moyen et le secteur communautaire le seuil faible.

Tableau 8.39 Attribution des seuils de réussite comparatifs : Critère sous-jacent - Approche axée sur la santé des populations

Critère sous-jacents	Secteur Communautaire (N=11)		Secteur Médical (N=4)		Secteur CLSC/CSSS (N=5)	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Approche axée sur la santé des populations	3	27 %	3	75%	5	100%
SEUIL DE RÉUSSITE	faible	1 pt	Moyen	2 pts	Élevé	3 pts

d) Approche interdisciplinaire

Parce qu'elle implique la concertation et le travail cohérent de spécialistes de plusieurs disciplines et qu'elle reconnaît à chacun son champ d'expertise, ses forces spécifiques, et son utilité pour avoir des effets durables sur les soins et services dispensés aux usagers, l'approche interdisciplinaire a été considérée comme facilitant la mise en place de services adéquats. Voici deux exemples qui illustrent cette catégorie :

CLSC/CSSS no 5 : (...) une approche globale et interdisciplinaire axée sur le respect, la collaboration et la reconnaissance des compétences distinctives des partenaires du CSSS, qu'ils soient institutionnels ou communautaires (...) qui favorise un suivi de qualité tenant compte de l'ensemble des besoins des personnes.

Médical no 4 : Fort de l'expertise des professionnels de son équipe multidisciplinaire agissant de concert (...) la clinique aide ses patients à adopter un mode de vie sain, à améliorer leur santé physique et mentale et à améliorer leurs capacités sur le plan social ou professionnel.

Tel qu'illustré au tableau 8.40, 55% de l'offre de services montréalaise (11 ressources sur 20) appuie une approche interdisciplinaire. D'entre ces 11 ressources, quatre sont des organismes communautaires, trois des cliniques médicales et quatre des CLSC/CSSS. En regard des proportions des offres respectives de chaque secteur, 36% des ressources du communautaire préconisent une telle approche, 75% des cliniques médicales et 80% des CLSC/CSSS. Ainsi, le secteur CLSC/CSSS obtient le seuil de réussite comparatif élevé, le secteur médical obtient le seuil de réussite moyen et le secteur communautaire le seuil faible.

Tableau 8.40 Attribution des seuils de réussite comparatifs : Critère sous-jacent - Approche interdisciplinaire

Critère sous-jacents	Secteur Communautaire (N=11)		Secteur Médical (N=4)		Secteur CLSC/CSSS (N=5)	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Approche interdisciplinaire	4	36%	3	75%	4	80%
SEUIL DE RÉUSSITE	faible	1 pt	moyen	2 pts	Élevé	3 pts

e) Approche de promotion de la santé sexuelle

Puisqu'elle consiste à appliquer des stratégies qui favorisent des comportements sains en santé sexuelle en abordant des enjeux liés à la prise en charge de soi, à l'aptitude à la négociation, à l'estime de soi et aux connaissances en matière de sexualité, l'approche de promotion de la santé sexuelle a été considérée comme facilitant la mise en place de services adéquats. Voici deux exemples qui illustrent cette catégorie :

Communautaire no10 : (...) *par ses actions vise le maintien et le renforcement des efforts de prévention et de promotion de la santé sexuelle*

Communautaire no 11 : (...) *à l'engager vers des changements positifs sur sa santé en ciblant la zone de prise de risques et diminuant les impacts de celle-ci sur sa santé*

Tel qu'illustré au tableau 8.41, 50% de l'offre de services montréalaise (10 ressources sur 20) appuie une approche de promotion de la santé sexuelle. D'entre ces 10 ressources, cinq sont des organismes communautaires, quatre des cliniques médicales et l'autre est un CLSC/CSSS. En regard des proportions des offres respectives de chaque secteur, 45% des ressources du communautaire préconisent une telle approche, 100% des cliniques médicales et 20% des CLSC/CSSS. Ainsi, le secteur médical obtient le seuil de réussite comparatif élevé, le secteur communautaire le seuil de réussite moyen et le secteur CLSC/CSSS le seuil faible.

