

**L'expérimentation de stratégies de
partage et utilisation des connaissances
dans le champ montréalais de la
prévention des ITSS**
Rapport de recherche

**Angèle Bilodeau, Ph.D.
Marilène Galarneau, M.Sc.
Jean Beauchemin, Ph.D. (cand.)
Denis Bourque, Ph.D.**

Co-publication
Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire (CRCOC)
Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Cahier n° 1202
ISBN : 978-2-89251-467-4 (version imprimée)
ISBN 978-2-89251-468-1 (pdf)

Mai 2012



La Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire (CRCOC) a débuté ses activités le 1^{er} janvier 2008. Elle est située à l'Université du Québec en Outaouais (UQO) et possède son propre site Internet : <http://www.uqo.ca/croc/>. Elle fut la première chaire en travail social reconnue par le programme des chaires de recherche du Canada <http://www.chairs.gc.ca/>. Ce dispositif de recherche se consacre à produire des connaissances visant le développement de l'organisation communautaire dans le service public et dans le milieu communautaire par la compréhension des conditions de succès et de renouvellement de cette pratique confrontée à la transformation des politiques et services publics, à celle des communautés ainsi que des mouvements sociaux. Sur cinq ans, la chaire mènera des travaux de recherche et de diffusion sur les quatre approches du modèle québécois de l'organisation communautaire (Bourque *et al.*, 2007):

- Action sociale : mieux comprendre les conditions permettant aux personnes concernées par une situation d'agir comme acteurs collectifs, la contribution particulière des jeunes et les nouveaux modes complexes d'organisation en réseau.
- Développement local : identifier les nouvelles formes d'initiatives de développement local de type intégré, leurs retombées pour les communautés, ainsi que les conditions qui en favorisent la régulation participative et démocratique.
- Socio-institutionnelle : analyser l'évolution de l'organisation communautaire dans les nouveaux centres de santé et de services sociaux (CSSS). Étudier l'incidence des programmes de santé publique sur la pratique en organisation communautaire et identifier les conditions de succès de l'approche socio-institutionnelle participative.
- Sociocommunautaire : analyser l'impact des politiques publiques et initiatives municipales (développement social, vie communautaire, etc.) sur le développement et les services de proximité de quartiers et milieux en difficulté.

La présente recherche s'inscrit dans les travaux relatifs à l'approche socio-institutionnelle. La chaire favorise un renouvellement des pratiques basé sur des données probantes et de meilleures pratiques favorisant le développement des communautés par l'accès des populations au rang d'acteurs sociaux. En plus de la recherche, la CRCOC se consacre à la diffusion et à la valorisation des connaissances en publiant des cahiers, en rédigeant des articles et des ouvrages, en livrant des communications et des conférences, en organisant des séminaires, des activités de formation, de consultation et d'accompagnement.

Une réalisation du secteur Enseignement et recherche
Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : 514 528-2400
www.santepub-mtl.qc.ca

REMERCIEMENTS

L'équipe de recherche tient à remercier le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) pour le financement de ce projet, dans le cadre de la démarche d'évaluation en soutien à la mise en œuvre de la *Stratégie québécoise de lutte contre le VIH, le VHC et les ITS*. Elle tient également à remercier chaleureusement les membres de la *Table des directeurs généraux des organismes communautaires montréalais en prévention des ITSS*, ceux du *Groupe de travail des répondants ITSS des CSSS* de même que l'équipe ITSS de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal pour leur participation aux différentes activités du projet et pour lui avoir permis de suivre leurs travaux de près. Merci aux personnes qui se sont impliquées au sein des trois initiatives de changement. Merci aussi à Francis Gagnon pour le soutien au tutorat lors des ateliers de formation. Enfin, merci à Carole Paquet pour la mise en forme de ce document.

MOT DE LA DIRECTRICE DE LA RECHERCHE

Le partage et l'utilisation des connaissances (PUC) est une stratégie pour soutenir le changement et l'amélioration des pratiques professionnelles. Différentes stratégies de partage et utilisation des connaissances (PUC) ont été expérimentées dans le champ montréalais de la prévention des ITSS afin de soutenir les pratiques collaboratives, public – communautaire, dans le contexte de la création des Centres de santé et des services sociaux, dans les suites de la réforme Couillard de 2003. Ce travail a comporté une recherche participative ayant mis en relief cinq principaux problèmes auxquels sont confrontés les acteurs du champ, ainsi que différents moyens de partager avec eux, non seulement les résultats, mais aussi l'angle de vue, les instruments théoriques et méthodologiques ayant servi à faire cette analyse.

Le présent rapport rend compte des différents dispositifs déployés pour favoriser le partage des savoirs, soit des ateliers de formation, de l'accompagnement d'initiatives de changement et des événements de partage des résultats de la recherche. Il explicite la contribution de ces dispositifs de PUC dans le cours des changements advenus dans l'intervention, et il cherche à en comprendre les principales limites. Enfin, il discute les résultats en lien avec les attentes formulées par le MSSS – INSPQ auxquelles répondait cette expérimentation.

Cette expérimentation tombe à point, alors que le partage et l'utilisation des connaissances scientifiques et pratiques constituent une préoccupation centrale des acteurs du champ de la santé publique.

RÉSUMÉ

Est-il possible, pour des chercheurs externes, en recourant à différentes stratégies de partage et utilisation des connaissances (PUC), de soutenir des changements dans un système d'action? Telle est la question à laquelle cherche à répondre l'expérimentation qui fait l'objet de ce rapport.

Le contexte de l'expérimentation est le système d'action montréalais en prévention des ITSS. Les stratégies de partage et utilisation des connaissances (PUC) expérimentées visaient à y soutenir les collaborations public – communautaire dans le contexte de la réforme Couillard de 2003 et de la création des Centres de santé et de services sociaux. Les stratégies de PUC déployées sont : 1) une recherche sur les collaborations public – communautaire dans le champ montréalais de la prévention des ITSS, conduite selon une approche participative¹; 2) des ateliers de formation tenus sur l'action en partenariat; et 3) un accompagnement visant à soutenir et instrumenter les pratiques planificatrices et partenariales dans trois initiatives locales de changement, impliquant chacune un acteur communautaire et un acteur public (centre de santé et de services sociaux). Concernant la recherche, trois modalités de participation ont été réalisées : un comité de suivi de la recherche; la participation des acteurs concernés à la collecte et à la validation des analyses et le partage des résultats lors de différents événements.

La méthodologie utilisée pour rendre compte de l'expérience a consisté, premièrement, à documenter, à partir de documents administratifs et d'entrevues, les changements advenus dans le système d'action, concomitamment à l'expérimentation, soit dans les trois initiatives de changement et face aux problèmes de système soulevés par la recherche. Deuxièmement, parmi les changements identifiés, nous avons dégagé à quel point et en quoi les dispositifs de PUC introduits ont pu contribuer à ces changements.

Deux principales conclusions émergent de l'expérimentation. Premièrement, les stratégies de partage et utilisation des connaissances pour soutenir des transformations dans les systèmes d'action exigent un co-investissement substantiel, de la part des acteurs de l'intervention comme des chercheurs, afin qu'ils parviennent réciproquement à s'approprier des univers souvent distanciés de leurs propres pratiques et représentations, de sorte à en tirer des enseignements utiles. Deuxièmement, le recours à cette stratégie doit être en premier lieu le choix des acteurs de tête des systèmes d'action. Les problèmes rencontrés dans la présente expérimentation, tels que la synchronie entre le calendrier de l'expérimentation et celui de l'intervention, une formation mal adaptée au terrain, une sous-utilisation des services de PUC rendus disponibles ou le peu de synergie régionale entourant l'expérimentation au sein du système d'action, montrent que ces deux conditions n'ont pas été suffisamment rencontrées pour qu'un impact à la hauteur de l'investissement ait pu être observé.

¹ Bilodeau, A., Beauchemin, J., Bourque, D. et M. Galarneau (2011) *L'intervention en prévention des ITSS à Montréal. Potentialités, limites et défis de la collaboration dans le contexte de la création des CSSS*. Cahiers de la Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire (CRCOC), No 1102, Gatineau : Université du Québec en Outaouais. 117 pages.

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements et mot de la directrice de la recherche	p. iii
Résumé	p. iv
Liste des sigles	p. vii
Introduction	p. 1
Partie 1 Stratégie de partage et utilisation des connaissances et méthodes d'évaluation de leurs retombées	p. 3
1. Les stratégies de partage et utilisation des connaissances (PUC)	p. 3
1.1. La « réflexion conceptuelle » comme stratégie de PUC	p. 3
1.2. La cogénération des connaissances comme stratégie de PUC	p. 5
2. L'évaluation de la transformation du système d'action et des retombées de l'expérimentation	p. 7
2.1. Le cadre théorique pour évaluer la transformation du système d'action	p. 7
2.2. L'évaluation des retombées de l'expérimentation	p. 10
Partie 2 Les résultats en termes d'avancée de l'intervention	p. 15
1. Évolution de trois initiatives de changement	p. 15
1.1. Initiative UDI – Dopamine et CSSS Lucille-Teasdale	p. 15
1.2. Initiative Jeunes en difficultés – RAP Jeunesse – CSSS Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent	p. 21
1.3. Initiative HARSAH – Rézo (Action Séro-Rézo) et CSSS Jeanne-Mance	p. 24
2. Évolution des cinq problèmes identifiés par la recherche	p. 33
2.1. Problème 1 – Interface entre les services de première ligne : CSSS – OC	p. 33
2.2. Problème 2 – Approches spécialisées ITSS versus généralistes	p. 37
2.3. Problème 3 – Offre de service régionale vs par territoire de CSSS	p. 40
2.4. Problème 4 – Allocation – distribution des ressources / financement	p. 40
2.5. Problème 5 – Configuration du système d'action : consolidation ou extension?	P. 42
Partie 3 Impacts de l'expérimentation sur le système d'action	p. 46
1. Points de vue des acteurs sur les retombées des ateliers de formation	p. 46
2. Points de vue sur les retombées de la recherche participative et de l'accompagnement pour les acteurs des trois initiatives	p. 48
2.1. Initiative Dopamine et CSSS Lucille-Teasdale	p. 48
2.2. Initiative RAP Jeunesse et CSSS Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent	p. 49
2.3. Initiative Rézo et CSSS Jeanne-Mance	p. 50
2.4. Que conclure au sujet de l'impact de la recherche participative et de l'accompagnement sur les initiatives de changement?	P. 51
3. Points de vue des acteurs sur les retombées des activités de la recherche participative	p. 52
Conclusion	p. 55
Références	p. 59
Annexe 1 – Soutien et accompagnement d'une initiative hors Montréal – Le cas de Pikatempis en Abitibi	p. 63

Annexe 2 – Grille d’observation du travail de l’accompagnateur	p. 67
Annexe 3 – Grille d’entrevue	p. 69
Annexe 4 – Formulaire de consentement	p. 72
Annexe 5 – Fiches d’évolution des ateliers de formation	p. 78

LISTE DES SIGLES

CLSC	Centre local de services communautaires
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DSP	Direction de santé publique
HARSAH	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ITS/ITSS	Infections transmissibles sexuellement/Infections transmissibles sexuellement et par le sang ²
MdM	Médecins du monde
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OC	Organisme communautaire
PAL	Plan d'action local
PRSP	Plan régional de santé publique
RLS	Réseaux locaux de services
UCP	Unité centrale productive
SIDEP	Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS
SLITSS	Service de lutte contre les ITSS
UDI	Utilisateur de drogues par injection
UHRESS	Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

² Le terme « infections transmissibles sexuellement et par le sang » est venu remplacer celui de « maladies transmissibles sexuellement » (MTS) dans les années 1990, notamment suite à une recommandation de l'Organisation mondiale de la santé (2005). Une raison importante a motivé ce changement. Le terme « infection » prend en compte le fait que certaines infections sont asymptomatiques alors que le terme « maladie » est associé à la présence de symptômes perçus par la personne atteinte. Le terme « infection » inclut donc les deux réalités. Dans les deux situations, l'infection est transmissible. Le terme ITSS prend également en compte que ces infections sont aussi transmises par contacts sanguins, comme dans le cas des hépatites B et C et du VIH.

INTRODUCTION

Ce rapport rend compte de l'expérimentation de stratégies de partage et utilisation des connaissances (PUC) visant à soutenir des changements dans le champ montréalais de la prévention des ITSS. Les stratégies déployées sont : 1) une recherche sur les collaborations public – communautaire dans ce champ; 2) des ateliers de formation tenus sur l'action en partenariat; 3) un accompagnement visant à soutenir et instrumenter les pratiques planificatrices et partenariales dans trois initiatives locales de changement, impliquant chacune un acteur communautaire et un acteur public (centre de santé et de services sociaux). Concernant la recherche, quatre modalités de participation ont été déployées : un comité de suivi de la recherche; la participation des acteurs concernés à la collecte et à la validation des analyses; le partage des résultats lors de différents événements.

La recherche participative (Bilodeau *et al.*, 2011) a modélisé le système d'action montréalais en prévention des ITSS dans le contexte de la réforme Couillard de 2003 et de la création des Centres de santé et de services sociaux (CSSS). Elle a mis en lumière cinq problèmes de collaboration auxquels sont confrontés les acteurs du système d'action. La question au cœur de l'expérimentation est la suivante : est-il possible, en recourant à des stratégies de partage et utilisation de connaissances (PUC), mettant ici en présence des savoirs théoriques, pratiques et méthodologiques, des outils de soutien à la pratique et des résultats de recherche, de soutenir une transformation des pratiques collaboratives entre les acteurs publics et communautaires dans le champ des ITSS? À cet effet, l'équipe de recherche a eu recours à ces stratégies de PUC pour tenter d'apporter un point de vue externe, de diversifier et d'alimenter la compréhension qu'ont les acteurs régionaux et locaux de leur système d'action et de soutenir leur réflexion sur l'optimisation de leurs pratiques collaboratives, voire plus largement de leur système d'action.

L'objet du présent rapport est de discuter des retombées qu'ont pu avoir la recherche et l'expérimentation sur le système d'action. Puisque la durée du projet n'était que de deux ans, les retombées attendues sont de l'ordre des processus et des pratiques qui favorisent la résolution des problèmes et le changement. Dans cette optique, l'impact peut être cerné davantage en axant sur la façon dont les acteurs opèrent le changement.

Ce rapport comporte trois parties. La première présente les dispositifs de PUC utilisés et la méthodologie d'analyse de leurs retombées. La seconde expose les avancées de l'intervention, c'est-à-dire l'évolution des trois initiatives soutenues dans le cadre de l'expérimentation et des cinq problèmes du système d'action identifiés dans la recherche. La troisième partie présente les retombées sur le système d'action qui sont attribuées par les acteurs aux activités de la recherche et de l'expérimentation. Enfin, le rapport conclue en discutant les résultats en lien avec les attentes formulées par le MSSS – INSPQ dans l'appel de propositions auquel répondait cette recherche.

PARTIE 1

STRATÉGIES DE PARTAGE ET UTILISATION DES CONNAISSANCES (PUC) ET MÉTHODES D'ÉVALUATION DE LEURS RETOMBÉES

1 LES STRATÉGIES DE PARTAGE ET UTILISATION DES CONNAISSANCES (PUC)

Les stratégies de PUC expérimentées dans ce projet visent à soutenir une transformation des pratiques collaboratives entre le réseau public et les organismes communautaires en prévention des ITSS. Dans des contextes changeants et complexes comme la prévention des ITSS, où la réponse aux problèmes n'emprunte pas la forme de solutions universelles et standardisées, directement transférables et applicables dans la pratique, la relation entre chercheurs et praticiens – et le partage et l'utilisation des connaissances (PUC) – peuvent emprunter deux modèles. Le 1^{er} modèle est celui où le partage des connaissances peut surtout servir à appuyer ou enrichir la réflexion des praticiens sur leur contexte d'action et leurs pratiques. Ce modèle que Denis *et al.* (2005) qualifient de conceptuel, selon l'esprit du modèle de l'« *enlightenment* » de Weiss (1979), soutient qu'étant donné la complexité des situations et leur degré élevé d'incertitude, les connaissances issues de la recherche ne peuvent réalistement qu'avoir une influence sur la représentation des problèmes et des solutions que se font les praticiens et ils doivent se les approprier et les réinterpréter pour qu'elles leur soient utiles. En conséquence, des échanges soutenus entre chercheurs et praticiens sont nécessaires afin d'accroître la pertinence et l'applicabilité des résultats de recherche (Gibbons, 1994; Denis *et al.*, 2004, 2005; Trottier et Champagne, 2006). Le 2^e modèle est celui où les milieux de la recherche et de la pratique s'investissent dans une cogénération des connaissances. Ce modèle stipule une relation bidirectionnelle entre chercheurs et praticiens où les praticiens sont considérés, au même titre que les chercheurs, comme des producteurs de connaissances (Goering, 2003; Landry *et al.*, 2000; Boggs 1992).

1.1 La « réflexion conceptuelle » comme stratégie de PUC

Le premier modèle, qualifié de conceptuel, a conduit à deux dispositifs de PUC. Premièrement, des ateliers de formation ont été tenus sur l'action en partenariat. Deuxièmement, un accompagnement a été offert visant à soutenir et instrumenter les pratiques planificatrices et partenariales des acteurs engagés dans trois initiatives locales de changement impliquant un acteur communautaire et un acteur public (CSSS). L'accompagnement direct offert, continu et personnalisé, venait soutenir l'application des notions théoriques et des outils pratiques présentés lors des ateliers de formation. Les interactions entre l'équipe de recherche et les promoteurs des initiatives locales étaient assurées par un chercheur.

Les ateliers de formation

Les ateliers de formation ont été adaptés du cours MSO-6340 *Intersectorialité et action en partenariat en santé* dispensé par la professeure Angèle Bilodeau dans le cadre du *Microprogramme de santé publique à l'intention des cadres et des professionnels en exercice* de l'Université de Montréal³. Les contenus dispensés en trois demi-journées ont porté sur : 1) l'action en partenariat comme système d'action innovant; 2) les opérations du processus innovant; 3) les pratiques du planificateur en partenariat et les conditions d'efficacité de l'action

³ Le matériel de la formation est disponible auprès des auteurs.

en partenariat. Les deux premiers ateliers ont consisté en un exposé théorique suivi d'une partie pratique consacrée à l'appropriation et l'utilisation des outils exposés, assortie d'un tutorat par l'équipe de recherche. Le dernier atelier a plutôt consisté en un exposé suivi d'une plénière portant sur les principales controverses présentes au sein du système d'action ITSS. Ces activités se sont tenues les 22 janvier, 5 mars et 23 avril 2009, dans les locaux de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Elles étaient ouvertes à l'ensemble des acteurs montréalais du champ de la prévention des ITSS de sorte que les acteurs ne participant pas directement aux trois initiatives avaient accès à ces contenus théoriques pour soutenir des changements dans leurs milieux.

L'accompagnement de trois initiatives locales

Le dispositif mis en place pour favoriser que des changements soient induits dans le système d'action en prévention des ITSS à Montréal a consisté à accompagner trois initiatives locales de changement, c'est-à-dire des processus travaillant à faire évoluer les situations d'un point A, sur lequel les acteurs disposent d'une connaissance plus ou moins détaillée, vers un point B anticipé aussi plus ou moins précisément. Ces initiatives pouvaient partir de programmes ou services existants requérant une meilleure collaboration public – communautaire ou consister en un nouveau projet considéré innovant par rapport à ce qui avait été essayé jusque-là. L'accompagnement par l'équipe de recherche visait à instrumenter les pratiques planificatrices et partenariales des acteurs engagés dans les trois initiatives, en soutien à l'application des notions théoriques et des outils pratiques présentés lors des ateliers de formation.

Deux critères ont guidé le choix des initiatives. Le premier est le potentiel d'apprentissage collectif dépendant de : i) l'ampleur du changement anticipé au regard d'une réponse sociosanitaire que l'on veut moins sectorisée et plus globale (la finalité) ; ii) l'anticipation de changements au plan de la structure (ex. : rallongement ou transformation du réseau d'acteurs) et des processus (ex. : coconstruction d'une nouvelle pratique collaborative). Le deuxième critère est le potentiel de transférabilité des savoirs produits, c'est-à-dire le choix d'une initiative qui travaille sur des situations ou des enjeux qui ne sont pas uniques ou isolés.

L'identification des cas a été initiée à l'automne 2007, à l'étape de la lettre d'intention en vue du financement de la recherche, par différents exercices consultatifs auprès des deux instances collaboratives régionales (*Table des directeurs généraux des organismes communautaires montréalais en prévention des ITSS, Groupe de travail des répondants ITSS des CSSS*) et de l'équipe ITSS de la DSP. Au moment d'élaborer le devis, l'équipe de recherche souhaitait s'assurer d'ancrer l'expérimentation des processus de changement dans les réalités locales. Dans cette optique, elle a conduit, à l'hiver 2008, des exercices d'anticipation avec les acteurs en prévention des ITSS à Montréal de sorte à cerner plus précisément des situations problématiques à corriger et les initiatives locales concrètes susceptibles selon eux d'améliorer la qualité des services préventifs auprès des populations vulnérables. Des systèmes d'action locaux CSSS + organismes communautaires ont été priorisés de sorte à diversifier les contextes d'expérimentation selon leur base géographique et démographique et selon les populations vulnérables touchées (UDI, HARSAH, jeunes). Des consultations auprès des acteurs publics et communautaires locaux œuvrant sur trois territoires (directeurs généraux d'organismes communautaires et répondants ITSS des CSSS) ont permis d'identifier des changements souhaitables et faisables nécessitant la collaboration.

Les trois initiatives de changement retenues au moment de l'élaboration du devis de recherche étaient les suivantes : 1) une initiative engageant le CSSS Jeanne-Mance et l'organisme Action Séro-Zéro⁴ dans l'amélioration de la prévention des ITSS auprès des hommes gais et bisexuels (HARSAH); 2) une initiative engageant le CSSS Lucille-Teasdale et l'organisme Dopamine dans l'amélioration de la prévention des ITSS auprès des utilisateurs de drogues par injection (UDI) et 3) une initiative engageant le CSSS de Bordeaux-Cartierville-St-Laurent et l'organisme RAP Jeunesse dans l'amélioration de la prévention des ITSS auprès des jeunes en difficulté.

Un appel de propositions a aussi été lancé par l'équipe de recherche en réponse à une demande du MSSS – INSPQ afin d'engager également une initiative hors Montréal dans la démarche. Une seule proposition a été reçue et retenue, soit l'initiative Pikatemps, un service de dépistage et de prévention des ITSS s'adressant aux clientèles vulnérables, mis en place en 2000 au centre-ville de Val-d'Or, en Abitibi. Contrairement à ce qui avait été convenu, peu de liens se sont développés entre cette initiative et l'équipe de recherche de même qu'entre cette initiative et celles de Montréal, de sorte que l'initiative de l'Abitibi est demeurée à l'écart des activités de la recherche. Par conséquent, ce rapport traite des trois initiatives montréalaises alors que le bilan de l'initiative de l'Abitibi est présenté à l'*annexe 1*.

1.2 La cogénération des connaissances comme stratégie de PUC

Le deuxième modèle de PUC, celui de la coconstruction de la connaissance, a donné lieu à la conduite, selon une approche participative, de la recherche sur les collaborations public – communautaire dans le champ montréalais de la prévention des ITSS, réalisée concomitamment à l'expérimentation. Quatre modalités de participation ont été réalisées. D'abord, un **comité de suivi de la recherche** a été mis sur pied dès le début du projet et s'est réuni à deux reprises au cours des deux premières années de la recherche (septembre 2008 et septembre 2009) afin de permettre un partage entre l'équipe de recherche et les acteurs du système d'action. Outre l'équipe de recherche (les trois chercheurs et l'agente de recherche), le comité de suivi est composé du représentant communautaire et du répondant ITSS du CSSS de chacun des trois cas de l'expérimentation, d'un représentant du bailleur de fonds (MSSS), de deux professionnelles de l'INSPQ (membre et responsable du *Comité directeur sur la démarche évaluative de la Stratégie ITSS*), de deux représentants de la DSP (responsable de chacune des deux instances de concertation ITSS) et d'une représentante des acteurs ITSS hors Montréal (le cas de l'Abitibi). Le comité de suivi a permis que certaines décisions concernant le déroulement de la recherche soient prises, appuyées et discutées de concert avec les acteurs du système d'action.