Tableau 8.41 Attribution des seuils de réussite comparatifs : Critère sous-jacent - Approche de promotion de la santé sexuelle

Critère sous-jacents	Secteur Communautaire (N=11)		Secteur Médical (N=4)		Secteur CLSC/CSSS (N=5)	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Approche de promotion de la santé sexuelle	5	45%	4	100%	1	20%
SEUIL DE RÉUSSITE	Moyen	2 pts	Élevé	3 pts	faible	1 pt

f) L'approche communautaire de la santé

Puisqu'elle agit au niveau local et implique la participation des usagers pour identifier les problèmes auxquels ils sont confrontés et y trouver des solutions et parce qu'elle fait référence à toutes activités non curatives des composantes de soins de santé comme les activités de prévention et d'éducation, l'approche communautaire de la santé a été considérée comme facilitant la mise en place de services adéquats. Voici deux exemples d'organismes qui préconisent ce type d'approche :

Communautaire no 3 : *Promouvoir et soutenir des actions provenant de la communauté (...) Soutenir une participation accrue des personnes qui vivent avec le VIH-sida à tous les niveaux de l'organisation, à reconnaître leurs aptitudes et leur volonté et apprendre des expériences des autres en partageant les compétences et les talents.*

Communautaire no 10 : *(...) au centre de ses actions la démarche communautaire, en impliquant les personnes infectées, affectées ou vulnérables au VIH/sida dans tous les processus décisionnels, de réalisation et d'évaluation liés aux programmes de lutte contre la pandémie.*

Tel qu'illustré au tableau 8.42, 50% de l'offre de services montréalaise (10 ressources sur 20) appuie une approche communautaire de la santé. D'entre ces 10 ressources, sept sont des organismes communautaires, aucune ne sont des cliniques médicales et trois sont des CLSC/CSSS. En regard des proportions des offres respectives de chaque secteur, 64% des ressources du communautaire préconisent une telle approche, 0% des cliniques médicales et 60% des CLSC/CSSS. Ainsi, le secteur communautaire obtient le seuil de réussite comparatif élevé, le secteur CLSC/CSSS le seuil de réussite moyen et le secteur médical le seuil faible.

Tableau 8.42 Attribution des seuils de réussite comparatifs : Critère sous-jacent -
Approche communautaire de la santé

Critère sous-jacents	Secteur Communautaire (N=11)		Secteur Médical (N=4)		Secteur CLSC/CSSS (N=5)	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Approche communautaire de la santé	7	64%	0	0%	3	60%
SEUIL DE RÉUSSITE	Elevé	3 pts	Absolu nul	0pt	Moyen	2 pts

LISTE DES RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada. (2011, 21 octobre). *Qu'est-ce qui détermine la santé?*. Récupéré le 4 juillet 2017 de https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante.html#key_determinants.
- Arborio, A.-M. et Fournier, P. (2010). *L'enquête et ses méthodes : L'observation directe* (3^e éd.). Paris : Armand Colin Éditeur.
- Arreola, S., Santos, G. M., Beck, J., Sundararaj, M., Wilson, P. A., Hebert, P. et Ayala, G. (2015). Sexual stigma, criminalization, investment, and access to HIV services among men who have sex with men worldwide. *AIDS and Behavior*, 19(2), 227-234.
- Baral, S., Holland, C. E., Shannon, K., Logie, C., Semugoma, P., Sithole, B. et Beyrer, C. (2014). Enhancing benefits or increasing harms: Community responses for HIV among men who have sex with men, transgender women, female sex workers, and people who inject drugs. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 66, S319-S328.
- Bardin, L. (1977). *L'analyse de contenu*. Paris : Presses universitaires de France.
- Bardin, L. (2001). *L'analyse de contenu* (10^e éd.). Paris : Presses universitaires de France.
- Baribeau, C. et Germain, M. (2010). L'entretien de groupe: Considérations théoriques et méthodologiques. *Recherches qualitatives*, 29(1), 28-49.
- Beyrer, C., Baral, S. D., van Griensven, F., Goodreau, S. M., Chariyalertsak, S., Wirtz, A. L. et Brookmeyer, R. (2012a). Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. *The Lancet*, 380(9839), 367-377.

- Beyrer, C., Sullivan, P. S., Sanchez, J., Dowdy, D., Altman, D., Trapence, G. et Mayer, K. H. (2012b). A call to action for comprehensive HIV services for men who have sex with men. *The Lancet*, 380(9839), 424-438.
- Bien, C. H., Muessig, K. E., Lee, R., Lo, E. J., Yang, L. G., Yang, B. et Tucker, J. D. (2015). HIV and syphilis testing preferences among men who have sex with men in South China: A qualitative analysis to inform sexual health services. *PloS one*, 10(4), e0124161.
- Blais, M. et Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale: description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1-18.
- Blanchard, J. F. et Aral, S. O. (2011). Program Science: An initiative to improve the planning, implementation and evaluation of HIV/sexually transmitted infection prevention programmes. *Sexually Transmitted Infections*, 87(1), 2-3.
- Bourdieu, P. (2003). L'objectivation participante. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 150, p. 43-58.
- Bowring, A. L., Pasomsouk, N., Higgs, P., Sychareun, V., Hellard, M. et Power, R. (2015). Factors influencing access to sexual health care among behaviorally bisexual men in Vientiane, Laos : A qualitative exploration. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 27(8), 820-834.
- Brito, A. M., Kendall, C., Kerr, L., Mota, R. M. S., Guimarães, M. D. C., Dourado, I. et Reingold, A. L. (2015). Factors associated with low levels of HIV testing among men who have sex with men (MSM) in Brazil. *PloS one*, 10(6), e0130445.
- Buchbinder, S.P., Mehrotra, D. V., Duerr, A., Fitzgerald, D. W., Mogg, R., Li, D., ... McElrath, M. J. (2008). Efficacy assessment of a cell-mediated immunity HIV-1 vaccine (the STEP Study): A double-blind, randomised, placebo-controlled, test-of-concept trial. *The Lancet*, 372(9653), 1881-1893.
- Buller, A. M., Devries, K. M., Howard, L. M. et Bacchus, L. J. (2014). Associations between intimate partner violence and health among men who have sex with men: A systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 11(3), e1001609.

- Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. (1999). *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*. Ottawa : Sa Majesté la Reine du droit du Canada.
- Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse du Québec. (1994). *De l'illégalité à l'égalité : Rapport de la consultation publique sur la violence et la discrimination envers les gais et lesbiennes*. Québec : l'auteur.
- Coulibaly, A., Dembelé, K. B., Henry, E. et Trenado, E. (2013). Facilitating access to care for most-at-risk populations: The Bamako night sexual health clinic experience (Mali). *Santé publique (Vandoeuvre-les-Nancy, France)*, 26(1 Suppl), S67-S70.
- Deslauriers, J.-P. (1991). *Recherche qualitative : Guide pratique*. Montréal : Chenelière-McGraw-Hill.
- Denzin, N. K. (1978). *Sociological Methods*. New York : McGraw-Hill.
- Dufour, A., Alary, M., Otis, J., Remis, R. S., Mâsse, B., Turmel, B., ... LeClerc, R. (2000). Risk behaviours and HIV infection among men having sexual relations with men: Baseline characteristics of participants in the Omega Cohort Study, Montreal, Quebec, Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 91(5), 345-349.
- Duvall, S., Irani, L., Compaoré, C., Sanon, P., Bassonon, D., Anato, S. et Nigobora, B. (2015). Assessment of policy and access to HIV prevention, care, and treatment services for men who have sex with men and for sex workers in Burkina Faso and Togo. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 68, S189-S197.
- Ellen, J. M., Wallace, M., Sawe, F. K. et Fisher, K. (2010). Community engagement and investment in biomedical HIV prevention research for youth: Rationale, challenges, and approaches. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 54, S7-S11.
- Ferlatte, O., Hottes, T., Trussler, T. et Marchand, R. (2014). Evidence of a syndemic among young Canadian gay and bisexual men: Uncovering the associations between anti-gay experiences, psychosocial issues, and HIV risk. *AIDS and Behavior*, 18(7), 1256-1263.