La deuxième modalité est la **participation à la validation des analyses**. La recherche réalisée était basée sur des entrevues individuelles auprès des trois classes d'acteurs engagées dans le système d'action, soit la DSP, les CSSS, les organismes communautaires. Une analyse descriptive des collaborations a d'abord été faite par les chercheurs pour chaque classe d'acteurs. Ces trois portraits descriptifs ont ensuite été discutés et validés dans des séances réunissant l'ensemble des acteurs d'une même classe, lors de rencontres régulières des deux instances régionales de concertation (*Table des directeurs généraux des organismes communautaires montréalais en prévention des ITSS* et *Groupe de travail des répondants ITSS des CSSS*) et lors d'une rencontre planifiée à cette fin avec l'équipe ITSS de la DSP. Ces séances de validation ont

⁴ Action Séro Zéro a changé de nom pour devenir Rézo au cours de la présente recherche. Dans ce rapport, nous désignons l'organisme par le nom qu'il portait au moment où il en est question, c'est-à-dire selon si nous référons à la période précédant ou suivant ce changement de nom.

permis d'exposer l'analyse des chercheurs à l'ensemble des acteurs d'une même classe, d'apporter des corrections dans certains cas et d'assurer la validation des analyses par les acteurs directement impliqués. Ces séances ont ainsi donné aux acteurs n'ayant pas été retenus pour les entrevues l'occasion de faire valoir leurs points de vue, non seulement à l'équipe de recherche mais aussi aux autres acteurs de leur classe. Les discussions de groupe suscitées par ces rencontres ont également généré de nouvelles informations qui ont été introduites aux analyses.

La troisième modalité de la participation a été le **partage des résultats de la recherche** sur la collaboration lors d'un *Forum régional* tenu le 18 janvier 2010⁵ à la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Le forum a réuni 43 participants, dont la plupart des acteurs du champ de la prévention des ITSS à Montréal, soit :

- 14 participants d'organismes communautaires représentant 12 des 17 membres *Table des directeurs généraux des organismes communautaires montréalais en prévention des ITSS*;
- 13 participants de CSSS représentant 9 des 12 CSSS montréalais membres du *Groupe de travail des répondants ITSS des CSSS*;
- 10 représentants de la DSP principalement de l'équipe ITSS mais aussi l'équipe du secteur Information;
- 2 représentants du MSSS, 2 représentantes de l'INSPQ et 2 représentants de la Table régionale de santé publique.

L'événement a été l'occasion de soumettre l'analyse transversale des portraits par classe d'acteurs à l'appréciation de l'ensemble des acteurs. Les commentaires et échanges sont venus préciser certains aspects de la description de la situation présentée par les chercheurs, par exemple, sur la faisabilité de certaines solutions que mettait de l'avant une classe d'acteurs.

L'analyse transversale (croisant les trois classes d'acteurs) des collaborations au sein du système d'action a mis en lumière cinq problèmes: 1) l'interface dans les services de première ligne entre CSSS et organismes communautaires; 2) la cohabitation d'approches ciblées et généralistes; 3) la détermination d'une offre de service régionale versus par territoire de CSSS sur le territoire montréalais; 4) l'allocation et la distribution des ressources communautaires et enfin, 5) la configuration du réseau d'acteurs (pour l'action en aval et en amont). Chacun de ces problèmes a été exposé aux acteurs en prenant soin d'énoncer la position des acteurs impliqués, les enjeux auxquels ils sont respectivement confrontés de même que les principales stratégies qu'ils déploient ou envisagent pour tenter de solutionner ledit problème et, par conséquent, pour améliorer leurs collaborations⁶.

Ce *Forum régional* était une modalité de la participation à la recherche visant, certes, la validation des interprétations des chercheurs auprès des acteurs du système d'action. Placée dans le contexte de l'expérimentation qui se déroulait concomitamment, cette modalité devenait un dispositif de PUC et visait aussi à favoriser l'utilisation des résultats par les acteurs du système. Par exemple, est-ce que la discussion des cinq problèmes avec les acteurs génère des prises de position et des actions de leur part, est-ce qu'elle a une portée transformatrice sur le système d'action? Le devis élaboré en mars 2008 prévoyait la tenue d'un autre forum de partage avec

⁵ Le Forum avait été initialement prévu le 1^{er} juin 2009 mais le contexte de la grippe A H1N1 a eu pour effet de le reporter sur plus de 6 mois.

⁶ Pour une analyse détaillée des cinq problèmes de collaboration, se référer aux *Actes du Forum régional* (Bilodeau *et al.*, 2010) ou au rapport de recherche (Bilodeau *et al.*, 2011).

l'ensemble des acteurs montréalais du champ des ITSS au terme de l'expérimentation afin de discuter du processus de changement et du rôle du dispositif d'accompagnement. Étant donné le peu d'investissement des acteurs du système d'action dans le projet d'expérimentation et les impacts limités du premier forum, l'équipe de recherche a choisi de ne pas réaliser ce second forum.

La quatrième modalité de la participation a trait aux **produits de la recherche et leur diffusion**. Outre le rapport de recherche (Bilodeau *et al.*, 2011), des publications et communications destinées au public des décideurs et des intervenants ont été faites. D'abord, les *Actes du Forum régional sur le partenariat en prévention des ITSS* (Bilodeau *et al.*, 2010) ont été publiés et rendus disponibles sur le site Web du Directeur de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (novembre 2010) et lors de la *Journée montréalaise sur les ITSS* tenue le 10 novembre 2010 dans le cadre du *Rapport 2010 du directeur de santé publique Joindre plus - Dépister plus - Traiter plus* (DSP, 2010b). Ces résultats ont également été présentés et discutés au *Comité directeur sur la démarche évaluative de la Stratégie ITSS* en mars 2010; à la *Table régionale de santé publique* (qui regroupe les directeurs locaux de santé publique) en mai 2010; aux équipes de rédaction des rapports national et régional (Montréal) de santé publique à l'hiver 2010, qui portaient tous deux sur les ITSS; de même qu'auprès des professionnels du Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang (SLITSS/MSSS) et de l'unité ITSS de l'INSPQ en octobre 2010. Une communication a également eu lieu à un *Dîner éclair* de la Direction de santé publique le 7 juin 2011.

2 L'ÉVALUATION DE LA TRANSFORMATION DU SYSTÈME D'ACTION ET DES RETOMBÉES DE L'EXPÉRIMENTATION

2.1 Le cadre théorique pour évaluer la transformation du système d'action

La transformation du système d'action montréalais en prévention des ITSS, face aux cinq problèmes soulevés par la recherche et dans les trois initiatives locales de changement, sera évaluée en recourant au même cadre théorique ayant servi aux ateliers de formation et à l'accompagnement, de même qu'à la recherche sur les collaborations public – communautaire.

Dans ce cadre théorique, le champ montréalais de la prévention des ITSS et les trois initiatives locales de changement sont considérés comme des systèmes d'action complexes, c'est-à-dire des réseaux sociotechniques (RST) qui opèrent des processus de reproduction/transformation du social en vertu de l'atteinte de finalités (Potvin *et al.*, 2005; Potvin et Bisset, 2008; Bilodeau, 2008). Cette façon de concevoir un champ d'action repose sur la théorie de l'innovation, aussi désignée de théorie de l'acteur-réseau (Callon, 1986; Akrich *et al.*, 2006; Latour, 2006). Cette approche théorique comporte deux idées fondamentales : la mise en œuvre réussie d'une innovation repose sur la solidité du réseau sociotechnique qui la porte; la construction d'un réseau solide nécessite un travail incessant de traduction, c'est-à-dire d'échanges continus et structurés entre les acteurs concernés sur le sens donné individuellement et collectivement aux actions entreprises. Ce processus de traduction se construit par quatre opérations enchevêtrées : 1) la problématisation; 2) l'intéressement; 3) l'enrôlement et 4) la mobilisation.

La notion de système d'action complexe

Tout système d'action, tels que les programmes publics réalisés en partenariat, comporte des acteurs (**structure**) qui interagissent et produisent des actions (**processus**) en vue d'atteindre

une solution à une situation jugée problématique (**finalité**) (voir Figure 1). La complexité de tels systèmes d'action tient au fait qu'ils opèrent en milieu ouvert et donc en interaction constante avec leur environnement qu'ils transforment et qui les transforme, dans le temps.

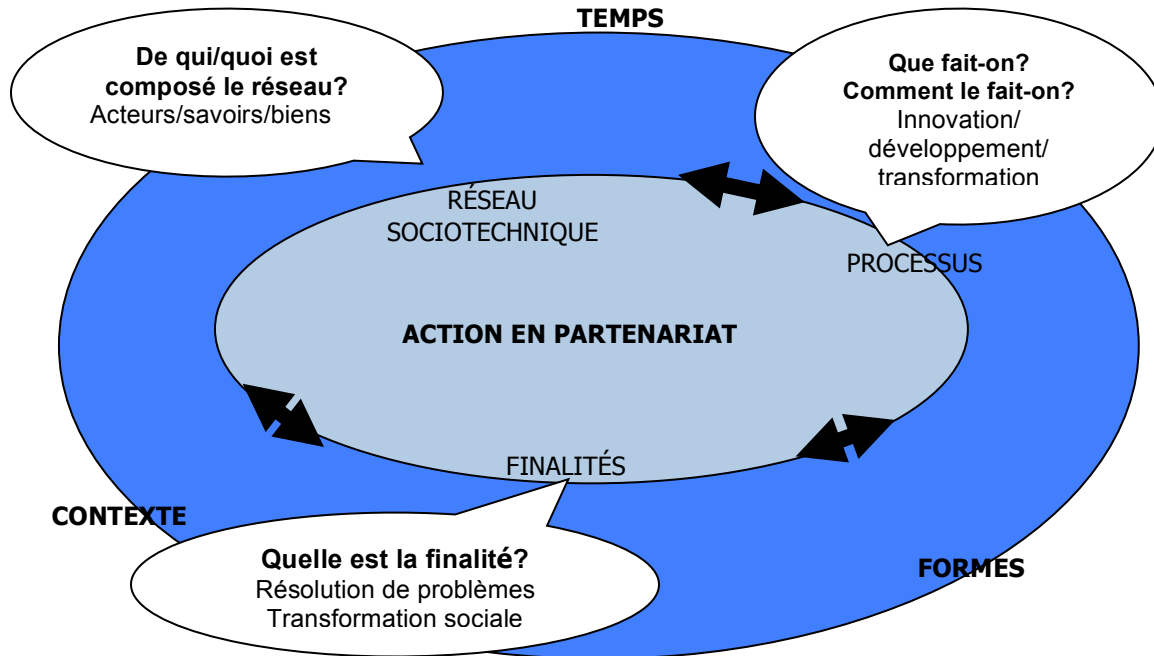
Dans les programmes en partenariat, tel que le *Programme de prévention du VIH, des hépatites et des autres ITS pour la région de Montréal — volet communautaire* (DSP, 2010a), la **structure** prend la forme d'un réseau sociotechnique (RST) qui relie des acteurs détenteurs de savoirs pluridisciplinaires et spécialisés, et de biens, de même que des entités non humaines (ex. : cadre de programmes, financement, technologies). Ces réseaux sont formés d'acteurs reliés par des liens souples et peu hiérarchisés, sans pour autant être dépourvus d'une certaine formalisation et de rapports de pouvoir. Bien que le contour des réseaux soit ouvert, ceux-ci comprennent les partenaires plus ou moins rapprochés de leur unité centrale productive (UCP). Le contour des unités productives est établi par l'interdépendance des parties engagées dans la production de solutions communes à un problème commun (Callon, 1988). Les acteurs du RST peuvent être définis par leur position sociale, leur représentation des problèmes et des solutions, et leurs intérêts. Tous possèdent une capacité d'action leur permettant d'exercer des rôles et d'agir en fonction de leurs valeurs et intérêts.

Les actions menées par ces réseaux composent des **processus**. Ce sont des ensembles d'actions et d'événements opérés délibérément par des acteurs et reliés entre eux en vertu de la finalité visée. L'intervention est considérée comme un processus social plutôt que comme une solution technoscientifique appliquée à un problème. La transformation des pratiques, telles que les pratiques partenariales ou les pratiques cliniques, est alors conceptualisée comme un processus social innovant. Le processus innovant réussira mieux si les acteurs identifient et tentent de dépasser les controverses qui les empêchent de coopérer de même que si les arrangements de partenariat sont construits de manière à réduire la subordination découlant du déséquilibre structurel du pouvoir entre les acteurs (égalisation des rapports de pouvoir).

Dans un tel contexte partenarial, où les acteurs poursuivent des missions différenciées, il n'est pas utile de chercher la convergence des acteurs vers une mission commune. La **finalité** d'un tel système d'action en partenariat s'articule plutôt autour d'un projet réaliste et partagé (développé en coconstruction) qui pousse les acteurs porteurs de missions spécifiques à coopérer. Il y a, dans les systèmes d'action en partenariat, une symétrie entre la constitution du réseau et l'action qu'ils produisent. S'il manque un acteur incontournable dans le réseau, cela se reflétera dans le produit.

Ce système d'action (RST-processus-finalité) qu'est l'action en partenariat constitue une **forme sociale** différente de ce qu'est une organisation ou une institution, dont les contours sont plus définis et fermés, et qui est généralement plus structurée et hiérarchisée. Enfin, l'action en partenariat évolue dans l'**espace** et dans le **temps**. Elle opère dans un contexte donné où elle prend une forme spécifique qui se différencie de sa forme dans un autre contexte. Les systèmes d'action en partenariat sont des systèmes ouverts, c'est-à-dire en interaction avec leurs environnements. S'y opèrent des échanges constants d'idées, de technologies ou de ressources. Ainsi, l'action en partenariat n'est pas un projet que l'on peut entièrement déterminer mais plutôt un projet que l'on peut influencer. L'action en partenariat se caractérise aussi par sa transformation dans le temps. Une action en partenariat a une histoire, elle se transforme dans le temps selon les événements qui adviennent dans son environnement interne (ex. : mobilité des partenaires, réforme gouvernementale) et dans son environnement externe (ex. : nouveaux problèmes/besoins; changements politiques, sociaux, économiques).

Figure 1
L'action en partenariat comme système d'action complexe



Source : Bilodeau (2008)

Les 4 opérations du processus innovant

La théorie de l'innovation conçoit les situations ou les problèmes comme des *réseaux* rassemblant les entités humaines et non humaines qui y participent ou qui sont concernées. Constituer le réseau autour d'une situation signifie de relier toutes les entités qui y participent. C'est en quelque sorte « problématiser », formuler le problème tel qu'il relie toutes les parties concernées. C'est faire émerger les liens intelligibles entre les acteurs, les faits, les informations, les intérêts, les valeurs, les idéologies, etc.

La **problématisation** est la mise en mouvement du processus d'innovation. C'est la mise en mouvement d'acteurs autour d'un projet provisoire (une idée) par ses promoteurs, identifiant des acteurs concernés, leurs intérêts et les enjeux qui les lient. Problématiser, c'est faire émerger les liens entre les discours souvent hétérogènes des différentes entités des réseaux. La problématisation permet d'identifier les principales controverses qui divisent les acteurs. Elle indique les déplacements que les acteurs sont invités à consentir et montre les alliances qu'ils sont invités à nouer afin de satisfaire au moins partiellement leurs intérêts. La problématisation comporte l'idée que ce que visent les acteurs, ils ne peuvent l'atteindre d'eux-mêmes, sans le concours d'autres acteurs. La qualité de la problématisation ne réside donc pas en premier lieu dans son contenu mais dans son processus. La problématisation est un exercice qui consiste à faire passer chaque acteur d'une position singulière et isolée à une acceptation de coopérer.

L'**intéressement** c'est l'ensemble des stratégies que déploient les différents acteurs pour rallier les autres acteurs autour d'un objectif partagé et pour négocier avec chacun un rôle défini et accepté. Les stratégies d'intéressement prennent forme dans des dispositifs et visent à fixer l'identité et le rôle des acteurs du réseau. Un intéressement réussi confirme la problématisation alors que celle-ci est réfutée dans le cas contraire.

L'**enrôlement** c'est la prise de rôle des acteurs dans le réseau et, par conséquent, dans la solution nouvelle qu'on veut élaborer en partenariat (l'innovation). Un intéressement réussi donne lieu à la négociation qui conduit à l'acceptation d'un rôle précis permettant de consolider le réseau. L'enrôlement se reconnaît dans les changements de positions et les déplacements de certains acteurs par rapport à ce qu'ils faisaient avant.

La **mobilisation** est l'engagement d'une masse critique d'acteurs dans le système d'action pour que l'innovation devienne pertinente, utile, indispensable. La mobilisation des acteurs, au-delà de leurs porte-parole, annonce le rallongement des réseaux. Au contraire, le manque de solidité des porte-parole entraîne la dissidence.

La qualité du processus innovant se reconnaît dans la force d'entraînement du partenariat, soit sa capacité à maintenir et rallonger le réseau d'acteurs qui porte le projet. Cette force d'entraînement est favorisée par un effort d'ancrage, d'enracinement du projet dans la communauté qui, lui-même, dépend de sa pertinence aux yeux de ses membres et de son adéquation au contexte et aux problématiques visées.

2.2 L'évaluation des retombées de l'expérimentation

L'évaluation des retombées de l'expérimentation (recherche participative, ateliers et accompagnement) porte sur deux objets :

- 1) Les transformations du réseau, du processus ou de la finalité ayant eu cours dans le système d'action montréalais en prévention des ITSS, relativement aux cinq problèmes identifiés dans la recherche, suite à la conduite de la recherche et de l'expérimentation.
- 2) Le processus innovant ayant eu cours dans les trois initiatives de changement, suite à leur mise en mouvement dans le cadre de l'expérimentation.

Les questions auxquelles la recherche veut répondre sont les suivantes :

- 1) Y a-t-il des changements observés dans le système d'action relativement aux cinq problèmes identifiés par la recherche?
- 2) Les trois initiatives locales mises en mouvement dans le cadre de l'expérimentation ont-elles enclenché un processus de changement ou d'innovation?
- 3) Les changements observés dans le système d'action face aux cinq problèmes ou dans les trois initiatives locales sont-ils attribuables à l'expérimentation ou à d'autres facteurs? Observe-t-on dans les documents ou le discours des acteurs des traces de l'intégration ou de l'utilisation d'éléments introduits par l'expérimentation dans la gestion de leurs activités? (ex. : utilisation de concepts ou d'outils rendus disponibles lors des formations; références à la contribution des chercheurs dans la façon de poser les problèmes et solutions)?

La méthodologie a consisté à : 1) documenter les transformations qui sont advenues dans le système d'action face aux cinq problèmes et dans les trois initiatives locales depuis le début de l'expérimentation; 2) identifier, pour ces transformations, les traces de retombées de l'expérimentation (recherche participative, ateliers, accompagnement). Ces retombées peuvent être :

- la référence à un éclairage donné par les concepts et outils de la formation sur le système d'action;

- la référence au soutien donné lors de l'accompagnement;
- l'appropriation et l'utilisation que les acteurs ont faits des connaissances et outils transmis lors des formations dans la gestion du système d'action;
- la référence à l'éclairage donné par la recherche sur les problèmes du système d'action;
- l'appropriation et l'utilisation que les acteurs ont faites de l'analyse des cinq problèmes produite par la recherche dans la gestion du système d'action.

Un suivi systématique et des collectes de données ont été réalisés sur les activités du système d'action dans son ensemble et sur les activités des trois initiatives locales. Un suivi et des collectes de données ont aussi été réalisés sur l'expérimentation, soit les activités de la participation à la recherche, les ateliers et l'accompagnement. Trois principales sources de données ont été utilisées : l'observation non participante, les sources documentaires et les entrevues. La période d'étude et de collecte de données s'étend du début du projet en septembre 2008 jusqu'à juillet 2011. Les analyses produites sur les trois initiatives de changement ont été validées auprès des CSSS et des organismes communautaires participants. L'ensemble des analyses a été validé auprès de l'équipe ITSS de la DSP. La validation a porté sur deux aspects, premièrement des documents, des événements ou des faits pertinents dont nous n'aurions pas fait état et qui peuvent modifier la description présentée; deuxièmement une révision de l'interprétation afin de prendre en compte une perspective autrement négligée (Edelenbos et Van Eeten, 2001). Cette méthodologie de validation est susceptible de réduire les limites de l'approche interprétative de la recherche.

L'observation du dispositif d'accompagnement et des réunions de travail des trois initiatives locales - et les documents attenants

Les trois initiatives locales documentées sont : 1) celle du CSSS Jeanne-Mance et de l'organisme Action Séro-Zéro qui donna lieu à une première amorce (initiative RÉZO-Jeanne-Mance) et à l'initiative *La Charte d'engagement* des saunas; 2) l'initiative du CSSS Lucille-Teasdale et de l'organisme Dopamine dans l'amélioration du continuum de services auprès des populations vulnérables; 3) l'initiative du CSSS de Bordeaux-Cartierville-St-Laurent et de l'organisme RAP Jeunesse dans l'amélioration de la prévention des ITSS auprès des jeunes en difficulté (JD).

Lors des rencontres des acteurs des trois initiatives, l'agente de recherche a assisté le chercheur attiré à l'accompagnement afin d'observer les dynamiques chercheur – praticiens et assurer la prise de notes. La grille d'observation utilisée a été spécifiquement construite pour appréhender le rôle joué par le dispositif d'accompagnement dans la sélection des connaissances à communiquer et leur interprétation, en contexte, dans le cadre d'interactions directes, (référant à Boyer *et al.*, 2006). L'outil est présenté à l'*annexe 2*.

L'accompagnement des initiatives a débuté à l'hiver 2009 au rythme où avaient lieu les rencontres des acteurs impliqués. L'accompagnement a donc chevauché les ateliers de formation, qui ont eu cours de janvier à avril 2009. La formule de l'accompagnement a été remise en question au cours de l'automne 2009 vu que les trois initiatives étaient lentes à démarrer, notamment dans le contexte de la grippe A H1N1 qui bousculait les activités des CSSS. Le début de l'année 2010 a été marqué par le *Forum régional sur le partenariat en prévention des ITSS*, dédié à discuter les résultats de la recherche sur les collaborations, lors duquel les chercheurs ont proposé aux acteurs deux options pour donner suite à la démarche de recherche participative et l'utilisation des résultats : 1) créer un espace régional réunissant les trois classes d'acteurs pour

échanger sur l'évolution des initiatives locales de changement ou consacrer du temps à cette fin dans les deux espaces régionaux de concertation existants; 2) créer un comité tripartite *ad hoc* pour discuter de l'intérêt respectif des trois classes d'acteurs à travailler sur un ou plusieurs des cinq problèmes mis en lumière par la recherche. L'offre des chercheurs n'ayant pas suscité l'intérêt des acteurs, les activités d'accompagnement des trois initiatives locales ont formellement cessé. Cependant, l'observation des rencontres de travail des initiatives a été poursuivie pour les fins du présent rapport. À partir de ce moment, l'agente de recherche a observé la plupart des rencontres ayant lieu entre les acteurs, c'est-à-dire dans les deux instances régionales et leurs sous-comités et les trois. Une initiative s'est poursuivie sur sa lancée (Dopamine – CSSS Lucille-Teasdale), une autre s'est éteinte (RAP Jeunesse – CSSS Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent), tandis que la dernière s'est passablement réorientée (Rézo – CSSS Jeanne-Mance). Le suivi et la documentation des deux initiatives restantes ont été poursuivis par l'agente de recherche de janvier 2010 à juillet 2011. Les sources documentaires attenantes aux rencontres des acteurs des initiatives ont aussi été colligées, soit les comptes rendus de réunions mais aussi des documents de planification ou de programmation que détaille le *tableau 1*.