- Finneran, C. et Stephenson, R. (2014). Intimate partner violence, minority stress, and sexual risk-taking among US MSM. *Journal of Homosexuality*, 61(2), 288-306.
- Flores-Aranda, J. (2015). *Les interrelations entre les trajectoires addictives et le vécu homosexuel chez des Montréalais gais et bisexuels* (Thèse de doctorat inédite). Université de Sherbrooke.
- Fournier, D. M. (2005). «Evaluation». Dans S. Mathison (dir.), *Encyclopedia of Evaluation*, Thousand Oaks : Sage Publications.
- Franssens, D., Hospers, H. J. et Kok, G. (2009). Social-cognitive determinants of condom use in a cohort of young gay and bisexual men. *AIDS Care*, 21(11), 1471-1479.
- Friedman, M. S., Marshal, M. P., Stall, R., Cheong, J. et Wright, E. R. (2008). Gay-related development, early abuse and adult health outcomes among gay males. *AIDS and Behavior*, 12(6), 891-902.
- Freudenberg, N., Fahs, M., Galea, S. et Greenberg, A. (2006). The impact of New York City's 1975 fiscal crisis on the tuberculosis, HIV, and homicide syndemic. *American Journal of Public Health*, 96(3), 424-434.
- Gagnon, Y.-C. (2005). *L'étude de cas comme méthode de recherche* (2^e éd.). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Girard, M.-E., Otis, J., Ryan, B., Bourgon, M., Engler, K. et Gaudreault, M. (2002). *Être adolescent et gai: À quel coût (coup)?*. Communication présentée au 70^e Congrès de l'ACFAS, Québec, Québec.
- Halkitis, P. N., Wolitski, R. J. et Millett, G. A. (2013). A holistic approach to addressing HIV infection disparities in gay, bisexual, and other men who have sex with men. *American Psychologist*, 68(4), 261.
- Hampton, M. C., Halkitis, P. N. et Mattis, J. S. (2010). Coping, drug use, and religiosity/spirituality in relation to HIV serostatus among gay and bisexual men. *AIDS Education and Prevention*, 22(5), 417-429.
- Hankins, C. A. et de Zalduondo, B. O. (2010). Combination prevention: A deeper understanding of effective HIV prevention. *AIDS*, 24(4), S70-S80.

- Holt, M., Rawstone, P., Wilkinson, J., Worth, H., Bittman, M. et Kippax, S. (2012). HIV testing, gay community involvement and internet use: Social and behavioural correlates of HIV testing among Australian men who have sex with men. *AIDS and Behavior*, 16(1), 13-22.
- Hottes, T. S., Farrell, J., Bondyra, M., Haag, D., Shoveller, J. et Gilbert, M. (2012). Internet-based HIV and sexually transmitted infection testing in British Columbia, Canada: Opinions and expectations of prospective clients. *Journal of medical Internet research*, 14(2), e41.
- Huntington, D. et Schuler, S. R. (1993). The simulated client method: evaluating client-provider interactions in family planning clinics. *Studies in family planning*, 24(3), 187-193.
- Hurteau, M., Houle, S. et Guillemette, F. (2012). *L'évaluation de programme axée sur le jugement crédible*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Institut national de santé publique du Québec. (2014). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec: année 2013 (et projections 2014)*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Institut national de santé publique du Québec. (2016). *Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec: rapport annuel 2015*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Jacob, S. (2012). Préface. Dans M. Hurteau, S. Houle et F. Guillemette (dir.), *L'évaluation de programme axée sur le jugement crédible* (p. VII-VIII), Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Jeffries, W. L., Marks, G., Lauby, J., Murrill, C. S. et Millett, G. A. (2013). Homophobia is associated with sexual behavior that increases risk of acquiring and transmitting HIV infection among black men who have sex with men. *AIDS and Behavior*, 17(4), 1442-1453.
- Jie, W., Ciyong, L., Xueqing, D., Hui, W. et Lingyao, H. (2012). A syndemic of psychosocial problems places the MSM (men who have sex with men) population at greater risk of HIV infection. *PLoS one*, 7(3), e32312.
- Kim, S. C., Becker, S., Dieffenbach, C., Hanewall, B. S., Hankins, C., Lo, Y. R., ... Warren, M. (2010). Planning for pre-exposure prophylaxis to prevent HIV

- transmission: Challenges and opportunities. *Journal of the International AIDS Society*, 13(24), 1-10.
- King, M., Semlyen, J., See Tai, S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D. et Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 8(70), 1-17.
- Koester, K. A., Collins, S. P., Fuller, S. M., Galindo, G. R., Gibson, S. et Steward, W. T. (2013). Sexual healthcare preferences among gay and bisexual men: A qualitative study in San Francisco, California. *PloS one*, 8(8), e71546.
- Kurth, A. E., Celum, C., Baeten, J. M., Vermund, S. H. et Wasserheit, G. N. (2011). Combination HIV prevention: Significance, challenges, and opportunities. *Current HIV/AIDS Reports*, 8(1), 62-72.
- Krakower, D. et Mayer, K. H. (2012). Engaging healthcare providers to implement HIV pre-exposure prophylaxis. *Current opinion in HIV and AIDS*, 7(6), 593.
- Lambert, G., Cox, J., Miangotar, Y., Tremblay, C., Alary, M., Otis, J., ... Sandstrom, P. (2011). *ARGUS Cycle 2008-2009: Enquête sur l'infection par le VIH, les hépatites virales et les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) ainsi que sur les comportements à risques associés chez les hommes québécois ayant des relations sexuelles avec des hommes*. Québec: Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique du Québec et Agence canadienne de santé publique.
- Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives [Chapitre de livre]. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer et A. P. Pires (dir.), *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 365-389). Montréal : Éditions Gaëtan Morin.
- Lauby, J. L., Marks, G., Bingham, T., Liu, K. L., Liao, A., Stueve, A. et Millett, G. A. (2012). Having supportive social relationships is associated with reduced risk of unrecognized HIV infection among black and Latino men who have sex with men. *AIDS and Behavior*, 16(3), 508-515.
- Latzko-Toth, G. (2009). *L'étude de cas en sociologie des sciences et des techniques*. Récupéré de <https://depot.erudit.org/bitstream/004067dd/1/2009-03.pdf>.

- Lévesque, J.-F., Harris, M. F. et Russel, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 18.
- Levy, M. E., Watson, C. C., Wilton, L., Criss, V., Kuo, I., Glick, S. N. et Magnus, M. (2015). Acceptability of a mobile smartphone application intervention to improve access to HIV prevention and care services for Black men who have sex with men in the District of Columbia. *Digital culture & education*, 7(2), 169.
- Li, H. H., Holroyd, E., Li, X. et Lau, J. (2014). A qualitative analysis of barriers to accessing HIV/AIDS-related services among newly diagnosed HIV-positive men who have sex with men in China. *International Journal of STD & AIDS*, 26(1), 13-19.
- Li, X., Lu, H., Raymond, H. F., Sun, Y., Jia, Y., He, X. et Ruan, Y. (2011). Untested and undiagnosed: Barriers to HIV testing among men who have sex with men, Beijing, China. *Sexually Transmitted Infections*, 88(3), 187-193.
- Liu, Y., Sun, X., Qian, H. Z., Yin, L., Yan, Z., Wang, L. et Vermund, S. H. (2015). Qualitative assessment of barriers and facilitators of access to HIV testing among men who have sex with men in China. *AIDS patient care and STDs*, 29(9), 481-489.
- Lloyd, S. et Operario, D. (2012). HIV risk among men who have sex with men who have experienced childhood sexual abuse: Systematic review and meta-analysis. *AIDS Education and Prevention*, 24(3), 228-241.
- Madden, J. M., Quick, J. D., Ross-Degnan, D. et Kafle, K. K. (1997). Undercover careseekers: Simulated clients in the study of health provider behavior in developing countries. *Social Science & Medicine*, 45(10), 1465-1482.
- Magesa, D. J., Mtui, L. J., Abdul, M., Kayange, A., Chiduo, R., Leshabari, M. T. et Tungaraza, D. (2014). Barriers to men who have sex with men attending HIV related health services in Dar es Salaam, Tanzania. *Tanzania Journal of Health Research*, 16(2).
- Mauss, M. (1926). *Manuel d'ethnographie*. Paris : Éditions sociales.