La documentation du processus de changement (dans les initiatives ou face aux cinq problèmes) a été réalisée à l'aide d'une grille élaborée sur la base du cadre théorique de l'innovation. Les changements advenus ont été appréhendés autour des dimensions suivantes : i) l'unité centrale productive et son réseau, c'est-à-dire la reconfiguration du réseau sociotechnique par l'ajout et le retrait d'acteurs; ii) les opérations de l'innovation : problématisation, intéressement, enrôlement et mobilisation; et iii) l'atteinte de finalités entre autres par la stabilisation de nouvelles ententes de collaboration ou le développement conjoint de nouveaux projets ou services.

L'observation des réunions des deux instances régionales - et les documents attenants

L'observation non participante par l'agente de recherche a été réalisée pour les réunions des deux structures collaboratives régionales, soit la *Table des directeurs généraux des organismes communautaires montréalais en prévention des ITSS* et le *Groupe de travail des répondants ITSS des CSSS*, ainsi que pour quatre sous-comités de travail de la *Table des directeurs généraux des organismes communautaires montréalais en prévention des ITSS*. Pour les deux instances, l'observation des réunions a été régulière de janvier 2010 à juillet 2011 alors qu'elle fut sporadique au cours de 2008 et 2009, selon les points d'intérêt à l'ordre du jour (voir le *tableau 1* pour les données détaillées).

Une analyse documentaire a été réalisée sur les comptes rendus des rencontres des deux instances régionales (n = environ 30 par instance) et leurs sous-comités, de 2008 à 2011, de même que sur les productions des acteurs du système d'action afin de capter leurs discours sur leur système d'action tout en cherchant à voir la présence de retombées de la recherche ou de l'expérimentation. L'observation des réunions et la collecte des données documentaires ont été faites à partir de la même grille d'analyse du processus de changement, basée sur le cadre théorique de l'innovation.

Les entrevues

Le matériel recueilli par l'observation et les sources documentaires a été complété par des entrevues individuelles. Sept entrevues ont été réalisées auprès de la DSP (1), des trois initiatives locales (2 acteurs CSSS et 3 acteurs communautaires) et de l'INSPQ (1), portant sur 1) l'état

d'avancement des initiatives locales et l'évolution des cinq problèmes mis en lumière par la recherche; 2) l'utilité perçue et les retombées des différents dispositifs de PUC mis en place (formations, accompagnement, recherche participative – forum d'échange, publications, communications).

La majorité des entrevues ont été effectuées à l'automne 2010, soit moins d'une année après le *Forum* tenu en janvier 2010. Quelques entrevues ont eu lieu à l'hiver 2011 et une dernière à l'automne 2011, ayant ainsi laissé treize et vingt mois entre le *Forum* et l'entrevue. Les entrevues, d'environ 90 minutes chacune, ont été dirigées selon une grille élaborée en fonction du cadre conceptuel de l'innovation présenté antérieurement. La grille d'entrevue était commune à l'ensemble des répondants, mais adaptée selon leur provenance (réseau public ou communautaire, local ou régional), leurs fonctions et responsabilités. La grille d'entrevue et le formulaire de consentement sont joints aux *annexes 3 et 4*.

La fiche d'évaluation des ateliers

Les trois ateliers ont fait l'objet d'une évaluation de la satisfaction et de l'utilité perçue par le biais d'une fiche remise à chaque atelier dans le cahier du participant et récupérée à la fin de l'atelier (voir les 3 fiches à l'annexe 5).

Les données sur les activités de la recherche participative

Ces données comportent les comptes rendus des deux réunions du comité de suivi de la recherche, tenues en septembre 2008 et septembre 2009, de même que les notes d'observation des événements de partage des résultats de la recherche avec les acteurs régionaux et nationaux concernés, soit : 1) le *Forum régional* du 18 janvier 2010; 2) la présentation au *Comité directeur sur la démarche évaluative de la Stratégie ITSS* en mars 2010; 3) à la *Table régionale de santé publique* en mai 2010; 4) aux équipes de rédaction des rapports national et montréalais de santé publique à l'hiver 2010; 5) auprès des professionnels du Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang (SLITSS/MSSS) et de l'unité ITSS de l'INSPQ en octobre 2010.

Les autres sources documentaires

Finalement, ayant été mis au fait d'échos de la recherche à l'extérieur du système d'action montréalais, nous avons considéré l'idée de tenir compte également des répercussions qu'ont pu avoir les activités d'échange sur les résultats de la recherche ayant eu lieu au cours de 2010. Ainsi, il nous a semblé opportun de faire une analyse de contenu des rapports annuels 2010 des directeurs national et régional de santé publique, portant tous deux sur les ITSS, afin de voir s'ils comportaient des traces de nos résultats suite à des rencontres entre l'équipe de recherche et les équipes de rédaction des deux rapports. Dans cette même optique, les contenus de la *Journée montréalaise ITSS* tenue le 10 novembre 2010 et des deux journées des JASP ayant porté sur les ITSS⁷ ont constitué des sources documentaires.

⁷ « Dépister les ITSS : un choix de santé profitable » (22 novembre 2010) et « Intervenir auprès des personnes : de la nécessité de travailler en réseaux » (23 novembre 2010) dans le cadre des 14^e journées annuelles de santé publique (JASP) tenues à Québec. Une synthèse de la journée du 22 novembre rédigée par P. Clermont (np) a également été utilisée.

TABLEAU 1 SOURCES DES DONNÉES

Observation du dispositif d'accompagnement et des réunions de travail des trois initiatives locales – et documents attendants							
Initiative		Observations			Documents		
Rézo/CSSS Jeanne-Mance		Première tentative					
		2/2 rencontres			2 comptes rendus		
		Charte d'engagement des saunas					
		10/16 rencontres (avril 2010 et octobre 2011) Rencontre spécifique concernant le financement (mai 2010) 3 rencontres de suivi auprès d'une répondante de la DSP (avril 2010 à octobre 2011)			16 comptes rendus 1 compte rendu 1) Mandat du comité; 2) Rôles des acteurs; 3) Différentes versions de la Charte; 4) Plan de communication; 5) Enquête auprès des saunas (2004-2006); 6) Initiatives ailleurs dans le monde et Tableau comparatif des collaborations de ces initiatives; 7) Demande de subvention ponctuelle (fonds non récurrents); 8) Guide de la Charte; 9) Site Web de la Charte		
RAP Jeunesse/CSSS BC-St-L		2/2 rencontres			2 comptes rendus		
Dop/CSSS Lucille-Teasdale		6/7 rencontres			7 comptes rendus		
Observation des réunions des deux instances régionales – et documents attendants							
Initiative		Observations			Documents		
Table des DG OC-ITSS		Réunion aux 6 semaines (~8 rencontres par année) Observation de toutes les réunions de janvier 2010 à juillet 2011 et sporadique au cours de 2008 et 2009			Comptes rendus de toutes les rencontres de 2008 à 2011 (~30) Documents déposés (répertoire des organismes, cadre de référence, bilan des activités, etc.)		
Sous-comités de la Table des DG		3/3 rencontres communes sur l'attribution des fonds spéciaux non récurrents (UDI, HARSAH) (4 février 2010; 17 février 2010; 3 mars 2010)			3 comptes rendus		
		3/3 rencontres sur l'attribution des fonds spéciaux non récurrents (UDI) (1 juin 2010; 15 juin 2010; 7 juillet 2010)			3 comptes rendus		
		3 rencontres du groupe de travail Comité matériel de protection (4 mars 2010; 10 mars 2010; 21 avril 2010) 1 rencontre du groupe de travail sur les machines distributrices (4 mars 2010)			3 comptes rendus 1 compte rendu		
Groupe de travail des répondants ITSS des CSSS		Réunion aux 6 semaines (~8 rencontres par année) Observation de toutes les réunions de janvier 2010 à juillet 2011 et sporadique au cours de 2008 et 2009			Comptes rendus de toutes les rencontres de 2008 à 2011 (~30) Documents déposés (mandat, membres du groupe de travail, cadres logiques, etc.)		
Tournée des OC		10-11 juin 2010					
Journée montréalaise des ITSS		Participation à l'événement Participation à une rencontre « retour sur l'événement »			Programme de la journée Présentations		
Entrevues							
CSSS			OC			DSP**	INSPQ
J-M	L-T	BC-St-L	Rézo	Dop	Rap J		
1 (41 min) 27/10/2011	1 (1 h) 10/11/2010	--*	1 (1 h 30) 15/11/2010	1 (1 h 20) 24/11/2010	1 (2 h 20) 2/11/2010	1 (4 h) 4 rencontres du 27 janvier au 15 mars 2011	1 (2h) 30/08/2011
* Il n'y a pas eu d'entrevue car la répondante du début du projet n'était plus en poste et sa remplaçante n'avait pas de lien avec le projet							
** L'entrevue avec l'acteur de la DSP s'est étendue sur 4 rencontres, de janvier à mars 2011							
Autres sources documentaires							
JASP 2010 : « Dépister les ITSS : un choix de santé profitable » (22 novembre 2010) et « Intervenir auprès des personnes : de la nécessité de travailler en réseaux » (23 novembre 2010) dans le cadre des 14 ^e journées annuelles de santé publique (JASP) tenues à Québec. Synthèse de la journée du 22 novembre (P. Clermont, np).							

PARTIE 2

LES RÉSULTATS EN TERMES D'AVANCÉE DE L'INTERVENTION

La deuxième partie présente les avancées qui ont été réalisées par le système d'action au cours de la période étudiée (hiver 2009 à juillet 2011). Les avancées réalisées en ce qui a trait à l'intervention en prévention des ITSS à Montréal se mesurent notamment en fonction de l'évolution des trois initiatives locales de changement et de celle des cinq problèmes de collaboration du système d'action. Les avancées de l'intervention ont été recueillies par entrevues, par l'observation d'un grand nombre de rencontres locales et régionales, ou recueillies dans la documentation analysée (les comptes rendus des deux instances régionales et des trois initiatives locales, particulièrement). Les éléments dont traitent les initiatives de changement (accès au matériel de protection et aux services, corridors de services, promotion et accès au dépistage, etc.) de même que les problèmes de système sont toujours d'actualité et ne sont pas exempts de controverses, ce qui complexifie les possibilités de réussite des collaborations locales et régionales. Les trois initiatives seront présentées en précisant les acteurs impliqués (l'unité centrale productive (UCP) et son réseau), les avancées réalisées (au terme des opérations de l'innovation) et les finalités atteintes. Ensuite, les avancées sur le plan des cinq problèmes de collaboration du système d'action seront présentées. L'exposé des avancées réalisées sert de préalable à l'appréciation que font les acteurs du système d'action et l'équipe de recherche quant à l'impact du projet de recherche-intervention sur le système d'action (partie 3).

1. ÉVOLUTION DES TROIS INITIATIVES DE CHANGEMENT

1.1 Initiative UDI – Dopamine et CSSS Lucille-Teasdale

Cette initiative engage le CSSS Lucille-Teasdale et l'organisme Dopamine dans l'amélioration de la prévention des ITSS auprès des utilisateurs de drogues par injection (UDI).

Dopamine est un organisme communautaire autonome qui assure l'offre de services en prévention des ITSS dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve depuis 1995. Dopamine définit son mandat comme étant celui d'accueillir, soutenir et accompagner les personnes consommant des psychotropes, leur entourage et la population en général du quartier et des secteurs environnants, dans un cadre de prévention des ITSS. Dopamine offre deux points de services (un centre de jour et un site fixe), du travail de rue ainsi que différents projets entièrement dédiés à la prévention des ITSS et à l'amélioration de la qualité de vie des personnes. L'amélioration de l'accessibilité aux services médicaux pour sa clientèle est une priorité. Cela passe nécessairement par l'accès et l'adaptation des services du CSSS, les services ITSS, mais aussi les services psychosociaux. Le principal « *cheval de bataille* » de l'organisme, en 2008, était de « *rendre accessible un volet infirmier* » à sa clientèle. À cette époque, une clinique mensuelle, offrant des services cliniques à la clientèle de Dopamine avait été mise en place en collaboration avec Médecins du Monde (MdM) dans l'objectif de pallier au manque d'accès et d'adaptation des services médicaux du CSSS. Ce service est toujours maintenu actuellement. Enfin, aux plans financiers, Dopamine est soutenu par l'ASSSM en soutien à sa mission globale et par la DSP par ententes de services pour ses services en prévention des ITSS. En 2008, l'organisme était financé par l'Agence par le biais de la catégorie *Alcoolisme/Toxicomanies et autres dépendances* et il souhaitait arriver à augmenter ses budgets de fonctionnement provenant de l'instance régionale. À cette fin, Dopamine a entrepris avec succès des démarches pour relever plutôt de la catégorie *VIIH-Sida*. Cette volonté traduisait d'abord un souci de cohérence avec sa mission et ses actions

mais, fait non négligeable, ce changement a entraîné un rehaussement significatif de ses budgets de base.

Le CSSS Lucille-Teasdale est situé dans la partie sud-est, couvrant les quartiers Hochelaga-Maisonneuve, Mercier-Ouest et Rosemont. Il regroupe trois CLSC, Hochelaga-Maisonneuve, Olivier-Guimond et Rosemont, ainsi que sept centres d'hébergement. Dans l'esprit de la responsabilité populationnelle, le CSSS travaillait en 2008 à accroître sa propre offre de services afin d'offrir les services requis par sa population sur son propre territoire. Le CSSS constatait en effet les difficultés qu'éprouvaient les intervenants à rester en lien avec leurs clients qui allaient chercher des ressources à l'extérieur du territoire de Lucille-Teasdale. L'accroissement de l'offre de services du CSSS se traduisait notamment par une volonté de mettre en place une clinique de dépistage des ITSS pour clientèle asymptomatique en s'engageant dans une planification intégrée et portée par un réseau élargi de partenaires. La construction de ce réseau était alors centrée sur Hochelaga-Maisonneuve, mais le CSSS pensait à d'autres initiatives pour Olivier-Guimond et Rosemont.

L'unité centrale productive et son réseau

Les acteurs impliqués dans cette initiative sont la répondante ITSS du CSSS Lucille-Teasdale, également directrice des services, de même que le directeur général de Dopamine qui ont été les instigateurs du projet. Au tout début, en 2008, seules deux personnes de chaque organisation étaient présentes au comité de travail : la cheffe d'administration de programmes assistait la directrice des services (répondante ITSS) du côté du CSSS et le conseiller clinique accompagnait le directeur général du côté de Dopamine.

Les collaborations entre Dopamine et le CSSS Lucille-Teasdale étaient déjà enclenchées au moment où débutait l'expérimentation en 2008. Un comité de travail était déjà en place et se réunissait mensuellement pour suivre le développement des collaborations et s'assurer de l'opérationnalisation des décisions. Rapidement, les acteurs se sont entendus sur l'objectif général de leurs collaborations, soit la mise en place d'un continuum de services pour les clientèles marginales, et ont établi un plan de rencontres pour y arriver. Les acteurs ont fait le choix d'abord de renforcer leurs collaborations avant d'impliquer d'autres organismes du milieu ayant des demandes similaires envers le CSSS. En ce sens, il a été décidé de prioriser les clientèles rejointes par Dopamine pour ensuite élargir leur offre de services conjointe à l'ensemble des populations du territoire. Cette façon de procéder a été mise de l'avant afin de maintenir un débit gérable de demandes de services envers le CSSS et de lui permettre graduellement de mettre en place les services. La stratégie valorisée a été de consolider les collaborations déjà engagées pour ensuite les élargir en intéressant de nouveaux acteurs œuvrant auprès des mêmes clientèles que Dopamine ou du moins ayant des besoins similaires de services sociaux et de santé. Tout au long de l'avancement du projet de continuum, des membres spécifiques du personnel de chacune des deux organisations ont été impliqués et mobilisés. Par conséquent, le comité de travail s'est passablement élargi. Se sont ajoutés provenant du CSSS la cheffe d'organisation de programme, la directrice locale de santé publique (responsable des services courants et du volet communautaire), deux infirmières de proximité de même qu'un intervenant psychosocial de proximité. Plusieurs intervenants des deux organisations ont été engagés dans la mise en œuvre des services ainsi que dans le développement des collaborations entre leurs organisations, mais ils n'ont pas été impliqués dans le comité de travail.

Les opérations du processus innovant

Le CSSS Lucille-Teasdale et Dopamine sont partis d'une problématisation commune selon laquelle les populations de leur territoire, durement touchées par la toxicomanie et d'autres problèmes connexes, devaient composer avec une réponse fragmentée de leur part. Les acteurs constataient également que certaines zones du territoire desservi par le CSSS étaient moins bien pourvues en ressources que d'autres. Dans le but de mieux répondre aux multiples besoins des populations plus vulnérables de leur territoire, les deux organisations ont entrepris de développer un continuum de services « de la rue jusqu'aux traitements ». Ce point de jonction du CSSS et de Dopamine se décline notamment par leur volonté de joindre davantage les populations vulnérables par la réduction des difficultés d'accès aux services du CSSS et par une plus grande disponibilité du matériel de protection et des services infirmiers de proximité dans les locaux de Dopamine. Cela consistait également à assurer l'existence et le maintien des services de dépistage et de traitement par des ressources du milieu ce qui, concrètement, signifiait de développer des services à l'interne du CSSS et de faire les liens avec les cliniques médicales du milieu. À terme, l'objectif de la collaboration Lucille-Teasdale/Dopamine est de créer une synergie entre les divers acteurs intersectoriels (toxico, jeunes, prostitution, etc.) de leur territoire.

L'intérêt médiatique suscité en décembre 2009 par la question de la prostitution de rue dans Hochelaga-Maisonneuve (suite à des plaintes de citoyens) de même que la préoccupation du maire de l'arrondissement concernant cette couverture médiatique ont eu un impact considérable sur le système d'action composé du CSSS et Dopamine : cela a provoqué un élargissement de la problématisation pour inclure d'autres populations que les UDI; cela a également occasionné une reconfiguration du réseau d'acteurs et contribué à l'addition de ressources par le CSSS. Dopamine et le CSSS ont tous deux été interpellés par le maire de l'arrondissement qui souhaitait que s'implantent des actions concertées sur le territoire relativement à la prostitution de rue, puisqu'ils sont en contact avec ces populations. Ils ont été invités à faire partie d'un comité alors formé où siègent également le maire de l'arrondissement, des élus provinciaux et fédéraux ainsi que deux autres organismes communautaires. La question de la prostitution de rue a ainsi agi comme déclencheur de cette collaboration élargie et a accentué le travail collaboratif relié à l'implantation du continuum sur lequel s'investissaient déjà le CSSS et Dopamine. Les enjeux entourant la question de la prostitution de rue étant liés de près au projet de continuum, le CSSS et Dopamine ont considéré l'appel du maire comme une opportunité d'étendre leurs démarches à ces populations touchées par la prostitution de rue.

Étant en désaccord avec la position de certains acteurs du comité de travail (dont celle des policiers du territoire en faveur d'actions répressives), Dopamine et le CSSS se sont rapidement positionnés dans leur rôle de prestataires de services sociaux et de santé en mettant de l'avant leur volonté de rendre leurs services plus accessibles. Concrètement, pour le CSSS, cette volonté était non seulement de rendre accessible les services ITSS, mais aussi les autres services (santé mentale, prostitution, itinérance, toxicomanie, etc.) et de mettre en place des services à bas seuil d'accès (ex. : rendre les services accessibles aux personnes sans carte d'assurance-maladie - RAMQ)⁸. La divergence de points de vue de ces autres acteurs a fait prendre conscience au CSSS qu'il devait augmenter sa visibilité et ses liens avec les travailleurs de rue afin que son rôle

⁸ Les programmes à bas seuil d'accessibilité découlent de la philosophie de la réduction des méfaits et sont « conçus pour joindre les consommateurs désaffiliés et peu motivés à changer leur consommation. [Ils] sont peu exigeants et sont ainsi accessibles aux personnes les plus désorganisées par leurs difficultés. » (Vincent et al., 2003 : 217).

de prestataire de services soit mieux connu et qu'il soit en mesure de mieux l'actualiser. En conséquence, le CSSS a déniché du financement pour augmenter le nombre d'heures d'infirmière de proximité et pour introduire un travailleur psychosocial en proximité dans la lutte aux ITSS. Au final, la sortie du maire a représenté « *une pression* » pour le déploiement de ressources et de services à la communauté. Cette réponse du CSSS et de Dopamine, s'étant traduite par un ajout de ressources ciblant une population vulnérable du territoire, est perçue par la DSP comme un tremplin pour enclencher d'autres travaux relatifs aux ITSS sur le territoire. Ainsi, la pression politique, voire la pression médiatique, a été un puissant incitatif pour entraîner des changements dans le système d'action (plus que la recherche et ses dispositifs).

Des services infirmiers ont été déployés par le CSSS dans les locaux de Dopamine pour assurer le continuum de services ITSS. L'intégration de l'infirmière au sein de l'organisme a d'abord consisté à se familiariser avec les intervenants de l'organisme. Une fois ces liens créés et une certaine confiance établie entre l'infirmière et les intervenants, l'infirmière a été mise en lien avec les clientèles fréquentant l'organisme. D'après les acteurs, l'attitude non confrontante de l'infirmière a facilité son intégration. Ensuite, il n'a fallu qu'un temps pour que le « bouche à oreille » ne s'entame et que les clients en amènent de nouveaux. Toutefois, l'opérationnalisation du volet infirmier au sein de l'organisme a nécessité temps et ajustements de la part des intervenants de l'organisme et de l'infirmière, particulièrement concernant la détermination des rôles respectifs et les arrangements collaboratifs⁹. Cet aspect est directement lié au premier des cinq problèmes de collaboration mis en lumière par la recherche sur les collaborations (Bilodeau *et al.*, 2011). Deux éléments en particulier de l'organisation interne du CSSS ont permis de surpasser cette difficulté et de fixer les rôles respectifs : 1) la flexibilité avec laquelle la répondante ITSS du CSSS aborde la mise en place des services de proximité au sein de l'organisme communautaire; et 2) le positionnement de l'infirmière dans son rôle clinique (dépistage, soins, accompagnement et suivi), entre autres rendu possible grâce à la flexibilité de la répondante ITSS¹⁰. Il faut dire que Dopamine n'a pas ménagé les efforts auprès de la répondante ITSS du CSSS pour la sensibiliser à l'importance d'adapter leurs services aux réalités rencontrées par les populations qu'il représente, ce qui a sans doute influencé la capacité du CSSS de faire preuve d'une telle flexibilité.

Par ailleurs, le travail de l'infirmière réalisé dans les locaux de Dopamine a eu un certain effet boule de neige puisqu'une autre infirmière s'est montrée intéressée par le travail de proximité. Cette infirmière a à son tour été formée pour le dépistage ITSS et ses services ont été ajoutés à ceux rendus déjà, en prenant soin de ne pas déconstruire les liens créés par la première infirmière avec les organismes partenaires et, par le fait même, avec les travailleurs de rue et les usagers. Cet engagement de ressources de la part du CSSS a eu un certain effet d'entraînement et a accentué les collaborations entre le CSSS et Dopamine.

⁹ L'aspect de la confidentialité a été un point d'achoppement entre l'infirmière et les intervenants de l'organisme. Ils ont dû prendre le temps de clairement définir la limite que leur impose respectivement leur travail et établir un mode de fonctionnement leur permettant d'assurer une certaine continuité des services tout en respectant la confidentialité.

¹⁰ L'infirmière bénéficie en effet d'une latitude dans la gestion de son temps et des lieux où elle offre ses services, par exemple dans les locaux de l'organisme plutôt que dans les milieux tels que les piqueries ou les appartements privés, ce qui augmente sa capacité d'adaptation à Dopamine.

Suite à l'intégration du volet infirmier, le CSSS a souhaité augmenter son offre de services psychosociaux de proximité en intégrant un travailleur social au sein des organismes avec lesquels il collabore. Dopamine a ouvert grand ses portes à l'intervenant du CSSS dans une optique de « *donnant – donnant* », c'est-à-dire après avoir bénéficié des ressources du CSSS pour implanter le volet infirmier dans ses locaux. Si une période d'adaptation a été nécessaire pour intégrer l'infirmière de proximité au sein de Dopamine et pour que se créent des liens avec les intervenants, alors que l'infirmière a un rôle clinique bien défini et une zone de tâches non partagée avec les intervenants psychosociaux, il est facile de comprendre que l'intégration du travailleur social de proximité du CSSS au sein de l'organisme a nécessité une certaine dose d'appriovissement. L'anticipation partagée de possibles retombées positives a joué en faveur de l'enrôlement des deux organisations : il s'agissait d'une opportunité pour que les populations rejointes par l'organisme communautaire puissent mieux se frayer un chemin au sein de l'imposante structure du CSSS. Par la création d'un poste de travailleur social de proximité, sans attache à un programme-service, le CSSS positionnait l'intervenant psychosocial de façon à ce qu'il puisse ouvrir les portes aux clientèles accompagnées par le travailleur de rue tout en créant plus facilement des liens avec l'ensemble des programmes-services du CSSS (ex. : avec les services en santé mentale). Le projet était aussi une occasion pour les deux acteurs d'améliorer leur connaissance mutuelle, notamment en permettant à la vision de l'organisme de s'amener à l'intérieur du CSSS, ce qui peut être gage d'une meilleure compréhension de la réalité terrain avec laquelle Dopamine doit conjuguer et, à terme, gage d'une meilleure complémentarité entre eux. Les rencontres réalisées entre l'intervenant psychosocial du CSSS et les travailleurs de rue de Dopamine ont visé une compréhension commune des rôles et responsabilités de chacun et permis de trouver un terrain d'entente convenant aux deux organisations et à leurs intervenants, bien que la façon d'articuler les choses sur le terrain reste encore à définir. Leur objectif commun de continuum ne peut s'établir que par l'enrôlement et l'investissement des deux acteurs, témoignant de l'interdépendance entre les parties. Ce rapport d'interdépendance les rend plus enclins à des déplacements et des compromis puisque chacun doit tenir compte des objectifs de l'autre pour être en mesure d'atteindre ses propres objectifs. Reste que les logiques d'action des deux acteurs, encore largement à définir pour ce qui est de l'intervention psychosociale hors CSSS, se construiront à travers leurs interactions.

L'atteinte de finalités

La collaboration et le renforcement des liens entre Dopamine et le CSSS au terme de la première année se sont matérialisées par des services infirmiers dans les locaux de l'organisme et par un intervenant psychosocial de proximité dans le milieu communautaire. Ces ajouts de personnel et de services à l'offre conjointe CSSS Lucille-Teasdale/Dopamine ont forcé les acteurs à fignoler des arrangements de collaboration afin d'en assurer la bonne marche. Les acteurs font état de l'importance que leur collaboration ne s'installe pas seulement entre des individus mais qu'elle se maintienne indépendamment d'eux. La pérennisation des interventions novatrices a d'ailleurs été identifiée dans les résultats de la recherche sur les collaborations (Bilodeau *et al.*, 2011) comme une des difficultés de la collaboration entre les organisations de première ligne (OC et CSSS). Des stratégies structurelles étaient alors envisagées comme solution favorisant la pérennité des pratiques telle la négociation d'ententes formelles de collaboration et leur entérinement au niveau supérieur des organisations. Malgré cela, les acteurs de l'initiative n'ont souhaité signer aucune entente formelle relativement à leur pratique collaborative. Cette absence de formalisation des pratiques est même considérée comme un levier positif par les deux

organisations qui considèrent que cette formalisation par des protocoles d'entente restreint la latitude de la collaboration puisque « *les organisations en viennent à trop nommer leurs contraintes* ».

Cela dit, cette volonté de ne pas formaliser les arrangements est aussi liée au fait que les acteurs « innovent » dans leurs façons de collaborer et de concilier le travail de leurs intervenants et que cela requiert un certain espace pour permettre les ajustements jugés nécessaires. La viabilité de l'initiative dépend beaucoup de la capacité des intervenants du CSSS à être à l'aise dans leurs fonctions dans un environnement différent d'un bureau clinique. À cet égard, les acteurs notent la latitude et l'autonomie des intervenants impliqués dans la démarche qui leur permettent d'ajuster les choses en fonction de leurs propres capacités, volontés et aisances. Dans cette optique, ils notent que le chef de programme se doit d'être attentif aux intervenants et adapter les demandes aux capacités de chacun, sans pour autant que l'offre de services ne soit réglée qu'en fonction des désirs des intervenants. L'écoute et l'attention du personnel du CSSS envers les contraintes nommées par l'organisme communautaire ainsi que les efforts accomplis pour tenter de composer avec ces contraintes sont également jugés comme des éléments favorables. Cette prise en compte est perçue par l'acteur communautaire comme une preuve de reconnaissance de son expertise en travail de proximité avec les populations vulnérables et constitue la base d'une relation égalitaire.

Par ailleurs, la qualité de la collaboration établie entre le CSSS Lucille-Teasdale et Dopamine autour de ce projet de continuum de même que la reconnaissance de l'expertise de l'organisme de la part du CSSS ont facilité la mise en place de services parallèles de façon complémentaire. C'est notamment le cas de la révision de l'offre de services des deux sites d'échange de matériel du CSSS en mars 2009 pour laquelle Dopamine s'est placé en soutien. D'autres résultats concrets de ces collaborations ont plutôt trait aux arrangements de collaboration relatifs à l'implantation de services cliniques et à leur adaptation aux personnes vulnérables. Dans cette lignée se trouvent quelques stratégies de rallongement du réseau afin d'arriver aux objectifs du système d'action en termes d'organisation et d'adaptation des services de première ligne en ITSS. Parmi ces stratégies figure la démarche du CSSS auprès du CLSC des Faubourgs pour en savoir davantage au sujet d'une entente qu'il a établie avec la RAMQ concernant les personnes sans carte d'assurance maladie, dans le but de reproduire au CSSS un tel modèle d'entente permettant d'offrir des services à bas seuil sur son territoire. Datant du printemps 2009, ces démarches semblaient sur le point d'aboutir au printemps 2011 puisque les ententes en étaient à l'étape des signatures. Une autre stratégie de rallongement du réseau a été déployée, en septembre 2009, suite au constat de l'absence des hôpitaux et des médecins dans le continuum de services. Les stratégies vont de l'intéressement des hôpitaux et des médecins jusqu'à interpeller la DSP pour obtenir du soutien. Du côté des médecins, des liens étaient à se tisser entre le CSSS et une clinique médicale du territoire déjà impliquée dans la lutte aux ITSS, notamment par la cheffe de programme, mais aussi par le biais de l'infirmière de proximité. Les médecins et résidents de la clinique acceptaient de collaborer aux diagnostics mais étaient réticents à faire le suivi des patients vu les difficultés de plusieurs d'entre eux à se responsabiliser face à leur prise en charge médicale. De même, la clinique acceptait de recevoir les personnes vulnérables mais persistait à maintenir les conditions habituelles qu'elle pose à sa clientèle (attitude posée, respect des rendez-vous, etc.). De son côté, Dopamine a développé des liens avec des médecins de cette clinique afin de tenter de faciliter leurs interactions avec la clientèle en assurant un accompagnement lors du dépistage et du suivi VIH (notamment, pour s'assurer de la présence des patients lors des rendez-vous, etc.). Souhaitant intéresser cette clinique médicale à

s'impliquer davantage dans le dépistage, le CSSS est allé de diverses stratégies telles qu'offrir aux médecins de la clinique de prendre en charge à leur place tous les suivis des personnes testées et leurs partenaires (IPAP) suite au dépistage. Une autre stratégie pour intéresser les médecins de cette clinique a été de mettre les ressources du CSSS (locaux, bureau, infirmière) à leur disposition en échange de leur présence clinique dans les locaux du CSSS. Au moment des entrevues, la cheffe de programme du CSSS souhaitait établir une entente formelle avec cette clinique médicale de son territoire afin d'assurer qu'elle se maintienne en cas de roulement de personnel entre autres. Par ailleurs, des démarches ont été entreprises par la cheffe de programme du CSSS auprès de la clinique l'Actuel, spécialisée dans le traitement des ITSS et plus spécialement du VIH pour répondre aux besoins des clients ayant un rythme de vie plus chaotique. L'idée est de pouvoir référer à cette clinique les patients ayant reçu un diagnostic positif pour leur assurer un traitement. Au printemps 2011, les acteurs en étaient à définir de façon claire et formelle l'utilisation des services ainsi que les responsabilités de chacun en ce qui a trait à l'accompagnement, particulièrement quant à la façon dont le CSSS demeure présent suite au diagnostic d'un patient. Ces actions s'inscrivent tout à fait dans les démarches régionales entreprises dans le cadre de l'année ITSS pour ce qui est du développement des corridors de services VIH/VHC pour les UDI et HARSAH et de l'arrimage avec les réseaux locaux de services.

1.2 Initiative Jeunes en difficultés – RAP Jeunesse et CSSS Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent

Cette initiative engage le CSSS de Bordeaux-Cartierville-St-Laurent et l'organisme RAP Jeunesse dans l'amélioration de la prévention des ITSS auprès des jeunes en difficulté (JD).

Rue Action Prévention Jeunesse (RAP Jeunesse) est un organisme dont la mission principale s'adresse aux jeunes vivant des problèmes psychosociaux, particulièrement, ceux issus de différentes communautés culturelles. Les actions de RAP Jeunesse se concentrent sur les territoires de Bordeaux-Cartierville-St-Laurent et Ahuntsic par le biais du travail de rue et d'une unité mobile nommée *l'Accès-Soir*. Alors que les mandats de l'organisme sont généraux et globaux, la prévention des ITSS, dont la distribution de matériel de protection, est le mandat principal de *l'Accès-Soir*.

Le CSSS de Bordeaux-Cartierville-St-Laurent, un peu excentré par rapport à la ville-centre, se particularise par le fait qu'il dessert une population pluriethnique et plus jeune. D'ailleurs, dans le CSSS de Bordeaux-Cartierville-St-Laurent, la prévention des ITSS est largement envisagée par le biais du programme jeunesse dont la cheffe agit à titre de répondante ITSS du CSSS. La perspective du CSSS à l'égard de la prévention des ITSS diffère quelque peu de celle privilégiée dans le programme régional ITSS et, par conséquent, de celle adoptée par les instances régionale et provinciale, davantage orientée vers des personnes vulnérables définies (HARSAH, UDI, JD).

L'unité centrale productive et son réseau

RAP Jeunesse et le CSSS se côtoyaient déjà dans un espace collaboratif CSSS – écoles – communauté où siègent les commissions scolaires, les écoles, d'autres organismes communautaires, les arrondissements et des bailleurs de fonds. La recherche a toutefois constitué le coup d'envoi à leur réflexion commune sur les ITSS. Pour arriver à ses objectifs en prévention des ITSS, le CSSS souhaitait intensifier ses collaborations avec RAP Jeunesse, un organisme

incontournable du fait qu'il est pratiquement le seul à s'adresser aux jeunes avec une mission de prévention des ITSS sur le territoire du nord de la ville.

Dans la réflexion entourant son projet clinique, le CSSS de Bordeaux-Cartierville-St-Laurent avait une double optique. Premièrement, améliorer ses services préventifs et cliniques auprès des jeunes, là où ils se trouvent. Il était question du travail infirmier de proximité pour l'éducation et le dépistage en collaboration avec RAP Jeunesse, à bord de son unité mobile. Il s'agissait aussi de développer avec cet organisme, un corridor de services pour la référence au CSSS. Deuxièmement, il s'agissait d'accroître son action en promotion et prévention, notamment par des collaborations avec le milieu scolaire. Il était question d'investir davantage l'éducation à la sexualité. À ce chapitre, les acteurs s'interrogeaient sur la manière d'aborder les différences culturelles en matière de sexualité, particulièrement en ce qui concerne le dialogue jeunes – parents et le rôle des parents. Une option était alors de prendre modèle sur les SIPPE pour développer des environnements favorables à une sexualité responsable à l'adolescence. En ce sens, le CSSS souhaitait accroître le temps infirmier scolaire pour plus de travail en promotion – prévention, prenant en compte la globalité de la santé des jeunes.

Les opérations du processus innovant

La forte population de jeunes du territoire fait en sorte que les acteurs du milieu posent la prévention des ITSS en termes différents que dans les deux autres territoires observés. La population considérée vulnérable est celle de l'ensemble des jeunes, dans une large proportion issus des communautés ethniques, et surtout les jeunes d'immigration récente¹¹. Une première rencontre a eu lieu à la fin d'octobre 2008 réunissant, du côté du CSSS, la répondante ITSS (cheffe du programme jeunesse) et l'équipe jeunesse, et du côté de RAP Jeunesse, la directrice et l'agente de liaison. Comme les partenaires n'en étaient qu'aux premiers pas de leur collaboration, l'objectif de la rencontre étant de déterminer et de développer un projet commun. En somme, il s'agissait de dégager le portrait du territoire afin d'en arriver à une première problématisation à savoir « *où et comment bonifier l'offre de services* ». La discussion lors de cette première rencontre a mis en lumière l'importance de la participation des intervenants à cette démarche pour les rendre partie prenante du processus, dès le départ. Une deuxième rencontre a eu lieu en février 2009 en présence des intervenants des deux organisations, visant à leur permettre d'échanger sur leurs points de vue sur les populations et les besoins du territoire. L'objectif visé était de détecter les demandes de services non répondues sur le territoire par le CSSS et l'organisme communautaire, de même que de permettre aux personnes de ces organisations de se connaître, de connaître les services rendus et d'identifier certaines barrières à leur collaboration.

La problématisation de l'initiative s'est faite autour de la préoccupation des acteurs de s'orienter vers les jeunes et, plus particulièrement, vers les garçons et les jeunes des communautés culturelles. Les réalités différentes des territoires de Bordeaux-Cartierville et de Saint-Laurent préoccupaient les acteurs quant à l'offre de services. Après avoir dressé le portrait du territoire du CSSS, ils ont convenu d'initier le projet sur le territoire de Saint-Laurent pour trois raisons : 1) il y a peu de ressources ITSS institutionnelles et communautaires qui y sont disponibles pour les jeunes et aucune n'a pour mission la prévention des ITSS; 2) les intervenants de la clinique

¹¹ Les différences de culture entre les sociétés d'origine et la société d'accueil font partie des difficultés avec lesquelles doivent composer les jeunes dans leur vie sexuelle, des différences pouvant rendre les jeunes à risques ou vulnérables sur le plan des ITSS.

jeunesse du CSSS constatent que les garçons les plus marginalisés ne consultent pas les services existants; 3) la Table jeunesse de St-Laurent a décidé de faire des ITSS sa priorité annuelle 2009. Cette priorité donnée aux ITSS par la Table a été perçue comme une conjoncture favorable à l'implication des autres acteurs du milieu.

À l'issue de ces premières rencontres, un intérêt marqué est ressorti pour favoriser l'arrimage entre la Clinique jeunesse et le travail de rue¹². Pour y arriver, les acteurs ont mis de l'avant l'idée d'introduire des stages d'observation permettant aux intervenants de mieux se connaître et, à terme, de mieux connaître les clientèles et mieux répondre à leurs besoins. Ces stages d'observation se voulaient réciproques entre les intervenants de la Clinique jeunesse et ceux de RAP Jeunesse et du travail de rue. Tous les participants ont reconnu l'apport du communautaire pour favoriser le lien entre les intervenants du CSSS et les jeunes. Cependant, les intervenants du CSSS à l'école (travailleuse sociale, infirmières) et de RAP Jeunesse ont indiqué que, malgré la présence du travailleur de rue et de la travailleuse sociale à l'école secondaire, « *aucun pont n'existe entre les deux* »¹³. Les acteurs reconnaissaient ainsi l'importance d'un lieu commun où il est possible de « *s'apprivoiser et d'apprendre à se connaître mutuellement* » et « *ouvrant des possibilités de référence* ». Différentes stratégies ont été discutées et mises en place pour s'assurer que les ressources respectives soient davantage connues par les intervenants et les clientèles, notamment l'affichage respectif des horaires et ressources de chacun.

Par ailleurs, des éléments du contexte ont eu un impact considérable sur les services de RAP Jeunesse et sur ses pratiques collaboratives avec le CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent. Plusieurs mois avant d'entamer ses collaborations avec le CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent au sujet de l'initiative, RAP Jeunesse avait travaillé au développement d'un projet de collaboration avec le CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord dans lequel ce dernier s'engageait à rendre disponible une infirmière de proximité dans le motorisé de RAP Jeunesse. Bien que souhaité par les deux parties, ce projet s'est retrouvé « sous respirateur artificiel » pendant une longue période du côté du CSSS. Puis une opportunité de collaboration avec Médecin du Monde (MdM) s'est présentée à RAP Jeunesse au printemps 2011 lui offrant des services infirmiers à bord de son motorisé. Cette offre de service s'est rapidement enclenchée, permettant à l'organisme de prendre de l'expérience en attendant que le CSSS parvienne à lui offrir les ressources. L'objectif de Rap Jeunesse était de faire par la suite du transfert d'expertise avec le CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord, et plus particulièrement avec l'infirmière qui sera assignée en proximité. Soulignons d'ailleurs que le CSSS bénéficie d'une subvention non récurrente de la DSP via les fonds rendus disponibles dans le cadre de l'« *année ITSS* » pour financer une ressource infirmière de proximité.

¹² Le premier projet issu des rencontres était l'accès au laboratoire pour le dépistage (diagnostic). Ce projet a été mis de côté en raison de contraintes locales et régionales pour lesquelles il y avait déjà certaines démarches en cours. Bien que les acteurs voyaient que des démarches à leur portée pouvaient être amorcées dans leurs propres organisations, des travaux régionaux les limitaient. D'un commun accord, ils ont décidé de mettre ce projet en veilleuse et de migrer vers l'amont en se concentrant sur l'information (favoriser l'adoption et le maintien de pratiques sécuritaires chez les jeunes et la consultation des services préventifs et curatifs).

¹³ Par ailleurs, les intervenants en milieu scolaire expliquent leurs réticences ou difficultés à déployer des efforts pour un meilleur arrimage CSSS - organisme communautaire du fait qu'ils s'investissent déjà à tisser de tels liens de collaboration avec les ressources internes de l'école (professeurs, éducateurs, direction, etc.). Ils notent que de telles démarches sont exigeantes et se traduisent, à court terme du moins, par une diminution de services.

L'atteinte de finalités

La collaboration RAP Jeunesse – CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent a permis une offre sporadique de services infirmiers de proximité en collaboration avec les intervenants de l'organisme communautaire. À deux reprises au cours de l'été 2009, une infirmière a accompagné le travailleur de rue dans les parcs en tentant de joindre les garçons de 15-18 ans pour les amener à connaître et consulter la Clinique jeunesse. L'expérience a été renouvelée l'été suivant avec une autre infirmière. Pour les acteurs, l'expérience a été relativement positive et pourrait être reprise de temps à autre, lors d'activités ou de situations particulières, d'autant plus que les arrangements quant à l'organisation du travail sont déjà faits.

Aux dires des acteurs mêmes, l'expérience de jumelage d'une infirmière et d'un travailleur de rue « *n'a pas été concluante* » au cours de la première année puisqu'elle a été peu fréquente. Certains éléments sont mentionnés par les acteurs pour expliquer les difficultés à instaurer de telles pratiques complémentaires en proximité, dont l'exigeante adaptation de la part des intervenants, particulièrement de la part des infirmières. Habitues à un environnement de travail clinique, le premier pas extra-muros des infirmières peut être déstabilisant. La volonté de l'infirmière d'expérimenter le travail de proximité et son aisance à parler des questions d'ITSS et de sexualité dans un contexte informel sont des éléments favorisant la mise en place et le bon fonctionnement de telles activités. Les acteurs mentionnent la nécessité de mettre en place des éléments de solution pour soutenir les intervenants et infirmières dans ce changement de pratiques comme des formations, le développement d'outils et la création de lieux d'échange et d'interactions entre eux. À titre d'exemple, ils notent la *Communauté de pratique nursing et psychosociale de proximité*, mise sur pied et animée par la DSP, qui développe des pratiques exemplaires et un guide à partir des expériences.

1.3 Initiative HARSAH – Rézo (Action Séro-Zéro) et CSSS Jeanne-Mance

Cette initiative engage le CSSS CSSS Jeanne-Mance et l'organisme Rézo (anciennement Action Séro-Zéro), donnant lieu à une première amorce (initiative Rézo – Jeanne-Mance) et à l'initiative *La Charte d'engagement* des saunas.

Rézo est un organisme communautaire montréalais créé au début des années 1990 ayant pour mission première la prévention des ITSS auprès des hommes gais et bisexuels ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH). Au moment d'entreprendre la recherche, Action Séro-Zéro souhaitait recadrer la prévention des ITSS dans une approche globale de santé gaie, agissant sur les déterminants en amont des problèmes. Cet important changement a été opéré par l'organisme au cours de la période d'expérimentation et s'est matérialisé par le changement de nom de l'organisme, qui est devenu Rézo. Des effets du passage de Séro-Zéro à Rézo se faisaient sentir un an après, notamment au plan des personnes rejointes par les nouveaux projets de l'organisme¹⁴.

¹⁴ Le changement de mandat de Rézo se concrétise par des activités qui sortent de la sphère de la santé sexuelle. Par exemple, Rézo organise, en collaboration l'hôpital juif de Montréal, des ateliers de groupe de cessation tabagique pour les hommes gais. De même, il a mis sur pied un projet pour favoriser l'accès des hommes gais à faible revenu ou sans papier et infectés par le VIH aux services de prévention et promotion en santé buccale de l'école de médecine dentaire de l'UdeM. Enfin, des amorces sont faites pour développer des projets en lien avec la santé mentale.

En raison de sa situation géographique, le CSSS Jeanne-Mance exerce un mandat régional d'organisation de services préventifs et cliniques (ex. : dépistage, vaccination, SIDEPE) pour la clientèle de la communauté gaie puisque son territoire englobe le Village gai. Il jouit aussi de la présence d'une forte proportion des organismes communautaires montréalais œuvrant en prévention des ITSS, avec plus de 60 % des membres de la *Table des directeurs généraux des organismes communautaires montréalais en prévention des ITSS* qui sont actifs sur ce territoire. D'ailleurs, l'importance et la diversité des problèmes rencontrés (ex. : toxicomanie, itinérance, prostitution, santé mentale) font en sorte que le CSSS a inscrit un programme spécifique ITSS dans son projet clinique. De même, il a formé un Comité de santé gaie où l'interface entre les organisations de première ligne et la définition de leurs rôles respectifs étaient discutées.

L'unité centrale productive du projet initial et son réseau

Les pratiques collaboratives entre Rézo et le CSSS Jeanne-Mance étaient déjà installées depuis de nombreuses années au moment où l'expérimentation a pris forme en 2008. Toutefois, outre le travail de proximité relatif au dépistage réalisé conjointement dans les saunas depuis 2002¹⁵, peu de projets concrets communs étaient en cours. Les deux acteurs reconnaissaient leurs bons rapports dans l'organisation d'activités extra-muros et souhaitaient intensifier leurs collaborations afin de mieux répondre aux besoins des HARSAH habitant ou transitant sur le territoire.