- Miles, M. B. et Huberman, A. M. (2005). *Analyse des données qualitatives* (2^e éd.). Bruxelles : Éditions de Boeck Université.
- Mimiaga, M. J., Reisner, S. L., Bland, S., Skeer, M., Cranston, K., Isenberg, D. et Mayer, K. H. (2009). Health system and personal barriers resulting in decreased utilization of HIV and STD testing services among at-risk black men who have sex with men in Massachusetts. *AIDS Patient Care and STDs*, 23(10), 825-835.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2013). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec: Année 2011 (et projections 2012)*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Nakagawa, F., Miners, A., Smith, C. J., Simmons, R., Lodwick, R. K., Cambiano, V. et Phillips, A. N. (2015). Projected lifetime healthcare costs associated with HIV infection. *PLoS one*, 10(4), e0125018.
- Naseriasl, M., Adham, D. et Janati, A. (2015). E-referral solutions: Successful experiences, key features and challenges: A systematic review. *Materia socio-medica*, 27(3), 195.
- Nusbaum, M. R., Wallace, R. R., Slatt, L. M. et Kondrad, E. C. (2004). Sexually transmitted infections and increased risk of co-infection with human immunodeficiency virus. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 104(12), 527-535.
- Organisation mondiale de la Santé, ministère de la Santé et du Bien-être social du Canada et Association canadienne de santé publique. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : Une conférence internationale pour la promotion de la santé*. Récupéré de <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/health-promotion/population-health/ottawa-charter-health-promotion-international-conference-on-health-promotion/chartre.pdf>.
- Otis, J., Girard, M.-È., Alary, M., Remis, R., Lavoie, R., LeClerc, R., ... Masse, B. (2006). Drogues, sexe et risques dans la communauté gaie montréalaise: 1997-2003. *Drogues, santé et société*, 5(2), 161-194.
- Pachankis, J. E., Hatzenbuehler, M. L., Hickson, F., Weatherburn, P., Berg, R. C., Marcus, U. et Schmidt, A. J. (2015). Hidden from health: Structural stigma, sexual orientation concealment, and HIV across 38 countries in the European MSM Internet Survey. *AIDS (London, England)*, 29(10), 1239-1246.