Au moment de mettre en marche l'expérimentation, il importe de noter le roulement important de personnel au poste de *Chef d'administration de programmes IVG - ITSS - Programme dépendances* du CSSS Jeanne-Mance. Quatre personnes l'ont occupé sur les trois années de l'expérimentation. Ce roulement a provoqué de l'instabilité au sein de l'initiative devant être soutenue et pour ce qui est de la représentation du CSSS au sein du *Groupe de travail des répondants ITSS des CSSS*, et a affecté la capacité du CSSS à assurer l'implantation des services au sein de son organisation en conformité avec les travaux du groupe de travail.

Les opérations du processus innovant

Le projet collaboratif sur lequel ces deux acteurs allaient s'investir n'était pas défini concrètement au moment de l'inscrire dans l'expérimentation. Cependant, plusieurs avenues de collaboration étaient identifiées, à commencer par la volonté d'établir un continuum de services de santé adaptés à la communauté gaie. À ce titre, l'amélioration de l'interface entre Action Séro-Zéro et le CSSS Jeanne-Mance, y compris avec les équipes autres que ITSS, représentait un défi à relever puisque selon l'organisme communautaire, la réponse du CSSS aux besoins des HARSAH était parcellaire et peu cohérente.

¹⁵ Plusieurs saunas de Montréal s'adressant aux HARSAH participent aux efforts de prévention en collaboration avec Rézo, le CSSS Jeanne-Mance et la DSP, en facilitant les interventions dans leurs établissements, notamment en permettant aux intervenants d'effectuer le dépistage des ITSS, la vaccination contre les virus de l'hépatite A et B, d'offrir de l'information et des interventions sur la prévention des ITSS et sur la promotion de la santé sexuelle. (Comité intervention dans les saunas, Guide de la Charte, p.4).

La première rencontre entre les acteurs de l'initiative HARSAH a eu lieu un an après que celle-ci ait été esquissée avec les décideurs du CSSS Jeanne-Mance et de l'organisme Action Séro-Zéro, lors de l'élaboration du devis de recherche et d'expérimentation, au printemps 2008¹⁶. Cette première rencontre avait pour but de préciser la démarche dans laquelle les acteurs souhaitent s'engager pour modifier et renforcer leurs pratiques collaboratives. Il s'agissait pour les acteurs d'échanger et de réfléchir sur les activités ou les services à développer ensemble (et éventuellement avec d'autres) ainsi que sur les controverses ou les difficultés à résoudre pour améliorer l'efficacité des actions en prévention des ITSS chez les HARSAH. Dans un premier temps, les acteurs en présence ont explicité leurs enjeux et intérêts respectifs et ont mis à jour les principales difficultés de collaboration rencontrées de part et d'autre. Cet exercice se voulait un point de départ de la réflexion visant à préciser un projet de collaboration dans lequel les acteurs s'investiraient. Les acteurs ont ensuite identifié trois problèmes nuisant à leurs collaborations, à l'interne et avec les partenaires externes, et nuisant à la qualité de l'action en prévention des ITSS : 1) la perte d'expertise, de part et d'autre, développée dans les pratiques d'intervention, liée au roulement de personnel et au caractère inachevé de plusieurs amorces de collaboration; 2) le cloisonnement entre les services et le manque d'intégration dans l'offre de services; et 3) des difficultés au niveau des mécanismes et des structures de collaboration. La discussion était orientée vers l'identification de façons de surmonter les difficultés rencontrées afin d'atteindre les objectifs communs de services aux HARSAH (finalités).

Quatre voies possibles pour concrétiser leur projet de collaboration ont ensuite été identifiées. La première était de créer un projet de transfert de connaissances pour développer les capacités d'intervention des autres CSSS auprès des HARSAH. Les trois autres voies visaient le développement d'un continuum de services de première ligne pour les HARSAH : l'expérimentation d'un mécanisme de concertation clinique et de gestion collective de cas; le développement d'une offre de services psychosociaux de proximité; et l'articulation au projet de recherche SPOT¹⁷ qui vise à étudier les conditions pour accroître l'accès au dépistage du VIH chez les HARSAH. Deux projets sont priorisés par les acteurs au terme de la rencontre : l'arrimage au projet SPOT et le développement d'une offre de services psychosociaux de proximité. Lors de la rencontre suivante, un mois plus tard, les acteurs mentionnent ne pas avoir eu le temps d'effectuer les tâches qu'ils s'étaient respectivement octroyées à la première rencontre. La discussion se centre alors sur les possibilités d'utiliser la plateforme du projet de recherche SPOT pour introduire une offre de services psychosociaux en proximité pour les clientèles réagissant fortement à un résultat positif au dépistage rapide (effectué dans le cadre de SPOT) et qui nécessiteraient un suivi spécialisé.

Les acteurs en étaient à ce processus de problématisation de leur initiative lorsque la cheffe du programme ITSS s'est retirée pour deux ans. Bien que son remplaçant ait été nommé rapidement, la collaboration a été affectée par ce changement. Le remplaçant n'a pu s'investir dès le départ dans cette initiative en raison de la lourdeur de sa nouvelle tâche. N'ayant eu vent de l'initiative depuis la première rencontre d'avril 2009, le chercheur relance les acteurs par courriel à la fin de l'été afin de connaître l'évolution de leur projet de même que leur intérêt à poursuivre la

¹⁶ N'ayant pas été sollicité par les acteurs de l'initiative, le chercheur rappelle son offre d'accompagnement de l'initiative conjointe OC/CSSS dans le cadre du projet d'expérimentation au début de février 2009. Il sera interpellé pour une rencontre quelques semaines plus tard.

¹⁷ Le projet SPOT est un site de dépistage rapide du VIH qui s'adresse aux HARSAH. Pour plus d'information, visiter : <<http://www.spottestmontreal.com/Page/default.aspx>>, (consulté le 2 août 2011).

démarche. Cette relance a incité le remplaçant du CSSS Jeanne-Mance à prendre connaissance des discussions ayant eu lieu quelques mois auparavant concernant le projet de collaboration entre sa prédécesseure et Séro-Zéro. Le besoin de complémentarité des services offerts de part et d'autre étant encore présent, une rencontre entre les équipes du CSSS Jeanne-Mance et de Séro-Zéro est planifiée, dans les locaux de Séro-Zéro, pour qu'ensemble ils valident la clarté et l'efficacité des mécanismes de référence entre leurs organisations et définissent leurs rôles respectifs. Cette rencontre a servi à définir une offre de services psychosociaux en lien avec SPOT, sans continuité apparente avec les discussions antérieures entre Rézo et l'ancienne responsable du programme ITSS au CSSS. Une entente facilitant l'accès à des services psychosociaux pour les clientèles de SPOT a été signée entre les partenaires, mais la démarche ne s'est pas réalisée sans heurts, entre autres en raison d'un manque de reconnaissance de l'apport du CSSS au projet, reflété dans sa non reconnaissance comme partenaire du projet lors de son lancement. Cela dit, l'entente a effectivement permis de réaliser quelques références entre le projet SPOT et le CSSS. Le projet n'était pas considéré très innovant par certains acteurs qui percevaient qu'il « *revenait finalement un peu à une offre de services que le CSSS offrait déjà* ». Il n'en demeure pas moins que cette question de l'accès des organismes communautaires aux services de 2^e ligne est au cœur des préoccupations et difficultés de la collaboration entre les organismes communautaires et les CSSS.

La difficulté des acteurs à améliorer la liaison entre leurs organisations et entre leurs intervenants révèle l'ampleur de cette tâche. Ainsi, malgré que les objectifs visés par leur projet commun soient étroitement liés aux objectifs que poursuivent les deux organisations, elles ont du mal à établir leur collaboration. Selon une des parties impliquées, cette complémentarité des rôles au sein de l'initiative SPOT-CSSS est une question controversée que les acteurs n'ont pas réussi à décortiquer et surmonter, ce qui en expliquerait en partie l'échec. Cela dit, il ne semble pas y avoir eu de relance par la suite, les acteurs ayant cessé d'investir dans ce projet de collaboration.

Cela concorde avec un nouveau changement de titulaire au poste de chef de programme ITSS au CSSS qui s'est fait rapidement, au point où le relais des informations relatives aux récentes collaborations avec Rézo n'a pu se faire. Suite à cet échec d'intéressement, les collaborations entre Rézo et le CSSS Jeanne-Mance ont été orientées vers un nouveau point de jonction, le projet de la *Charte d'engagement* des saunas, en raison notamment de l'annonce de soutien financier (non récurrent) accordé par le Directeur de santé publique de Montréal.

La Charte d'engagement des saunas

Depuis 2002, la DSP, Rézo et le CSSS Jeanne-Mance collaborent avec les propriétaires de saunas pour offrir de la vaccination, le dépistage des ITSS et des interventions sur les pratiques sexuelles sécuritaires. En 2005, le *Comité intervention dans les saunas*¹⁸ a été créé dans le but de formaliser ce partenariat avec les saunas, tout en visant l'accroissement de l'accessibilité au matériel de protection dans ces lieux de sexualité sur place. En vue de cette finalité, le *Comité* envisageait depuis quelques années une collaboration avec les saunas afin d'élaborer une Charte par laquelle ceux-ci s'engageraient à rendre plus accessibles les services préventifs en ITSS. Ce type de charte existe déjà à quelques endroits dans le monde¹⁹. Or, pour l'élaboration de la

¹⁸ Ce sont la DSP, Rézo et le CSSS Jeanne-Mance qui ont créé le *Comité*. La Société de développement commercial du Village (SDC) s'est jointe au projet en 2008.

¹⁹ La documentation autour de la Charte mentionne que des modèles de collaboration similaires existent notamment en France (Charte de responsabilité), au Royaume-Uni (Playzone – Code of Good Practice), en Australie (Sex on

Charte, le *Comité* se butait à différents obstacles qui freinaient l'intéressement et l'enrôlement des propriétaires de saunas, pourtant névralgiques à la concrétisation du projet. Le soutien financier de la DSP ainsi que le changement de mandataire sont deux éléments ayant ravivé ce projet et permis son développement au cours des deux dernières années, conduisant à la Charte adoptée au printemps 2011.

L'unité centrale productive et son réseau

La DSP, le CSSS Jeanne-Mance et Rézo sont les trois acteurs de l'unité centrale productive (UCP). Ils se partagent l'objectif commun de la nécessité d'augmenter la distribution du matériel de protection dans les lieux de sexualité sur place, constat sur lequel est fondé le projet de la Charte (Comité intervention dans les saunas, CR 06/07/2010). Restait à voir si cet objectif pouvait également être partagé par les propriétaires des lieux de sexualité sur place. Dans un premier temps, il a été décidé de limiter le projet de la Charte au territoire de Jeanne-Mance puisque des liens collaboratifs existaient déjà entre le CSSS Jeanne-Mance, Rézo et les saunas de ce territoire.

Les opérations du processus innovant

La principale stratégie d'intéressement utilisée par l'UCP envers les propriétaires de saunas a été de les amener à voir leur participation au projet de la Charte comme une reconnaissance de leur engagement depuis 2002, en plus de formaliser cette reconnaissance et de lui octroyer une visibilité. Pour certains propriétaires de saunas, le travail entourant la Charte représentait une façon de développer des solutions aux différents problèmes rencontrés dans leurs établissements (problèmes de santé mentale ou d'intoxication des clients, etc.). L'UCP a tenté de se positionner envers eux comme étant en mesure de leur offrir un soutien en tant que détentrice d'une expertise et d'un savoir-faire dont profiteraient les saunas. Une autre stratégie d'intéressement sur laquelle l'UCP a misé dès le départ a été un engagement de sa part à garantir la visibilité des saunas participants au projet de la Charte par diverses publicités. La DSP s'est dit prête à assumer les frais encourus par le rayonnement de la Charte par le biais de pubs affichées dans différents médias écrits et Web québécois et ontariens. Elle a également mis de l'avant l'idée d'en faire la promotion dans des médias internationaux ciblés. L'UCP a tenté de renforcer le rôle que pouvaient jouer les saunas sur le plan sanitaire.

La notion de responsabilité a servi à l'enrôlement des saunas, c'est-à-dire que les acteurs ont développé un argumentaire selon lequel les saunas ont un rôle et une responsabilité à fournir un environnement sécuritaire et favorable à l'adoption de pratiques saines, notamment par le biais du matériel de protection. Le projet de la Charte mise sur des « *objectifs communs rassembleurs, soit la santé et le mieux-être des hommes gais et bisexuels et la satisfaction des clients qui fréquentent les saunas* » (Comité intervention dans les saunas, CR 06/10/2010). La Charte représente une stratégie structurant l'environnement dans l'objectif de le rendre plus favorable à l'adoption de pratiques sécuritaires. Il s'agit aussi d'une façon de coordonner et d'intégrer les différentes actions préventives déjà mises en place et envisagées (Comité intervention dans les

Premises – Code of Practice) en plus du Projet Everywhere paneuropéen. Les liens vers les sites Internet de ces expériences internationales sont affichés sur le site de la Charte <<http://charteok.com/>> (visité le 14 octobre 2011).

saunas, CR 06/06/2010) par la formalisation d'un cadre régissant des façons de faire en saunas²⁰. Le projet de la Charte vise par la suite à s'étendre à d'autres lieux de sexualité sur place comme les *sexclubs* et les *peeps-shows* (plan de communication, 22/02/2011)²¹.

Les priorités régionales mises de l'avant par la DSP en 2010 dans le cadre de l'« *année ITSS* » ont beaucoup à voir avec la réactivation et l'aboutissement de la démarche de la Charte. À partir de 2009, la DSP a entrepris de nombreux travaux relativement aux UDI et aux HARSAH et au VIH et au VHC en vue du lancement de l'« *année ITSS* ». Elle a concentré ses efforts sur ces populations en s'assurant que les préalables étaient en place pour favoriser l'avancement des actions locales et régionales entreprises ou envisagées à l'égard de ces populations. La priorisation des HARSAH et du VIH a agi à titre d'accélérateur à la démarche de la Charte. Ainsi, à l'hiver 2009, la DSP a confié au CSSS Jeanne-Mance le rôle de leadership du projet de Charte qui était occupé depuis plus de deux ans par Rézo. La DSP a justifié ce changement en vertu du mandat de responsabilité populationnelle du CSSS et aussi pour favoriser l'accélération de la mise en place du projet. Ce mandat a conduit le CSSS Jeanne-Mance à désigner un organisateur communautaire porteur du dossier. L'ensemble des acteurs interrogés considère que l'organisateur communautaire a contribué à faire avancer le projet et à augmenter la cohésion entre les différents acteurs présents au sein du comité.

Un autre événement facilitateur est survenu quelques semaines seulement après le changement de mandataire du projet. Il s'agit d'un soutien financier de la part de la DSP en 2010 dans le cadre de l'« *année ITSS* ». Quelques rencontres ont eu lieu suite à l'annonce du Directeur de santé publique concernant la disponibilité des fonds non récurrents dans le but de préciser les modalités de collaboration entre les partenaires communautaires²². Au moment de préciser les modalités d'octroi de ces fonds, la DSP souhaitait que les trois organismes communautaires HARSAH (Rézo, Aids Community Care Montreal (ACCM) et la Maison Plein Cœur) collaborent en vue de définir les priorités d'action en matière d'HARSAH de manière collective. L'identification des contributions d'ACCM et de la Maison Plein Cœur à la mise en œuvre du projet de Charte avait été entamée, mais l'acteur communautaire principal, Rézo, n'a pas démontré d'ouverture envers les autres organismes HARSAH faisant en sorte qu'ACCM et la Maison Plein Cœur n'ont pas été introduits à la démarche. Rézo, le premier organisme à s'être impliqué dans les saunas, et toujours le seul jusqu'à maintenant, est demeuré le seul partenaire communautaire associé au projet de la Charte. Cela dit, ACCM et la Maison Plein Cœur jouent tout de même un rôle par rapport à la Charte, notamment en la promouvant auprès de leur clientèle.

²⁰ Les actions préventives en question sont des services offerts aux individus dont la présence d'infirmiers et d'intervenants communautaires dans les établissements pour faire la promotion de la santé sexuelle, informer, vacciner et dépister.

²¹ La décision de se limiter aux saunas plutôt que de viser l'ensemble des établissements où il y a du sexe sur place repose sur la conception des acteurs à savoir que « *les éléments qui composent une charte s'appliquent, en général, plus facilement aux saunas qu'aux autres établissements où il y a du sexe sur place* ». Quant à l'intéressement d'autres acteurs, « *La pertinence et la faisabilité seront évaluées plus tard, quand le projet sera plus avancé* ». De plus, un transfert d'expertise pourra être pensé à des intervenants d'autres territoires (Comité intervention dans les saunas, CR 27/04/2010).

²² Les financements s'adressaient aux organismes communautaires UDI et HARSAH. Trois rencontres ont eu lieu avec l'ensemble des organismes communautaires UDI et HARSAH avant que les démarches soient séparées et que deux comités distincts soient formés.

La demande de fonds²³ non récurrents prévoyait l'embauche d'un agent de projet, entre autres attitré à l'élaboration et au déploiement d'un plan de communication, la création d'un site Web de même que le défraiement des coûts de la conception, l'installation et l'entretien des machines distributrices de condoms. La réalisation de la demande de fonds non récurrents a forcé une précision quant aux rôles respectifs du CSSS Jeanne-Mance et de Rézo et de leurs intervenants (ex. : rôle de l'agent de projet de Rézo, changement de mandataire et rôle de l'organisateur communautaire du CSSS) et a constitué un moment privilégié pour que les trois principaux acteurs (OC-CSSS-DSP) se placent au même diapason quant aux principales mesures à enclencher et aux mécanismes à mettre en place.

L'affectation de ressources humaines au projet de la Charte a contribué à accélérer sa mise en branle. Les acteurs avaient le souci d'« *inviter les saunas à se joindre au comité le plus tôt possible* » (Comité intervention dans les saunas, CR 06/10/2010) dans le but de les impliquer dans l'élaboration de la Charte, avec le souci de limiter le temps qui leur serait demandé pour favoriser leur implication. Les premières démarches d'intéressement auprès des propriétaires des sept saunas du territoire de Jeanne-Mance ont été entreprises à l'hiver 2010. Une prise de contact téléphonique a été réalisée par l'organisateur communautaire auprès de chacun des propriétaires de saunas afin de les informer de la démarche et les inviter à une séance d'information. Une rencontre réunissant des propriétaires de saunas a eu lieu le 8 avril 2010 suite à une convocation de la directrice générale par intérim du CSSS Jeanne-Mance. Elle a regroupé un nombre relativement élevé de personnes : un représentant de la Société de développement commercial du Village et trois propriétaires de saunas, en plus de professionnels du CSSS (l'organisateur communautaire qui pilote le projet, le coordonnateur et la directrice du programme ITSS), de quelques représentants de Rézo et de la DSP (la responsable médicale de l'équipe ITSS, un médecin-conseil, une agente de planification, de programmation et de recherche et une stagiaire). À la rencontre, il a été convenu que le *Comité intervention dans les saunas*, formé du CSSS Jeanne-Mance, de Rézo, de la DSP et de représentants de saunas²⁴, était chargé d'élaborer une proposition de Charte à soumettre à l'ensemble des partenaires lors d'une rencontre ultérieure. Cette façon de faire pallierait la difficulté d'asseoir tout le monde à une même table au même moment. En cours de route, il a plutôt été convenu de travailler de façon bilatérale avec chacun des saunas, non seulement pour accélérer le processus mais aussi pour s'assurer d'une meilleure réponse de leur part puisque de l'avis de plusieurs, la concurrence commerciale entre eux pouvait limiter l'ouverture et la participation des saunas.

Dans cette même lignée, certaines transformations ont eu lieu en juillet 2010 au plan de la structure du *Comité intervention dans les saunas*. Celui-ci est devenu le *Comité directeur intervention dans les saunas* et un comité de travail a été créé. Le *Comité de travail intervention dans les saunas* est composé de cinq personnes siégeant sur le Comité directeur (la direction et le chargé de projet de Rézo; l'infirmier et l'organisateur communautaire du CSSS et l'agente de planification de la DSP). Il a pour mandat d'assurer les suivis entre les réunions du *Comité directeur* et de faire avancer les travaux sur la plan opérationnel, pour ensuite faire approuver le tout en Comité directeur.

²³ La demande de subvention a été faite au printemps 2010 par Rézo, organisme fiduciaire des fonds (Comité intervention dans les saunas, CR 25/05/2010). La subvention allouée couvre la période allant de septembre 2010 à septembre 2012. L'agent de projet a été engagé pour une période de deux ans à temps partiel. Il s'est joint au comité de travail à partir du 6 octobre 2010.

²⁴ Il a été convenu que deux saunas agiraient en tant que représentants de ces établissements.

Le *Comité de travail intervention dans les saunas* s'est réuni régulièrement au cours de l'année suivante²⁵ pour élaborer le modèle de collaboration²⁶. De même, de nombreuses démarches ont été réalisées de façon bilatérale auprès des saunas afin de connaître leur avis sur différentes façons de faire, sur des modèles de machines distributrices, sur le logo ou encore sur leur aisance à fournir du lubrifiant gratuitement à leurs clients. Entre autres, des approches ont été faites auprès de ceux qui ne s'étaient pas présentés à la rencontre du 8 avril 2010 pour les informer des décisions prises et pour sonder leur intérêt à prendre part à la démarche. Le projet de la Charte a été présenté à tous les propriétaires de saunas, sauf un, par le biais de rencontres individuelles à la fin de l'année 2010, lors desquelles l'intérêt des saunas non participants au *Comité directeur intervention dans les saunas*, trois saunas se montraient intéressés, sur les sept saunas présents sur le territoire du CSSS Jeanne-Mance.

La question de l'implication financière des saunas représentait un possible point de litige parmi les acteurs. L'objectif initial de l'UCP était d'amener les saunas à mettre gratuitement à la disposition de leurs clients des condoms et du lubrifiant par le biais de bacs disposés à des endroits stratégiques dans les saunas (par exemple, sur chaque étage et dans certains lieux davantage sujets à des pratiques sexuelles)²⁷. Cette question de la participation des saunas dans l'achat d'un plus grand nombre de condoms et de lubrifiant pour les rendre disponibles gratuitement à leurs clients était controversée au point où elle pouvait restreindre la participation de certains saunas à la démarche. La procédure courante avant que ne ce soit entreprise la démarche de la Charte était la suivante : un condom était remis gratuitement à chaque client à l'entrée. Les clients pouvaient obtenir des condoms supplémentaires gratuits, en quantité limitée, en retournant à l'accueil, ou encore en obtenir, tout comme du lubrifiant, en en défrayant les coûts. Le rôle des saunas dans les coûts de la prévention a fait surface à plusieurs reprises amenant les membres du *Comité de travail intervention dans les saunas* à suggérer que les établissements évaluent le coût de la gratuité des condoms et lubrifiant. L'ampleur de la perte de revenu générée a été documentée par rencontres individuelles auprès des saunas afin de considérer leurs réalités respectives. Différents éléments de solution ont été proposés en comité de travail, par exemple, que les saunas majoraient tous leurs prix d'entrée pour couvrir les coûts du matériel de protection. Cette idée n'a pas été retenue par les saunas qui la considéraient comme une atteinte à la libre entreprise. Le CSSS Jeanne-Mance, Rézo et la DSP ont proposé de se pencher sur différents scénarios pour réduire le coût des condoms pour les établissements.