- Padian, N. S., McCoy, S. I., Manian, S., Wilson, D., Schwartländer, B. et Bertozzi, S. M. (2011). Evaluation of large-scale combination HIV prevention programs: Essential issues. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 58(2), e23-e28.
- Pallone, D. (1990). *Behind the mask: My double life in baseball*. New York: Penguin.
- Paxton, L. A. (2012). Considerations regarding antiretroviral chemoprophylaxis and heterosexuals in generalized epidemic settings. *Current Opinion in HIV and AIDS*, 7(6), 557-562.
- Peltzer, K., Mosala, T., Shisana, O., Nqueko, A. et Mngqundaniso, N. (2007). Barriers to prevention of HIV transmission from mother to child (PMTCT) in a resource poor setting in the Eastern Cape, South Africa. *African Journal of Reproductive Health*, 11(1) 57-66.
- Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.-H., Laperrière, A., Mayer, R. et Pires, A. P. (1997). *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal : Éditions Gaëtan Morin.
- Rausch, D. M., Grossman, C. I. et Erbedding, E. J. (2013). Integrating behavioral and biomedical research in HIV interventions: Challenges and opportunities. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 63, S6-S11.
- Reisen, C. A., Zea, M. C., Bianchi, F. T., Poppen, P. J., del Río González, A. M., Romero, R. A. A. et Pérez, C. (2014). HIV testing among MSM in Bogotá, Colombia: The role of structural and individual characteristics. *AIDS Education and Prevention*, 26(4), 328-344.
- Revillard, A. (s.d.). *Observation directe et enquête de terrain*. Récupéré le 4 janvier 2018 de <https://annerevillard.com/observation-directe-et-enquete-de-terrain/>
- Robert, A. D. et Bouillaguet, A. (1997). *L'analyse de contenu*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Ross, M. W., Nyoni, J., Larsson, M., Mbwambo, J., Agardh, A., Kashiha, J. et McCurdy, S. A. (2015). Health care in a homophobic climate: The SPEND model for providing sexual health services to men who have sex with men where their health and human rights are compromised. *Global Health Action*, 8(1), 26096.

- Safren, S. A., Blashill, A. J. et O' Cleirigh, C. M. (2011). Promoting the sexual health of MSM in the context of comorbid mental health problems. *AIDS and Behavior*, 15(1), 30-34.
- Santos, G. M., Do, T., Beck, J., Makofane, K., Arreola, S., Pyun, T. et Ayala, G. (2014). Syndemic conditions associated with increased HIV risk in a global sample of men who have sex with men. *Sexually Transmitted Infections*, 90(3), 250-253.
- Siemieniuk, R., Krentz, H. B. et Gill, M. J. (2013). Intimate partner violence and HIV: A review. *Current HIV/AIDS Reports*, 10(4), 380-389.
- Singer, M. C. (2006). A dose of drugs, a touch of violence, a case of AIDS, part 2: Further conceptualizing the SAVA syndemic. *Free inquiry in Creative Sociology*, 34(1), 39-54.
- Singer, M. C. et Clair, S. (2003). Syndemics and public health: Reconceptualizing disease in bio-social context. *Medical anthropology quarterly*, 17(4), 423-41.
- Singer, M. C., Erickson, P. I., Badiane, L., Diaz, R., Ortiz, D., Abraham, T. et Nicolaysen, A. M. (2006). Syndemics, sex and the city: Understanding sexually transmitted diseases in social and cultural context. *Social science & medicine*, 63(8), 2010-2021.
- Soulé, B. (2010). Moniteur sportif et sociologue: Récit d'une observation participante clandestine. *Bulletin de Méthodologie Sociologique*, 108(1), 14-32.
- Stahlman, S., Bechtold, K., Sweitzer, S., Mothopeng, T., Taruberekera, N., Nkonyana, J. et Baral, S. (2015). Sexual identity stigma and social support among men who have sex with men in Lesotho: A qualitative analysis. *Reproductive health matters*, 23(46), 127-135.
- Stahlman, S., Beyrer, C., Sullivan, P. S., Mayer, K. H. et Baral, S. D. (2016). Engagement of gay men and other men who have sex with men (MSM) in the response to HIV: A critical step in achieving an AIDS-free generation. *AIDS and Behavior*, 20(3), 330-340.
- Stall, R., Mills, T. C., Williamson, J., Hart, T., Greenwood, G., Paul, J., ... Catania, J. A. (2003). Association of co-occurring psychosocial health problems and

increased vulnerability to HIV/AIDS among urban men who have sex with men. *American Journal of Public Health*, 93(6), 939-942.