Un des moyens de dépasser ce litige a été un investissement public supplémentaire par la DSP qui s'est engagée à remettre gratuitement des condoms aux saunas à raison de l'équivalent de 20 % de la quantité de condoms achetée aux cours de chaque période de trois mois. Cela a notamment permis aux saunas de recevoir les machines distributrices pleines de condoms au

²⁵ La première rencontre du *Comité intervention dans les saunas*, suite à la réunion avec les établissements, a eu lieu le 25 mai 2010 en présence de professionnels du CSSS, de la DSP, de Rézo et de deux représentants de saunas. Le comité s'est réuni à une dizaine de reprises jusqu'au lancement de la Charte, en mai 2011.

²⁶ Une étude de faisabilité réalisée auprès des saunas montréalais entre 2004 et 2006 par la DSP et Rézo a servi de base de discussion pour enclencher la démarche de collaboration (*Comité intervention dans les saunas*, Guide de la Charte, p.16). Cette enquête avait été réalisée auprès de propriétaires ou gérants de 11 saunas sur l'utilité et la faisabilité de diverses actions de prévention au sein de leurs établissements. De plus, les expériences menées dans divers pays ont alimenté les travaux. Assortis de divers matériel et outils, ces modèles de Charte existant à travers le monde ont nourri la réflexion des membres du *Comité intervention dans les saunas*.

²⁷ La distribution de lubrifiant gratuit a été ajoutée lors de la rencontre du 20/01/2010 et retirée plus tard.

moment de l'installation et permettra de fournir gratuitement des condoms lors d'événements spéciaux (de 2 à 4 fois par année). Cette stratégie se voulait une logique d'implantation pour susciter la participation des saunas. Il s'agissait d'une stratégie pour « *entretenir le feu de la disponibilité des condoms* » tout en minimisant les conséquences financières pour les saunas participants, le temps que le projet s'implante. Cette entente particulière entre la DSP et les saunas concernant l'achat de condoms est une mesure supplémentaire pour susciter leur mobilisation afin d'augmenter la quantité de matériel de protection distribuée par ces établissements à leurs clients. Au final, la distribution gratuite de lubrifiant a été retirée de la Charte. À la rencontre du 6 octobre 2010, des changements ont été apportés au texte de la Charte en vue de s'assurer que les propriétaires de saunas assurent l'accès à du lubrifiant, mais sans le rendre gratuit ni nécessairement l'offrir par le biais de distributrices. Le texte de la Charte a aussi précisé que les saunas n'offriraient pas l'entrée gratuite aux clients pour les seules fins de consultation ou de dépistage. La DSP a concédé sur ces points. Les acteurs ont trouvé un terrain d'entente autour des moyens de publiciser l'utilisation du lubrifiant autrement qu'en le rendant gratuit (Comité intervention dans les saunas, 06/07/2011). Ces éléments ont été discutés parmi les acteurs plutôt que d'être contournés de sorte qu'ils en sont graduellement venus à trouver un point d'entente.

L'atteinte de finalités

L'entente convenue se traduit par le guide de la Charte, qui présente les engagements et responsabilités des partenaires, ratifié par les propriétaires de quatre saunas sur les sept que compte le territoire de Jeanne-Mance. Le lancement de la Charte, sous le nom de *Charte Ok*²⁸, a eu lieu le 31 mai 2011 par une conférence de presse où était invité l'ensemble des médias gais montréalais de même que par un cocktail ayant rassemblé une trentaine de personnes²⁹. Les saunas participants sont identifiés par un sceau accolé à leur porte. La visibilité des saunas participants est assurée par différentes publicités³⁰ de même que par sa mention dans des publications comme le rapport du directeur de santé publique de Montréal (2010 : 21). Au moment d'écrire ces lignes, en septembre 2011, aucun des quatre saunas participants n'avait ajouté le logo de la *Charte Ok* à son propre site Internet. Il est prévu que le respect de la Charte soit assuré par une certification annuelle liée à un processus de suivi. Le processus de suivi mis en place vise à « *s'assurer que ceux qui embarquent, le font pour vrai* »³¹. Il en va d'un principe d'équité pour ceux qui la respectent, mais aussi d'une question de crédibilité de la démarche et de la valeur de l'accréditation, selon les acteurs (Comité intervention dans les saunas, CR 06/10/2010). La démarche demeure ouverte à l'implication de nouveaux partenaires commerciaux. Le *Comité directeur intervention dans les saunas* a d'ailleurs décidé de faire parvenir les comptes rendus de ses rencontres aux deux saunas ne siégeant pas sur le comité, de

²⁸ La Charte est ajoutée en annexe du rapport. Elle se trouve sur le site Web : <<http://www.charteok.com>>. Pour augmenter sa visibilité de la Charte, le plan de communication comptait également un scan permettant aux téléphones intelligents d'accéder à son site Web.

²⁹ Les personnes présentes au cocktail de lancement allaient de gens du réseau (MSSS, INSPQ, DSP) aux propriétaires des saunas participants en passant par des intervenants et infirmiers et des membres de la communauté gaie.

³⁰ Par exemple, il est prévu que des t-shirts du projet soient fournis gratuitement à tous les employés des saunas désirant les porter pendant leur quart de travail.

³¹ Une première visite des établissements est prévue trois mois après l'implantation (donc en octobre 2011). Des idées sont d'ailleurs lancées pour définir des incitatifs à la participation des saunas (par exemple, des prix citron et orange; la serviette d'or, etc.) (Comité intervention dans les saunas, 06/06/2011).

manière à les informer de l'évolution du projet. Cette décision s'avère une stratégie d'intéressement envers ces partenaires potentiels qui, bien qu'ils ne participent pas au *Comité directeur* de la Charte, maintiennent leurs collaborations avec Rézo et les instances publiques (le CSSS Jeanne-Mance et la DSP), notamment en continuant d'ouvrir leurs portes aux intervenants du CSSS et de Rézo qui y poursuivent leurs interventions en santé et prévention.

2. ÉVOLUTION DES CINQ PROBLÈMES IDENTIFIÉS PAR LA RECHERCHE

Cette section vise à faire état de l'avancement réalisé par le système d'action pour chacun des cinq problèmes identifiés dans la recherche sur les collaborations public – communautaire (Bilodeau *et al.*, 2011), depuis la présentation de ces résultats lors du *Forum régional* de janvier 2010. Rappelons que la collecte de données a été réalisée moins d'une année après le *Forum* pour la majorité des entrevues et de treize à vingt mois plus tard pour les autres. Les analyses documentaires couvrent pour leur part la période allant jusqu'au mois de juillet 2011. Le but de l'analyse est de voir si les problèmes persistent toujours au sein du système d'action au moment d'écrire ce rapport, d'observer si des actions ont été entreprises par les acteurs face à ces problèmes, de comprendre les changements survenus et de tenter de les expliquer à partir du point de vue des acteurs du système d'action.

Dès lors, il convient de préciser que le contexte post *Forum régional* de la collaboration public – communautaire en prévention des ITSS a été modifié par un événement majeur, soit l'« *année ITSS* » de 2010, qui a été l'occasion de nombreuses activités. Une des pièces maîtresses de cette « *année ITSS* » a été l'octroi de financements spéciaux non récurrents aux CSSS, aux organismes communautaires et à des ressources hospitalières en protection, les Unités hospitalières de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (UHRESS). Lors de cette année, le directeur de santé publique de l'ASSS de Montréal a également fait de la mise en place de services d'injection supervisée un de ses dossiers prioritaires. Comme nous le verrons, cette visibilité et ces subventions ont eu un impact sur le système d'action et sur l'évolution des cinq problèmes de collaboration mis en lumière par la recherche.

2.1 Problème 1 - Interface entre les services de 1^{ère} ligne : CSSS-OC

La recherche avait mis en évidence les difficultés des organisations de première ligne (OC et CSSS) à assurer une certaine continuité entre leurs services respectifs. Cela se traduisait par exemple par une grande difficulté à rendre disponibles des services infirmiers pour les personnes desservies par les OC. D'autres difficultés avaient trait au dépistage par les infirmières, à l'accès aux laboratoires, à l'analyse des échantillons et à la prise en charge des patients dépistés positifs.

Selon les acteurs, le problème de liaison entre les organisations tient beaucoup à leur méconnaissance mutuelle. Déplorée lors des entrevues de 2008, cette méconnaissance persisterait encore aujourd'hui, en bonne partie due au roulement de personnel dans les CSSS, bien que ce problème soit moins généralisé qu'au moment de la mise en œuvre de la Réforme. Il arrive que le roulement de personnel en vienne à limiter les collaborations de même que l'investissement des OC qui ne trouvent plus leur compte dans ces collaborations sans cesse à recommencer.

Certaines avancées ont néanmoins été réalisées au plan de l'interface OC-CSSS au cours des trois années observées. Il s'agit surtout de solutions isolées, appliquées localement dans un ou quelques CSSS, bien que certaines d'entre elles pourraient être reprises ailleurs. C'est

notamment le cas des services mis en place dans certains CSSS (dont des services d'accès au matériel de protection) grâce à la répartition des fonds non récurrents alloués par la DSP en 2010 pour une période de deux ans. L'offre de services publics psychosociaux au sein des organismes communautaires et en complémentarité avec eux pose aussi des défis d'intégration des services. Des tentatives de ce genre ont échoué à certains endroits alors que d'autres sont en voie de prendre forme (voir l'initiative UDI - Dopamine et CSSS Lucille-Teasdale, précédemment). Il reste que les références entre les CSSS et les OC pour du suivi psychosocial demeurent peu nombreuses à l'heure actuelle.

Un autre mécanisme mis en place par certains CSSS pour tenter de remédier au problème de continuité et d'adaptation des services aux clientèles vulnérables est l'assignation d'un organisateur communautaire à titre de porteur de dossier pour les projets nécessitant la participation de plusieurs programmes-services du CSSS. Cette façon de fonctionner réjouit les acteurs qui l'ont expérimentée : la coordination des projets par les organisateurs communautaires permet un meilleur suivi et un meilleur accès aux différentes portes d'entrée au sein du CSSS. L'organisateur communautaire porte la parole des OC, explicite les identités et idéologies du milieu communautaire ce qui, à terme, permet d'assurer un meilleur arrimage entre les organisations de première ligne (OC et CSSS) et leurs ressources. Dans cette lignée, la question de l'affirmation identitaire et politique du milieu communautaire demeure une question importante au sein du système d'action. Plusieurs répondants font référence à la nécessaire affirmation du milieu communautaire afin qu'il revendique le rôle qu'il a toujours joué et réaffirme sa volonté de poursuivre dans cette veine.

Le problème d'interface est intimement lié aux difficultés d'organisation interne des CSSS quant à leur offre de services ITSS et à leur adaptation aux clientèles plus défavorisées et marginales. Encore aujourd'hui, ces difficultés d'organisation interne persistent dans plusieurs CSSS. Dans certains contextes locaux, les corridors de services sont à se construire lentement alors qu'ailleurs, l'établissement de continuums entre les services des OC et des CSSS est difficilement soutenable et peut sembler être une chimère puisqu'un certain nombre de services doivent exister en CSSS préalablement au travail d'arrimage. Certaines difficultés régionales, relatives au dépistage par exemple (établissement de diagnostics, accès aux laboratoires, ordonnances collectives), demeurent non résolues. Une stratégie de niveau régional a tout de même été entreprise à cet égard et elle risque d'améliorer l'interface OC-CSSS, soit la décision de la DSP de s'attarder aux difficultés rencontrées par les CSSS au sujet du PCR urinaire³². Lors des entrevues menées pour la recherche, les CSSS étaient nombreux à décrire les problèmes d'accès au dépistage liés à l'utilisation des tests par PCR urinaires. La DSP a entrepris de documenter les problématiques particulières de tous les laboratoires concernant ces tests pour ensuite être en mesure de négocier avec eux, au besoin avec le soutien du MSSS, afin de lever les contraintes structurelles qui leur sont reliées.

³² Les techniques de PCR (polymerase chainreaction) permettent aujourd'hui d'éviter un prélèvement urétral chez l'homme et un prélèvement cervical chez la femme pour diagnostiquer certaines maladies infectieuses. Plusieurs acteurs considèrent que cette technique permet d'augmenter le nombre de dépistages puisqu'elle est moins douloureuse pour les patients et qu'elle requiert moins d'équipements cliniques. Le test de dépistage par PCR urinaire n'est toutefois pas complètement reconnu par l'ensemble des acteurs actuellement en raison d'enjeux de validité, et d'enjeux techniques et économiques, ce qui freine son utilisation.

Ce problème d'interface concerne aussi la nécessité de préciser les rôles respectifs des organisations de première ligne. Les OC souhaitent que des corridors de services soient implantés et acceptent de participer à leur établissement, mais considèrent que leur rôle à ce niveau se limite à l'établissement d'ententes avec les CSSS pour faciliter la circulation de leurs clientèles. La confusion nommée dans le cadre de la recherche sur les rôles respectifs en première ligne perdue à l'heure actuelle, à certains endroits ou dans certaines sphères : « *on n'en est pas encore au stade où on sait qu'est-ce qui est le travail de première ligne fait par les CSSS et qu'est-ce qui est la première ligne fait par le milieu communautaire* ». Ceux qui ont dépassé le problème du flou parlent de l'importance, pour le régler, de s'asseoir et de discuter pour définir les rôles et responsabilités de chacun au plan de l'amélioration de l'offre de services. À titre d'exemple, les acteurs parlent de questionner les heures de couverture pour la clientèle de la rue et de réfléchir à des ajustements à faire pour éviter qu'il y ait des trous de services. Toutefois, la mise sur pied et surtout le maintien des structures de concertation locales regroupant les différentes organisations et assurant des liens entre leurs décideurs est une lourde tâche et ces instances sont, dans plusieurs cas, instables.

En ce qui a trait à l'intégration de services infirmiers au sein des organismes communautaires, le travail réalisé à certains endroits ouvre la voie à une amélioration de l'interface OC-CSSS, et possiblement aussi des services médicaux, à plus ou moins long terme. La mise en place de ces nouveaux services force les acteurs à préciser et redéfinir leurs rôles et fonctions et force l'établissement de règles claires entre les infirmières et les intervenants des OC, particulièrement au niveau de la confidentialité. Bien que cela demande un travail relativement important, il semble que la bonne volonté des acteurs, la présence d'un espace de délibération entre les décideurs des organisations impliquées (comité de travail) et également d'espaces pour les intervenants laissant place aux essais-erreurs et réajustements de même que de la latitude pour explorer les arrangements profitables à tous et chacun soit une avenue gagnante. L'acteur régional pourrait davantage jouer son rôle de soutien à l'interface des services de première ligne, notamment quant à la façon d'articuler les choses sur le terrain et quant à la mise en place de conditions favorisant la complémentarité des services OC-CSSS. Il se rend bien disponible aux acteurs locaux et leur rend visite à leur demande. Mais peut-être y aurait-il lieu, par exemple, de faire une place à la discussion de cet enjeu aux instances régionales pour que les acteurs puissent apprendre les uns des autres, de leurs erreurs et de leurs bons coups.

Des stratégies de l'ordre de l'interaction entre les acteurs de première ligne afin d'améliorer les relations interorganisationnelles ont été déployées au cours des dernières années. À ce plan, plusieurs activités ont été réalisées dans la foulée du rapport annuel 2010 du Directeur montréalais de santé publique. Deux de ces activités retiennent particulièrement l'attention. D'abord, une tournée des organismes communautaires UDI et HARSAH par les CSSS et les professionnels de l'équipe ITSS de la DSP de même que quelques membres de l'équipe de direction, dont le Directeur de santé publique. Cette activité a consisté en la visite des locaux de ces OC qui en profitaient pour présenter leurs activités et les principaux projets et parfois leur équipe de travail. Non seulement cette activité a-t-elle permis aux répondants ITSS des CSSS et au personnel de la DSP d'avoir une meilleure idée du travail réalisé par les OC, mais aussi d'avoir une meilleure idée de l'environnement dans lequel ces organismes travaillent. La seconde activité est la *Journée montréalaise ITSS*, tenue le 10 novembre 2010, qui a regroupé plusieurs acteurs déjà mobilisés dans la lutte contre les ITSS et d'autres que l'on souhaitait voir s'investir davantage. Lors de cette journée, les acteurs ont été exposés à des savoirs de tous ordres allant de données scientifiques à la fine pointe concernant les traitements VHC à des

savoir d'expérience d'UDI ayant eu recours aux services ITSS (de traitement, notamment), en passant par des expériences de collaboration entre des OC et des CSSS. Les acteurs avaient été regroupés selon leur territoire de provenance, ce qui leur permettait d'interagir avec les acteurs avec lesquels ils pourraient être appelés à travailler. Ces deux activités ont pu avoir une portée sur le système d'action au sens où elles ont rassemblé la grande majorité des trois classes d'acteurs, si ce n'est l'ensemble, en plus d'avoir contribué à les faire interagir entre elles.

D'autres stratégies permettant une meilleure connaissance de part et d'autre entre les organisations de première ligne ont aussi eu lieu sans pour autant les mettre dans une situation d'interaction. Il s'agit principalement de l'envoi systématique des comptes rendus des réunions des deux instances de concertation régionales (*Table des directeurs généraux des organismes communautaires montréalais en prévention des ITSS* et du *Groupe de travail des répondants ITSS des CSSS*) dans le but de faire connaître le travail que chacune d'elle réalise. Permettant l'échange d'information entre les deux instances de concertation régionales, l'envoi des comptes rendus représente un premier pas vers une meilleure connaissance de part et d'autre, puisqu'il permet aux acteurs des instances de mieux connaître les dynamiques dans lesquelles leurs collaborateurs se trouvent et de mieux comprendre les embûches qu'ils rencontrent dans l'établissement de leurs collaborations. Ce mécanisme peut constituer une solution de rechange à la création d'un comité tripartite, proposée par l'équipe de recherche comme dispositif visant à élaborer des solutions systémiques au problème d'interface, mais qui ne semble pas être considérée profitable, du moins pour l'instant, par les acteurs. Par ailleurs, certains changements semblent avoir pris forme dans les arrangements de collaboration entre les trois classes d'acteurs lors de l'élaboration et de la mise en œuvre de certains projets régionaux enclenchés, suite à l'obtention de financements non récurrents. Certains de ces projets ont été travaillés de manière commune, en impliquant les trois classes d'acteurs, et des projets locaux font appel à l'instance régionale au besoin. Les fonds non récurrents alloués par le Directeur de santé publique ont agi comme stimulant à cette façon de fonctionner.

De plus, quelques tentatives d'instauration de services médicaux par diverses collaborations OC-CSSS, mais aussi avec les cliniques médicales ont eu lieu. Elles sont le résultat de stratégies d'intéressement de la part des CSSS, mais également du soutien régional ayant agi comme une « *poussée dans le dos* »! Des travaux sont en cours sur l'élargissement du champ de collaboration DSP-CSSS-OC aux milieux cliniques et médicaux de 1^{ère} et 2^e lignes pour le continuum de services dépistage-traitement VIH-VHC pour les UDI et les HARSAH. Ceux-ci seront précisés dans l'analyse relative au problème 5. Mentionnons simplement ici que certains répondants considèrent que l'introduction d'acteurs nouveaux (les cliniques médicales spécialisées) enclenchera le développement de ce continuum et aura un impact sur les collaborations OC-CSSS. Cet impact se fera notamment sentir sur leur travail (collaboratif) relatif au recrutement des personnes pour le dépistage, qui deviendra nécessairement plus proactif. Selon le point de vue de ces répondants, les acteurs ont à apprendre du démarchage et du rabattage réalisés dans le cadre des projets de recherche clinique.

Enfin, un aspect important de la liaison entre les instances de première ligne (OC-CSSS) tient au maintien des collaborations de même qu'à leur formalisation par la signature d'entente. La signature d'entente n'est toujours pas courante entre les organisations de première ligne qui semblent plutôt privilégier la latitude que leur offrent des ententes non formalisées, sans pour autant devoir renoncer à quoique ce soit.

2.2 Problème 2 : Approches spécialisées ITSS versus généralistes

Le second problème de collaboration du système d'action mis en lumière par la recherche a trait aux façons les plus efficaces d'intervenir en proximité et aux référents sur lesquels baser l'évaluation de l'efficacité. Ce débat met en cause deux conceptions différentes de l'intervention de proximité en prévention des ITSS impliquant le rôle de l'intervenant de proximité et la distribution du matériel de protection par celui-ci. L'une privilégie la santé globale des individus qui sollicitent des services et tente de répondre à l'ensemble de leurs besoins tandis que l'autre cherche à se rendre aux usagers (*outreach*) en ciblant particulièrement les risques imminents en ITSS.

La préoccupation de joindre les populations les plus vulnérables ne se limite pas à la distribution de matériel de protection, mais s'étend à la promotion du dépistage et à l'amélioration de l'accès aux services SSS pour ces populations. La question de la distribution du matériel de protection est toutefois utilisée ici à titre d'illustration du débat portant sur les approches d'intervention. Bien que ce débat ait été au cœur des travaux du comité matériel de protection de la *Table des directeurs généraux des organismes communautaires montréalais en prévention des ITSS* depuis un certain temps déjà, il a été très prégnant au cours des deux dernières années, en partie en raison du financement accordé par le Directeur de santé publique en janvier 2010. En effet, une partie des fonds non récurrents octroyés aux OC a servi à soutenir des projets qui ont ranimé des controverses liées à la question de l'efficacité des pratiques d'intervention auprès des populations vulnérables. C'est particulièrement le cas des projets où la révision du matériel de protection est abordée, soit le projet de révision et de diversification des pratiques d'accès au matériel de prévention auprès des UDI, celui de la *Charte d'engagement* des saunas (initiative documentée dans la section précédente)³³ et celui du service de livraison de matériel auprès des HARSAH lors des rencontres privées de sexualité de groupe³⁴. Chacun à leur manière, ces trois projets soulèvent la nécessité de vérifier si le matériel actuellement disponible est adapté aux pratiques sexuelles et de consommation en cours et si les façons dont il est rendu disponible en facilitent l'utilisation. Ces préoccupations sont également centrales pour la DSP qui considère nécessaire d'augmenter la distribution du matériel et qui questionne la distribution actuelle du matériel de protection, entre autres à savoir si celui qui est distribué par les OC se rendent bien aux populations jugées prioritaires^{35, 36}.

³³ Ayant observé un effritement de la norme sécuritaire du sexe entre hommes, particulièrement dans le milieu des saunas et des réseaux formés par le biais d'Internet, Rézo a cru nécessaire de faire la promotion du port du condom. Il a réalisé à cet effet des activités tel qu'une « parade de mode » dans un bar de danseurs au cours de laquelle ces derniers ont « défilé différents modèles de condoms ». L'activité a été précédée d'une séance de dépistage des ITSS et de vaccination contre les hépatites A et B. Cette activité s'inscrit dans une tendance où de plus en plus de gens œuvrant dans l'industrie du sexe (acteurs pornos, par exemple) offrent gratuitement de leur temps pour des activités de promotion de l'utilisation du condom ou plus globalement, des activités de promotion de la santé. Rézo a aussi développé un guide d'achat de condoms. Se voulant un outil agréable, ce guide précise le type de condoms approprié aux hommes en fonction de leurs comportements et de leur physique afin qu'ils développent une plus grande aisance au port du condom. Ces activités prennent place dans une stratégie plus globale de promotion de la *Charte d'engagement des saunas*.

³⁴ Ce dernier projet n'est pas discuté dans ce rapport. Il a été développé et mis sur pied par deux organismes communautaires : ACCM et la Maison Plein Cœur. Pour plus d'information, voir le site <<http://www.accmkontak.org/>>.

³⁵ En ce qui a trait à la distribution des condoms, ce questionnement oppose la DSP et Rézo qui s'appuient tous deux sur la *Stratégie québécoise de lutte contre le VIH et le sida, l'infection par le virus de l'hépatite C et les ITS (2004)* pour justifier leur position. La DSP soutient que le matériel distribué doit prioritairement joindre les populations les plus vulnérables, quitte à revoir la façon dont le matériel est distribué actuellement. Rézo argue que la *Stratégie*

Le projet de révision et de diversification des pratiques d'accès au matériel de prévention auprès des UDI est au cœur du dilemme quant à la manière la plus efficace d'intervenir par les OC. Défini avec la participation de la DSP³⁷, ce projet a néanmoins rencontré des réticences chez les OC qui étaient en désaccord a priori avec une révision des pratiques, sans toutefois se braquer contre l'idée de les questionner, voire de les renouveler. Les OC se disaient ouverts à une telle démarche dans la mesure où un cadre la faciliterait, en particulier si des ressources nouvelles étaient mises à leur disposition, ce qui fut le cas en 2010, avec les fonds ponctuels de la DSP. Ce projet a remis à l'ordre du jour la question du manque de reconnaissance des OC par la DSP, de leurs savoirs terrain et plus particulièrement de la prévention réalisée en sites fixes. En effet, tel que mentionné dans la recherche, ce débat met en jeu une divergence quant aux savoirs mobilisés par les acteurs pour justifier leur position. De son côté, la DSP mobilise des savoirs scientifiques pour baser sa position sur l'efficacité de certaines interventions (de proximité, de livraison de matériel, etc.). Du côté des OC, non seulement considèrent-ils que leurs savoirs pratiques ne sont pas suffisamment reconnus, mais aussi que leur position n'est pas suffisamment documentée par des recherches scientifiques, les empêchant de la défendre convenablement. Plusieurs OC considèrent que la DSP connaît mal les services qu'ils rendent en sites fixes, malgré le fait que ce soit elle qui assure le financement de ces sites.

Dans cette lignée, les OC considèrent que les réalités des sites fixes devraient être davantage documentées de manière qualitative par la DSP, c'est-à-dire au terme de la diversité des interventions mises en place et de l'impact de ces interventions. Ils ajoutent qu'en détenant une meilleure connaissance des territoires, autrement qu'en termes d'épidémiologie, la DSP pourrait être en mesure de mieux saisir l'adéquation entre les services qu'ils offrent eu égard aux besoins qu'ils observent sur le territoire. Plus encore, des OC considèrent que la DSP oriente les OC vers des pratiques considérées plus efficaces dans la littérature, comme l'*outreach*, sans que la preuve de leur efficacité n'ait été faite en contexte montréalais (entre autres en termes de fréquentation et de matériel distribué). Ces OC questionnent les intentions de la DSP de voir leurs pratiques orientées davantage vers la proximité, parfois au détriment des sites fixes. Ils se demandent si ces intentions sont réellement guidées par la recherche d'efficacité ou si elles s'expliquent par un souci d'économies financières, dans la mesure où ils estiment que les pratiques de proximité sont moins coûteuses que le maintien des sites fixes. L'idée d'élargir le monitoring des activités réalisées par les OC pourrait être une voie à envisager pour dépasser ce débat. L'équipe ITSS de la DSP réfère au rôle des usagers comme moyen de dénouer cette controverse étant donné que ce sont eux qui connaissent le mieux leurs besoins et qui sont les principaux bénéficiaires des actions déployées. D'où l'importance de soutenir la mise en place de structures facilitant la mobilisation des usagers et leur permettant de faire valoir leurs revendications. C'est dans cette optique que la DSP soutient financièrement des projets de regroupements d'usagers UDI,

prévoit l'accès des HARSAH en général au matériel de prévention et qu'ainsi, le matériel fourni actuellement rejoint des populations vulnérables. Conséquemment, Rézo soutient que des sommes supplémentaires sont nécessaires pour augmenter la distribution de matériel.

³⁶ Précisons qu'au printemps et à l'été 2011, la DSP a mis sur pied et financé le « *projet mapping* » visant à questionner des utilisateurs de drogues par injection (UDI) afin de déterminer les endroits et les moments de la journée où ils avaient manqué de matériel. Un rapport de la DSP sera publié.

³⁷ Ce projet a d'abord pris forme dans le Cadre de référence ITSS – Volet communautaire, qui est devenu le *Programme de prévention du VIH, des hépatites et des autres ITS pour la région de Montréal – volet communautaire* (DSP, 2010a), avant d'être financé comme projet collectif auquel se sont joints huit OC œuvrant auprès des UDI.

notamment l'Injecteur de l'ADDICQ³⁸. Par ailleurs, la DSP déplore l'inexistence de tels regroupements pour les autres populations vulnérables (HARSAH et jeunes), considérant que leurs voix gagneraient à être entendues.

Par ailleurs, la controverse sur l'efficacité de l'intervention n'est pas étrangère à la centralité de la mission ITSS chez les organismes. Plus leurs actions se rapprochent des objectifs du programme de prévention des ITSS, plus elles risquent d'être financées par celui-ci. Cela fait en sorte que des OC à mission généraliste redoutent que les priorités du bailleur de fonds entrent en conflit avec leur autonomie de mission puisque la stricte prévention des ITSS revient à s'éloigner d'une prise en compte globale des besoins d'une personne, pouvant freiner la mise en œuvre d'actions préventives en amont des problèmes. La situation est un peu la même lorsqu'à l'inverse, un OC à mission ITSS décide d'adopter une approche de santé plus globale comme l'a fait Rézo. Le changement que ce dernier a opéré vers la santé des HARSAH en général fait craindre à la DSP qu'il « *s'éloigne encore plus de la mission de santé publique* », ce qui est d'autant plus possible si le changement réalisé fait en sorte que l'organisme se centre sur les HARSAH en général plutôt que d'axer sur les HARSAH les plus vulnérables.

Cela dit, la centralité de la question ITSS dans l'intervention auprès des clientèles n'est pas que l'affaire des OC mais concerne aussi les CSSS. Les difficultés du dépistage l'illustrent bien. En certains territoires, la pratique infirmière centrée sur la prise en charge globale de la santé priorise un diagnostic complet des usagers, sans permettre à ces derniers d'obtenir uniquement un diagnostic sanguin. Or, des embûches reliées à des tests comme la chlamydia et la gonorrhée (dont la question du test PCR urinaire), pourtant considérés secondaires à l'établissement des diagnostics VIH et VHC chez les populations les plus vulnérables par le programme régional, viennent compliquer la réalisation du diagnostic complet. Cela soulève un questionnement quant à la nécessité de revoir les pratiques infirmières, en vue notamment d'assurer une certaine uniformisation régionale. De même, considérés importants et *limitants* pour les CSSS qui tentent de s'investir dans la lutte contre les ITSS, de tels problèmes peuvent justifier le déploiement d'efforts, de la part de l'instance régionale, pour les régler. Cela libérerait beaucoup de temps au personnel des CSSS qui se bute constamment à ces problèmes, tout en les aidant à intéresser les OC à mission généraliste à s'investir dans la lutte aux ITSS.

La centralité des ITSS dans l'intervention des CSSS auprès des clientèles touche aussi la question des ressources infirmières qu'ils rendent disponibles en différents lieux tels que les organismes communautaires, les écoles ou les cégeps. Il arrive que des CSSS rendent ces ressources disponibles en indiquant les ITSS comme étant leurs priorités d'action. Certaines initiatives locales d'intervention de proximité réalisées conjointement par des CSSS et des OC témoignent des ajustements rendus nécessaires dans de telles situations. Par exemple, le duo travailleur de rue et infirmière de l'initiative auprès des jeunes en difficulté a dû définir la façon dont il interviendrait dans leurs déplacements dans les parcs (initiative RAP Jeunesse et CSSS de Bordeaux-Cartierville-St-Laurent dans la section précédente). Bien que tous deux privilégient une approche globale, leurs visites dans les parcs étaient réalisées avec une approche très ciblée ITSS.

³⁸ L'Injecteur est un journal écrit par et pour les personnes utilisatrices de drogues par injection et inhalation (UDII). Il est produit par l'Association pour la défense des droits et l'inclusion des personnes qui consomment des drogues du Québec.

Enfin, cette controverse sur les approches d'intervention privilégiées touche de près la question de la problématisation du programme ITSS et tout ce qui concerne l'établissement de ses priorités sur le continuum de la prévention à la protection. Des acteurs mettant de l'avant une approche globale se positionnent en porte à faux vis-à-vis le programme ITSS et questionnent ses priorités (HARSAH/UDI; VIH/VHC) qu'ils considèrent défavorables au travail plus en amont. Plusieurs activités qu'ils réalisent en prévention ITSS, tel que joindre les jeunes avant qu'ils ne soient trop engouffrés dans des trajectoires de vulnérabilité, ne sont pas financées dans le cadre du programme ITSS de la DSP. Pour ces organismes, il s'agit d'une divergence entre la DSP et eux quant à la conception de la prévention.

2.3 Problème 3 - Offre de service régionale vs par territoire de CSSS

Le dilemme de l'organisation des services ITSS, entre un panier de services ITSS dans chacun des 12 CSSS de l'île de Montréal et des points de services supra régionaux, demeure toujours aussi prégnant au sein du système d'action. Il est perceptible dans diverses situations sans pour autant faire l'objet d'une réflexion et d'une discussion plus poussées. Par exemple : lorsqu'un OC mentionne avoir référé un usager directement à une ressource spécialisée plutôt qu'au CSSS de son territoire parce que celui-ci, ne priorisant pas les clientèles marginalisées ni les ITSS, ne dispose pas des services nécessaires; lorsqu'un répondant d'un CSSS se questionne s'il vaut la peine de mettre de l'énergie à implanter des services ITSS pour un nombre restreint de personnes, marginalisées de surcroît, alors que d'autres services répondant aux besoins d'un plus grand nombre de personnes manquent aussi. Par conséquent, les priorités des organisations publiques de première ligne sont toujours au cœur de ce dilemme sur l'organisation des services ITSS, à savoir si une organisation doit donner préséance aux demandes qu'elle reçoit ou si elle doit plutôt offrir le service pour éventuellement susciter la demande.

Certains projets en voie de s'opérationnaliser soulèvent ces questionnements relatifs à la territorialisation de l'offre des services ITSS. C'est particulièrement le cas de la mise en place des machines distributrices de matériel de protection sur le territoire montréalais. Soutenu par les fonds non récurrents mis à la disposition des OC par la DSP, ce projet nécessite l'établissement de modalités quant aux choix des lieux à investir avec les machines distributrices. Un autre projet ayant touché de près la question de la distribution territoriale des services ITSS est celui de la révision et la mise en place de continuums de services du dépistage au traitement du VIH et du VHC pour les UDI et les HARSAH. Également soutenue par les fonds non récurrents alloués cette fois aux CSSS, la mise en place de ces services a requis une réflexion et un choix quant aux territoires à desservir. À terme, la cartographie de l'offre de service relative à ces continuums sera supra locale, une sorte d'entre-deux entre une offre localisée et une offre régionalisée.

2.4 Problème 4 - Allocation – distribution des ressources/financement

Le quatrième problème de collaboration exposé par la recherche a trait aux modalités de financement du programme de prévention des ITSS. La modélisation du système d'action avait montré que le programme de financement est le principal élément réunissant les acteurs au sein du système d'action montréalais en prévention des ITSS. Ce programme est très structurant : il est un levier important pour rassembler les acteurs, pour intéresser de nouveaux partenaires et

évidemment pour faciliter la prestation et l'organisation des services; il oriente les collaborations parmi les acteurs et peut aussi les contraindre³⁹.

Dans certains cas, le programme de financement entraîne un climat de compétition entre les OC au détriment de la concertation entre eux et avec leurs partenaires, notamment les acteurs institutionnels. Un OC ayant participé au projet d'expérimentation est un cas de figure. Ayant connu des difficultés financières importantes, il a dû être compétitif contre les autres et il n'a pu retrouver un esprit collaboratif qu'au moment où son financement a été rétabli. Plus encore, il est d'avis que la stabilité financière acquise par la suite lui a permis de surpasser cette « *faiblesse du communautaire* » de craindre l'autre et l'a incité à initier des collaborations avec d'autres OC œuvrant en prévention des ITSS. Selon lui, une période de recherche de financement aussi intensive peut détourner l'organisme de sa mission principale, soit l'intérêt supérieur des populations qu'il dessert. En accord avec les résultats de la recherche, l'expérience de cet organisme laisse entendre que l'assurance d'un financement permet aux organismes de mieux travailler en commun dans le sens des besoins des populations.

L'absence de budgets de développement en prévention ITSS était aussi déplorée dans la recherche. Il appert que la DSP a injecté des financements nouveaux (non récurrents) au sein du système en 2010 qui ont contribué à faire bouger les acteurs. Non seulement ces financements ont rendu des collaborations plus faciles entre les acteurs du système d'action, mais ils en ont enclenchées avec de nouveaux acteurs, en plus d'avoir suscité la réalisation d'activités conjointes. Les fonds non récurrents octroyés aux OC par la DSP visaient spécifiquement les UDI et les HARSAH. Ils ont permis de soutenir les projets suivants : une *charte d'engagement* des saunas (HARSAH; 160 947 \$); un projet collectif de révision et de diversification des pratiques d'accès au matériel de protection (UDI; 158 938 \$ à 8 OC); l'implantation de machines distributrices de matériel de protection (UDI; 250 210 \$) et enfin, un projet de service de livraison de matériel pour les rencontres privées de sexualité de groupe (HARSAH; 121 300 \$). Ces projets ont été élaborés par les OC et il a été convenu par les acteurs que leur coordination serait assurée par la *Table des directeurs généraux des organismes communautaires montréalais en prévention des ITSS*. Par ailleurs, la répartition des fonds spéciaux non récurrents entre les deux axes (HARSAH et UDI) est demeurée entre les mains de la DSP et n'a pas été discutée avec les OC. À cet égard, notons que l'inquiétude mentionnée dans la recherche demeure chez les OC quant au danger que les priorités des organismes subventionnaires se prennent préséance sur les besoins qu'ils identifient sur le terrain pour guider leurs actions.

Du côté des CSSS, les fonds non récurrents (1 480 000 \$) visaient à soutenir temporairement les CSSS pour la réalisation de leurs PAL-ITSS. Conformément au plan régional de santé publique, l'objectif principal était d'assurer un continuum de services (prévenir, protéger et traiter) en VHC et VIH pour les UDI et les HARSAH. Cet objectif se décline en quatre éléments : 1) mieux joindre les populations les plus vulnérables; 2) augmenter l'accès au matériel de protection⁴⁰;

³⁹ Deux principales raisons expliquaient cet état de fait : 1) les modalités d'octroi du financement, sous forme de projets ponctuels ou d'ententes de services non récurrents, et 2) le maintien d'une catégorisation des OC (HARSAH, UDI, etc.). Cette structure de financement a pour effet de favoriser le travail en silo entre les organismes et aussi en leur sein, de limiter leur participation à la planification ITSS avec la DSP et de ne pas leur fournir les ressources nécessaires pour qu'ils puissent coordonner leurs projets à ceux des autres organismes, évaluer leurs actions pour mieux se repositionner en conséquence et planifier leurs actions à plus long terme (Bilodeau *et al.*, 2010).

⁴⁰ À cet égard, notons que certaines subventions de la DSP mises à la disposition des CSSS dans la foulée de l'« *année ITSS* » pour développer et adapter leurs services aux UDI leur étaient en réalité rendues disponibles depuis

3) accroître les services de dépistage et les services psychosociaux de proximité associés; et 4) mieux organiser les services médicaux. Bien que les orientations du financement aient été décidées régionalement, les CSSS ont été impliqués dans la démarche décisionnelle sur l'utilisation de ces fonds. Ainsi, avec le soutien de la DSP, les directeurs généraux de quatre CSSS (Cœur de l'île, de la Montagne, Jeanne-Mance et Bordeaux-Cartierville-St-Laurent) ont travaillé à élaborer une proposition pour l'utilisation optimale des fonds non récurrents qu'ils ont déposée à l'ensemble des directeurs généraux de CSSS. Les ressources financières ont été orientées en fonction des besoins déjà identifiés et ont été assignées aux CSSS se montrant intéressés et volontaires à s'investir dans cette démarche. Les fonds non récurrents ont été répartis selon trois types de projets. Près des 2/3 des crédits (968 000 \$) visent le développement des services de dépistage et des corridors de services VIH/VHC pour les UDI et les HARSAH et l'arrimage avec les RLS (cliniques spécialisées privées ou en établissement). Cela est sans compter les 400 000 \$ supplémentaires versés à deux UHRESS pour assurer les services curatifs hépatite C. Une autre partie des fonds non récurrents est octroyée à cinq CSSS pour augmenter le nombre de CLSC adaptant leurs services aux UDI (392 000 \$)⁴¹. Enfin, le dernier type de projets financés tient au développement des services infirmiers de proximité et, plus particulièrement, à la consolidation de ces services en collaboration avec l'OC du territoire. Deux CSSS se sont vus accorder du financement à cette fin : le CSSS Sud-ouest Verdun (TRAC) et le CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord (RAP Jeunesse).

La distribution des ressources est liée de près au questionnement sur la modification de la structure de financement du programme dans le but de mieux répondre aux besoins des populations vulnérables ou touchées par les ITSS. Elle soulève la question des choix à effectuer pour prioriser des interventions, des activités ou des populations, au détriment d'autres, de même que celle des intérêts particuliers des acteurs quant à ce qu'ils jugent prioritaires parmi ces différentes options⁴². Cette question sera discutée davantage au point suivant qui traite de la configuration du système d'action.

2.5 Problème 5 – Configuration du système d'action : consolidation ou extension?

La progression constante des épidémies étant un constat commun à l'ensemble des acteurs du système d'action montréalais en prévention des ITSS, tous s'entendent sur la nécessité de revoir la configuration du réseau en prévention ITSS, sans toutefois partager le même point de vue quant à la façon de procéder à ce changement. Deux options s'offrent aux acteurs : 1) consolider la configuration actuelle autour du continuum prévention – protection – dépistage – traitement; 2) privilégier un rallongement vers de nouveaux partenaires, en amont comme en aval, pour renforcer l'efficacité du système d'action. Tel que le soutient le rapport du directeur montréalais de santé publique (DSP, 2010b), ces options peuvent être déclinées comme suit : soit de *chercher à faire davantage et mieux ce qu'ils font déjà* et de *chercher aussi à faire autrement*.

des années. Un certain effet d'entraînement de l'« année ITSS » semble avoir fait que plusieurs ont souhaité s'en prévaloir.

⁴¹ Ce sont les CSSS Lucille-Teasdale, Sud-Ouest – Verdun, Saint-Léonard et Saint-Michel, Bordeaux-Cartierville-St-Laurent et Ouest-de -l'île.

⁴² La question de la répartition des sommes entre UDI et HARSAH a de nouveau resurgi dans ce bilan, selon les mêmes termes que dans la recherche.

Au plan de la consolidation du système d'action et de son rallongement en aval, une des actions phares du réseau public pour l'année 2010 aura été de l'avoir nommée l'« *année ITSS* », d'avoir interpellé le réseau public et d'avoir injecté des fonds nouveaux pour intéresser à l'action. Ce message a été porté par le Directeur national de santé publique, Dr Poirier, dans son rapport annuel (MSSS, 2010) et lors de multiples communications au cours desquelles il a notamment fait appel à des changements de pratiques chez les professionnels de la santé⁴³. Un message semblable a été porté par le Directeur de santé publique montréalais tout au long de l'année. Ce dernier s'est surtout affairé à intéresser et mobiliser les « *principaux acteurs* » montréalais en prévention des ITSS « *qui peuvent faire une différence* »⁴⁴. À titre d'exemple, des démarches ont été réalisées tout au long de l'année par la DSP pour intéresser les médecins et amener les milieux médicaux (cliniques médicales spécialisées, GMF) à développer ou adapter leur offre de services en VIH et VHC et à collaborer avec les CSSS. Dans cette optique, la DSP a mis beaucoup d'efforts à s'acquitter de ses fonctions de soutien et d'intermédiaire entre les organisations locales dans la mise en œuvre des services. Ainsi, elle s'est positionnée de façon à faciliter la création d'environnements soutenant le développement de collaborations entre les CSSS et les milieux médicaux et, par conséquent, la mise en place des services. Une des stratégies privilégiées par le Directeur de santé publique a d'abord été d'intéresser les médecins en les associant à un comité de travail portant sur la révision de l'offre de services VHC (de novembre 2009 à mai 2010). L'objectif de l'instance régionale est de favoriser l'échange mutuel de ressources entre les CSSS et les cliniques médicales et de créer des ponts flexibles entre ces organisations, dans une optique d'intégration des services en réseau. L'injection de financement (non récurrent) dans des centres hospitaliers (UHRESS) par la DSP est un élément non négligeable de la mobilisation des milieux médicaux. L'ajout de financement est reconnu comme étant une façon d' enrôler des partenaires dans la réalisation d'actions souhaitées (Ford *et al.*, 2004). De même, la DSP est à développer une coordination régionale des services VHC. Cela pourrait se concrétiser par la mise sur pied d'une nouvelle structure de soutien régional servant entre autres au développement de pratiques cliniques en hépatite C afin d'arriver à une certaine cohérence entre les rôles et actions de chacun.

Ce travail de consolidation du système d'action en prévention des ITSS et de son extension en aval se traduit de manière particulière au niveau local. Le travail réalisé sur le territoire du CSSS Jeanne-Mance au cours de la dernière année peut être nommé ici à titre d'exemple. Une réflexion a été entreprise entre le CSSS Jeanne-Mance et les milieux cliniques médicaux spécialisés en ITSS de son territoire (les cliniques médicales l'Actuel, 1851 et Quartier Latin de même que le CHUM) dans le but de coordonner leur offre de services et éventuellement, de mieux arrimer leurs ressources. De fait, ces organisations ont revu certains éléments organisationnels internes dont leurs plages horaires afin d'assurer la disponibilité des médecins effectuant le suivi des clientèles. Cette réflexion commune découle directement d'un projet de recherche externe (projet

⁴³À titre d'exemple, le Dr Poirier affirmait lors des *Journées annuelles de Santé publique 2010* : « *C'est facile de dire qu'il faut travailler sur les déterminants sociaux, travailler en inter et multi, mais le réseau de la santé a de grandes responsabilités* »; « *Il faut mettre à profit les autres professionnels (ex. : infirmières et pharmaciens par rapport au dépistage, par exemple, etc.)* ». (Dr Poirier, Appel à la mobilisation, le point de vue national, JASP, 22 novembre 2010).

⁴⁴ Le mot de bienvenue du Directeur de santé publique de Montréal (Dr Lessard) lors de la *Journée montréalaise en ITSS* témoigne de cette volonté : « *Faire des ITSS une priorité régionale. Le point de vue du Directeur* » (Programme préliminaire). Sa présentation aux JASP allait aussi en ce sens, étant axée sur le processus de mobilisation enclenché dans son milieu et sa stratégie de communication visant à attirer l'attention sur les ITSS et à tenter d'intéresser des acteurs déterminants.

SPOT) qui a convenu d'arrangements de ressources avec la DSP après s'être adressé à elle pour obtenir un soutien financier. Les arrangements proposés par la DSP impliquaient un prêt de personnel de la part du CSSS Jeanne-Mance pour effectuer le dépistage rapide au local de SPOT. Cet échange de ressources était perçu comme une opportunité pour le CSSS d'apprendre à utiliser cette nouvelle offre de services qu'est le dépistage rapide tout en permettant à SPOT de mener la recherche à terme⁴⁵. La DSP souhaite entreprendre avec d'autres territoires une démarche similaire. Le projet de continuum de services sur le territoire de Lucille-Teasdale est aussi dans cette lignée au sens où les acteurs travaillent ardemment au développement et à l'organisation des services ITSS au sein des sites de l'instance locale de santé. Ils cherchent à consolider les liens à l'interne entre les équipes des programmes-services, mais aussi avec d'autres établissements du territoire faisant partie du réseau local de services (ex. : des GMF).