- Stall, R., Paul, J. P., Greenwood, G., Pollack, L. M., Bein, E., Crosby, G. M. ... Catania, J. A. (2001). Alcohol use, drug use and alcohol-related problems among men who have sex with men: The Urban Men's Health Study. *Addiction*, 96(11), 1589-1601.
- Sullivan, P. S., Grey, J. A. et Rosser, B. R. S. (2013). Emerging technologies for HIV prevention for MSM: What we have learned, and ways forward. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 63(1), S102-S107.
- UNAIDS. (2010). *Combination HIV prevention: Tailoring and coordinating biomedical, behavioural and structural strategies to reduce new HIV infections*. Geneva, Switzerland: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS).
- UNAIDS. (2011). *Good participatory practice: Guidelines for biomedical HIV prevention trials*. Geneva, Switzerland: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS).
- Underhill, K., Morrow, K. M., Collieran, C. M., Holcomb, R., Calabrese, S. K., Operario, D., ... Mayer, K. H. (2015). A qualitative study of medical mistrust, perceived discrimination, and risk behavior disclosure to clinicians by US male sex workers and other men who have sex with men: Implications for biomedical HIV prevention. *Journal of Urban Health*, 92(4), 667-686.
- Underhill, K., Morrow, K. M., Collieran, C. M., Holcomb, R., Operario, D., Calabrese, S. K., ... Mayer, K. H. (2014). Access to healthcare, HIV/STI testing, and preferred pre-exposure prophylaxis providers among men who have sex with men and men who engage in street-based sex work in the US. *PloS one*, 9(11), e112425.
- VanDevanter, N., Duncan, A., Burrell-Piggott, T., Bleakley, A., Birnbaum, J., Siegel, K., ... Ramjohn, D. (2011). The influence of substance use, social sexual environment, psychosocial factors, and partner characteristics on high-risk sexual behavior among young Black and Latino men who have sex with men living with HIV: A qualitative study. *AIDS patient care and STDs*, 25(2), 113-121.

- Vermund, S. H. et Leigh-Brown, A. J. (2012). The HIV epidemic: High-income countries. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*, 2(5), a007195.
- Vogel, D. L., Wade, N. G., Wester, S. R., Larson, L. et Hackler, A. H. (2007). Seeking help from a mental health professional: The influence of one's social network. *Journal of Clinical Psychology*, 63(3), 233-245.
- Wanyenze, R. K., Musinguzi, G., Matovu, J. K., Kiguli, J., Nuwaha, F., Mujisha, G. et Wagner, G. J. (2016). "If you tell people that you had sex with a fellow man, it is hard to be helped and treated": Barriers and opportunities for increasing access to HIV services among men who have sex with men in Uganda. *PloS one*, 11(1), e0147714.
- Weber, F. (2009). *Manuel de l'ethnologue*. Paris: PUF.
- Weber, J., Tatoud, R. et Fidler, S. (2010). Postexposure prophylaxis, preexposure prophylaxis or universal test and treat: the strategic use of antiretroviral drugs to prevent HIV acquisition and transmission. *AIDS*, 24(S4), S27-S39.
- Wingood, G. M., Rubtsova, A., DiClemente, R. J., Metzger, D. et Blank, M. (2013). A new paradigm for optimizing HIV intervention synergy: The role of interdependence in integrating HIV prevention interventions. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 63(0 1), S108-S113.
- Wirtz, A. L., Kamba, D., Jumbe, V., Trapence, G., Gubin, R., Umar, E. et Baral, S. D. (2014). A qualitative assessment of health seeking practices among and provision practices for men who have sex with men in Malawi. *BMC International Health and Human Rights*, 14(1), 20.
- Wolitski, R., Stall, R. et Valdiserri, R. O. (2008). *Unequal opportunity: Health disparities affecting gay and bisexual men in the United States*. New York, NY. : Oxford University Press.
- Ye, J., Mack, D., Fry-Johnson, Y. et Parker, K. (2012). Health care access and utilization among US-born and foreign-born Asian Americans. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 14(5), 731-737.
- Yeasmin, S. et Rahman, K. F. (2012). Triangulation'research method as the tool of social science research. *Bup Journal*, 1(1), 154-163.