Une autre initiative régionale faisant foi de cette volonté de consolider le système d'action en prévention des ITSS est une rencontre organisée par la DSP (en octobre 2010) avec Médecins du monde (MdM) dans le but d'entamer des discussions avec cette organisation qui, à l'heure actuelle, supplée aux failles du réseau, notamment en matière d'offres de services cliniques. Bien que le travail de MdM soit reconnu et apprécié par les acteurs, y compris par les gens du réseau, plusieurs lui reprochent de ne pas être assez en lien avec les instances publiques. L'arrivée de l'organisation sur les territoires se fait sans liaison avec les CSSS alors que les acteurs considèrent qu'une communication entre ces organisations faciliterait le déploiement complémentaire des services. La DSP a initié cet échange avec l'objectif de mieux connaître l'offre de service de MdM et d'en apprendre davantage sur son fonctionnement. Comme il est de la responsabilité du réseau de développer une offre de services adaptée aux besoins des personnes vulnérables, il peut être profitable de tirer profit des connaissances et du savoir faire de MdM. La rencontre entre MdM et la DSP a notamment permis que MdM témoigne de son ouverture à un tel partage de savoirs avec les CSSS tout comme elle a fait prendre conscience à la DSP du rôle d'interface qu'elle pouvait jouer entre MdM et les CSSS.

Par ailleurs, d'autres stratégies sont plutôt mises de l'avant par les acteurs afin de rallonger le réseau en amont. Une initiative de RAP Jeunesse peut servir d'exemple. L'organisme a lancé l'idée d'un dépistage de masse dans deux écoles du territoire Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent. Planifié pour l'hiver 2012⁴⁶, l'idée est de rendre le dépistage accessible aux jeunes et de leur permettre de mieux connaître les ressources existant sur leur territoire, tout en tentant de tisser certains liens entre les intervenants et les jeunes. Ce projet relève d'une collaboration entre RAP Jeunesse, le CSSS et Médecins du monde (MdM) d'un côté, et les écoles de l'autre⁴⁷. Il est

⁴⁵ Les instances publiques ont intérêt à ce que cette recherche soit complétée pour en connaître les résultats, notamment parce que le taux de positivité obtenu par SPOT est considéré bon (autour des 2 pour 100 alors que le réseau public obtient des taux de 2 pour 1000). Il est intéressant de connaître les éléments ayant influencé la rétention et le nombre de cas dépistés : la localisation, la rémunération des participants, la logique communautaire, la rapidité du test, etc.

⁴⁶ Il est prévu que MdM soit présent à l'école pendant une semaine en mars 2012, sur l'heure du midi et peut-être aussi après l'école. L'objectif est de faire du dépistage de masse tout en ciblant les plus à risque. Le fonctionnement reste à préciser, mais il semble qu'un court questionnaire sera remis aux jeunes et permettra de déterminer la pertinence du dépistage. Les résultats du questionnaire aideront les intervenants à guider les jeunes : leur suggérer de rencontrer l'infirmière en prenant rendez-vous à la clinique jeunesse et/ou leur conseiller de se faire dépister.

⁴⁷ La DSP a donné son aval au projet et tous les chefs de programmes et les directeurs de services du CSSS l'ont accepté. Des rencontres ont eu lieu et sont prévues entre MdM, RAP Jeunesse et le CSSS dans le but de développer une compréhension commune de l'activité. Ces trois organisations ont d'abord souhaité organiser et coordonner leur

prévu que RAP Jeunesse (la sexologue et des intervenants) et les infirmières scolaires s'occupent du volet prévention – sensibilisation et que MdM effectue le dépistage de même que la divulgation des résultats (pour des raisons de protection de la confidentialité). Le défi de la démarche tient en la définition du rôle du CSSS et plus particulièrement, en l'intégration des infirmières de la *Clinique jeunesse* puisque leur rôle se superpose à celui du personnel de MdM : Quel rôle joueront alors les infirmières de la *Clinique jeunesse*? La présence de MdM, perçue comme une opportunité intéressante de transfert d'expertise envers le CSSS, soulève toutefois un certain nombre de questions : Quels mécanismes de transfert des savoirs prévoit-on, non seulement au plan clinique mais également au plan organisationnel, pour s'assurer que le CSSS puisse subséquemment prendre le relais de MdM? Puisqu'un des objectifs de cette activité est de faire connaître les cliniques jeunesse du territoire aux jeunes, comment s'assurera-t-on de créer un lien entre les jeunes et la *Clinique jeunesse*? Quelles mesures seront prises pour tenter de maintenir ces liens par la suite afin de tirer profit au maximum de cette expérience? La réflexion en ce sens est entamée par les acteurs et des idées sont déjà lancées comme celle d'effectuer le dévoilement du résultat à la clinique des jeunes.

D'autres initiatives de rallongement vers l'amont, qui font écho aux résultats de la recherche sur les collaborations (Bilodeau *et al.*, 2011), sont celles relatives aux jeunes en difficulté. Une de celles-ci prend forme avec les *Centres Jeunesse*. Suite à la recherche dirigée par Lambert *et al.* de 2008 à 2010, une rencontre exploratoire entre des professionnels de la DSP et le Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire (CJM-IU) a eu lieu. Cette rencontre visait entre autres à évaluer la possibilité de renouveler la collaboration entre les deux organisations afin d'élaborer une nouvelle version du Programme d'éducation sexuelle du CJM-IU, qui avait été développé en collaboration, il y a une dizaine d'années. Au moment d'écrire ces lignes, des discussions avaient lieu à cet égard. Une autre initiative de rallongement du réseau d'action auprès des jeunes en difficulté vers l'amont consiste aux démarches internes à la DSP pour tenter d'établir des ponts entre les secteurs (et les équipes) ITSS et Jeunes. Ces démarches ont eu lieu dans le cadre de l'élaboration du plan régional de santé publique (PRSP) lors desquelles les équipes des deux secteurs ont été amenées à prendre conscience que leurs secteurs ont des cibles communes, sans avoir conduit à des activités communes jusqu'à maintenant. Des efforts d'intégration seraient toutefois entamés entre les deux secteurs⁴⁸ qui conçoivent que l'atteinte des objectifs communs aux deux secteurs passe par des actions complémentaires.

Enfin, des initiatives locales font aussi écho à cette volonté d'élargir le réseau en amont comme en fait foi le projet de continuum de services sur le territoire de Lucille-Teasdale qui en est à impliquer de nouveaux acteurs œuvrant auprès de populations vulnérables du territoire de même que des acteurs d'autres territoires, notamment ceux spécialisés auprès des HARSAH (Rézo)⁴⁹. C'est aussi le cas du projet de *Charte d'engagement* des saunas qui implique des établissements gais privés, des saunas de même que la Société de développement commercial du village. Le projet de la *Charte d'engagement* des saunas s'inscrit dans une logique de travailler sur l'environnement dans le but de compléter l'offre de services offerte aux individus.

offre de services avant d'impliquer les écoles. Une rencontre est ensuite prévue avec les directeurs des écoles pour discuter de l'ensemble des projets de prévention dont celui-ci.

⁴⁸ Par exemple, une présentation des résultats de la recherche sur les jeunes des Centres jeunesse (Lambert *et al.*, 2010) est prévue auprès des équipes des deux secteurs afin de déterminer des voies d'action à privilégier.

⁴⁹ Le CSSS souhaite mobiliser Rézo afin que celui-ci l'aide à déterminer les façons de joindre les HARSAH de son territoire.

PARTIE 3

IMPACTS DE L'EXPÉRIMENTATION SUR LE SYSTÈME D'ACTION

Cette dernière partie des résultats porte sur les points de vue des acteurs quant à la contribution de la recherche participative et de l'expérimentation au système d'action montréalais en prévention des ITSS. Elle cherche à saisir l'influence que ces activités de production, partage et utilisation de connaissances ont pu avoir dans les avancées de l'intervention présentées antérieurement, plus précisément sur le cours des trois initiatives locales de changement et sur les cinq problèmes mis en lumière par la recherche. Rappelons les diverses stratégies de partage et utilisation des connaissances déployées : 1) une recherche sur les collaborations public – communautaire dans le champ montréalais de la prévention des ITSS menée selon une approche participative; 2) des ateliers de formation tenus sur l'action en partenariat; 3) un accompagnement visant à soutenir et instrumenter les pratiques planificatrices et partenariales des acteurs engagés dans trois initiatives locales de changement impliquant un acteur communautaire et un acteur public (CSSS). Concernant la recherche, trois modalités de participation ont été réalisées : un comité de suivi de la recherche; la participation des acteurs concernés à la validation des analyses; le partage des résultats lors de différents événements.

Si l'idée est ici de discuter de l'influence qu'a pu avoir la recherche participative et l'expérimentation sur le système d'action, il convient de garder en tête que le délai entre le début des activités et le moment de la collecte des données laisse peu de recul aux acteurs, en plus de laisser un temps insuffisant pour que des changements importants aient pu se produire et se maintenir. Changer un système d'action complexe comme celui de la prévention des ITSS à Montréal nécessite un temps plus long que ce qui sépare ce rapport des activités de recherche et d'expérimentation. De la même façon, ce court délai ne donne pas beaucoup de recul à l'équipe de recherche pour faire le point. Néanmoins, la collecte d'événements a permis de documenter les avancées dans les trois initiatives et les cinq problèmes et parmi ces avancées, nous sommes en mesure d'identifier des micro-événements qui témoignent de l'impact à court terme des activités de la recherche et de l'expérimentation sur le système d'action.

1 POINTS DE VUE DES ACTEURS SUR LES RETOMBÉES DES ATELIERS DE FORMATION

Les ateliers de formation ont eu lieu en janvier, mars et avril 2009. Les deux premiers ateliers ont réuni respectivement 27 et 22 participants alors que le troisième a réuni 12 participants⁵⁰. Les acteurs attribuent ce déclin de la participation à des éléments tels que la perception d'utilité limitée dans leur pratique en comparaison de l'investissement nécessaire.

Selon certains, les ateliers n'étaient pas adaptés aux réalités qu'ils vivent dans le champ de la prévention des ITSS, présentant un trop grand décalage entre leurs pratiques et le niveau théorique (universitaire) des contenus. Pour d'autres, la formation était une conceptualisation du partenariat et de l'action intersectorielle déphasée par rapport aux liens existants (ou plutôt, inexistant) entre les acteurs du terrain. Des acteurs considèrent qu'ils n'en sont pas à cette étape de réflexion puisqu'ils n'ont pas encore fait de liens entre eux : « *on donne un canevas vraiment défini, ... mais quand les gens ne savent même pas le nom de l'autre... C'était peut-être pas*

⁵⁰ L'atelier #1 a réuni 27 personnes : 8 représentants de 7 CSSS; 14 représentants de 9 OC et 5 représentants de la DSP. L'atelier #2 a réuni 22 personnes (20 à la plénière) : 7 représentants de 6 CSSS; 11 représentants de 9 OC et 4 représentants de la DSP. L'atelier #3 a réuni 12 personnes (8 à la plénière) : 4 représentants de 3 CSSS; 5 représentants de 5 OC et 3 représentants de la DSP.

ajusté aux réalités où les territoires étaient rendus ». Pour ces raisons, les acteurs sont d'avis que les ateliers ne leur permettaient pas d'utiliser ces contenus dans leurs pratiques courantes. D'ailleurs, ces contenus n'ont pas été utilisés dans les rencontres des initiatives locales, ni dans celles de la *Table des directeurs généraux des organismes communautaires montréalais en prévention des ITSS* ou du *Groupe de travail des répondants ITSS des CSSS*. Aucun acteur n'a fait mention de l'utilisation des outils dans leurs processus partenariaux.

En outre, des acteurs ont trouvé les ateliers trop exigeants en termes de préparation, jugeant les lectures préparatoires recommandées trop nombreuses et laborieuses. D'ailleurs, plusieurs n'en avaient pas pris connaissance avant les journées de formation, principalement par manque de temps. Pour certains, les ateliers requéraient un investissement trop important en ressources humaines qui ne correspondait pas à ce que leurs organisations pouvaient investir. Ces acteurs considèrent que l'équipe de recherche n'a pas su être assez proactive pour se réajuster suite au premier atelier. Pourtant l'équipe a tenté de corriger le tir après avoir pris connaissance des premières fiches d'évaluation. Cependant, la formation a été introduite trop tôt, alors que la recherche sur les problèmes du système n'était pas très avancée. Le contenu de la formation n'a alors pas pu être adapté par les chercheurs en fonction des problèmes et situations que vivent les acteurs puisqu'ils ne les connaissaient pas à ce moment. Même situation pour l'état d'avancement des trois initiatives qui devaient être mises à contribution dans les ateliers alors qu'elles ne furent pas en mesure d'alimenter la formation, vu leur peu d'avancement. Leur présentation fut très brève à chaque atelier et a suscité très peu d'échanges parmi les acteurs et avec l'équipe de recherche. Cette non synchronisation de la formation, qui répondait à un calendrier de recherche subventionnée, avec la pratique a fait que les chercheurs disposaient de peu de matériel empirique auquel rattacher les contenus théoriques et faire du sens pour les participants.

Alors que l'aspect théorique des ateliers a été considéré rébarbatif par certains, d'autres ont apprécié cet aspect qui représentait une occasion de prendre un recul par rapport à leurs pratiques, recul qu'ils ont rarement la chance et le temps de prendre dans le cadre de leurs fonctions. Ces acteurs ont apprécié voir leurs pratiques partenariales explicitées et traduites dans un langage conceptuel. Bien qu'ils insistent sur le fait que les formations n'ont pas pour autant provoqué ou influencé leurs collaborations, des acteurs affirment que le fait de « *pouvoir nommer les choses* » leur a été utile. Les discours de certains répondants sont d'ailleurs parsemés de concepts ayant été présentés dans le cadre des ateliers de formation.

Peu importe l'appréciation des ateliers de formation, un certain nombre de retombées leur sont néanmoins attribuées par les acteurs. Des acteurs institutionnels mentionnent que le contenu des formations les a aidés à améliorer leurs rapports partenariaux avec des organismes communautaires de leur territoire œuvrant dans différents domaines d'intervention. En outre, quelques acteurs ont noté avoir bénéficié des ateliers de formation pour créer des liens avec des acteurs de territoires avec qui ils ne collaboraient pas auparavant. Par exemple, des répondants de CSSS ont invité des OC à participer aux rencontres de leur comité local ITSS.

Enfin, mentionnons que la recherche s'est introduite avec des activités de formation dans un rôle reconnu comme étant celui de l'équipe ITSS de la DSP et un espace effectivement occupé par cette dernière. L'équipe de recherche s'est donnée un rôle de formation en répondant à l'appel de propositions du MSSS-INSPQ sans que ce rôle n'ait été sollicité par l'équipe ITSS de la DSP, introduisant un deuxième agenda de formation destiné aux acteurs du système d'action montréalais en prévention des ITSS. Par ailleurs, les formations offertes par l'équipe de

recherche s'adressaient spécifiquement aux décideurs des CSSS et des OC (gestionnaires de programme en CSSS responsables des ITSS et directeurs généraux d'organismes communautaires) alors que ce sont plutôt les intervenants psychosociaux des OC et des CSSS et les infirmières qui sont ciblés par les activités de formations de l'équipe ITSS de la DSP. Cela était d'ailleurs déploré par les directeurs généraux d'organismes communautaires, lors des entrevues pour la recherche, qui considéraient avoir des besoins non comblés en termes de formation. Orientés vers les enjeux de la collaboration entre les acteurs publics et communautaires, les formations et outils offerts par l'équipe de recherche visaient à ce que les acteurs avancent dans leurs processus collectifs d'innovation dans l'intervention.

2 POINTS DE VUE SUR LES RETOMBÉES DE LA RECHERCHE PARTICIPATIVE ET DE L'ACCOMPAGNEMENT POUR LES ACTEURS DES TROIS INITIATIVES

Quel est l'impact de l'accompagnement offert par l'équipe de recherche dans les trois initiatives locales de changement, en termes de soutien et d'instrumentation de leurs pratiques planificatrices et partenariales? Est-ce que les acteurs ont tiré profit des ateliers de formation et de leur participation aux activités de la recherche? Nous documentons ici ces questions pour les trois initiatives.

2.1 Initiative Dopamine et CSSS Lucille-Teasdale

L'équipe de recherche a participé à quatre rencontres de l'initiative de février 2009 à décembre 2009. Après une période d'absence, causée par une mauvaise communication entre les membres de l'initiative et l'équipe de recherche, l'agente de recherche a de nouveau participé à quatre rencontres de novembre 2010 à avril 2011. Les partenaires communautaire et public de cette initiative ont tous deux participé à une entrevue de recherche de même qu'à la validation des résultats auprès de leur instance de concertation respective⁵¹. Le partenaire communautaire a été présent aux trois ateliers de formation et était présent lors du *Forum régional* du 18 janvier 2010. Pour sa part, la représentante du CSSS a participé à la première moitié des deux premiers ateliers et n'a pu participer au *Forum régional* mais le CSSS a tout de même été représenté par deux professionnels ayant une bonne connaissance des ITSS et étant impliqués dans les collaborations avec Dopamine. Un suivi a été fait auprès de la représentante du CSSS qui a également pris connaissance des *Actes du Forum*.

Aux dires des acteurs, leur participation au projet de recherche et d'expérimentation leur a permis de bénéficier de commentaires de l'équipe de recherche leur donnant l'occasion de mieux se situer par rapport à leur propre démarche. Les acteurs ont particulièrement apprécié que le projet ait agi à titre d'observateur et ait mis en lumière l'avancement de leur initiative. Les remarques de l'équipe de recherche relatives à leurs pratiques partenariales leur apparaissaient utiles parce qu'elles constituaient un regard externe et objectif qu'eux ne pouvaient avoir étant donné leur implication dans l'action et dans l'atteinte de résultats concrets. Les membres de l'équipe de recherche interprétaient les pratiques des acteurs en les formulant dans les termes du cadre théorique de la recherche qui leur avait été présenté lors des formations et qui avait été utilisé pour l'interprétation des résultats de la recherche. Cela leur a été utile pour jeter un regard davantage objectif sur leurs pratiques partenariales en cours à savoir, notamment, qui faisait partie de leur réseau, qui ils souhaitaient voir s'investir, comment ils s'y prendraient pour élargir

⁵¹ Le représentant communautaire a toutefois été présent à seulement une des deux séances de validation.

leur réseau, quelles étaient les raisons faisant en sorte que l'élargissement s'était produit ou non, quelles opportunités ont été saisies et de quelle manière elles l'ont été (ex. : la sortie du maire d'arrondissement de Hochelaga-Maisonneuve).

Les acteurs ont trouvé enrichissant, et parfois même réconfortant, d'avoir accès à des personnes extérieures à leur réseau ayant suffisamment de recul pour leur refléter une « *photo d'eux et de leurs actions* ». Par ailleurs, les acteurs précisent que bien qu'ils se soient sentis encadrés par la recherche, ils n'ont en aucun cas subordonné leur projet et leurs décisions à la recherche au sens où ils ont accompli ce qu'ils souhaitaient accomplir de la façon qu'ils le souhaitaient, sans se questionner à savoir si cela cadrerait dans le projet de recherche. Ils ont perçu la recherche comme une opportunité et lui ont conféré un rôle utilitaire, alors qu'ils planchaient sur l'atteinte de leurs objectifs en termes de services à la population sur le territoire. L'intérêt de l'organisme communautaire à s'investir dans cette démarche de recherche – expérimentation était d'abord de susciter l'intéressement du CSSS envers les demandes qu'il lui adresse et plus globalement à l'égard même de la mission qu'il poursuit. Pour l'organisme, la recherche a stimulé ses collaborations avec le CSSS puisqu'elle a constitué un levier pour intéresser le CSSS à sa réalité et à ses demandes et à le mobiliser sur les enjeux qu'il considère prioritaires. L'investissement dans la recherche s'est avéré profitable pour lui dans la mesure où l'initiative a généré des résultats concrets dans le milieu.

Par ailleurs, le CSSS Lucille-Teasdale et Dopamine ont interpellé l'équipe de recherche dans le but de bénéficier de son aide au moment de définir leur réponse à la demande adressée par le maire d'arrondissement. Cette demande de soutien visait à ce que soit précisé le projet à mettre en œuvre en réponse à la problématique identifiée, et plus précisément, elle consistait à ce que soit réalisée une revue de littérature concernant la pertinence de mettre en place un centre de dégrisement. L'équipe de recherche a incité Dopamine à référer la demande à l'équipe ITSS de la DSP reconnue comme étant l'expert de contenu en prévention des ITSS par les trois classes d'acteurs. Il ne semble pas y avoir eu de suivi sur ce point.

Par ailleurs, les acteurs considèrent que la recherche aurait pu être davantage aidante si elle avait pu documenter leurs pratiques au fur et à mesure de la démarche. Étant donné que le principal gain retiré de leur participation au projet est celui d'avoir pu bénéficier de quelques remarques leur ayant fait prendre conscience de l'état d'avancement de leur initiative de même que de la trajectoire qu'ils lui avaient donnée, une documentation systématique de l'initiative au moment où elle avait lieu leur aurait été grandement profitable. Cela dit, les acteurs réalisaient des comptes rendus de leurs rencontres leur laissant une trace de leurs décisions et réalisations. Malgré cela, ils considèrent qu'une documentation systématique de leur initiative de la part de l'équipe de recherche aurait certainement accéléré les processus de mise en œuvre des actions.

2.2 Initiative RAP Jeunesse et CSSS Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent

Il convient de préciser que cette initiative est quelque peu différente des deux autres au sens où elle n'existait pas préalablement à la recherche-expérimentation. Elle a été initiée sous l'impulsion de la recherche, ce qui peut expliquer en partie pourquoi elle ne s'est pas développée. En effet, lors de la demande de financement de recherche (mars 2008), RAP Jeunesse croyait être sollicité (et acceptait de participer) en raison d'un projet de partenariat qu'il tentait de développer avec le CSSS d'Achuntsic et Montréal-Nord sur le dépiستage. Pour des

raisons contextuelles et des lacunes dans la communication⁵², ce n'est qu'au début de la recherche-expérimentation que Rap Jeunesse a appris qu'il était plutôt couplé au CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent. Le processus du choix de cette initiative a quelque peu altéré l'intérêt de RAP Jeunesse à s'y impliquer. Les acteurs ont mentionné avoir eu du mal, par la suite, à comprendre leur propre rôle dans la recherche-expérimentation. Ils sont arrivés à préciser leur initiative au moment où ils ont commencé à la réfléchir en fonction des besoins de leur territoire et des problèmes de leur population.

L'équipe de recherche a été sollicitée pour être présente à deux rencontres de l'initiative (octobre 2008 et février 2009) et y a participé. Elle n'a reçu aucune autre demande de la part des acteurs de l'initiative. Les partenaires communautaire et public de cette initiative ont respectivement participé à une entrevue de recherche ainsi qu'à une activité de formation sur les trois qui ont eu lieu. Ils n'étaient pas présents lors de la validation des résultats auprès de leur instance de concertation respective. Ils ont toutefois participé au *Forum régional* du 18 janvier 2010. Les représentantes du CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent et RAP Jeunesse étaient présentes lors de la rencontre du comité de suivi de la recherche le 21 septembre 2009 où elles ont fait état de l'avancement de leur projet. Elles ont mentionné ne pas être en mesure de définir des attentes envers l'équipe de recherche et ne souhaitaient pas être accompagnées dans leurs démarches. Cette expérimentation et l'offre de soutien qui l'accompagnait ne répondaient pas à des besoins de leur part.

2.3 Initiative Rézo et CSSS Jeanne-Mance

L'équipe de recherche a participé à deux rencontres de la première initiative, en mars et avril 2009. Les partenaires communautaire et public de cette initiative ont tous deux participé à une entrevue de recherche de même qu'à la validation des résultats auprès de leur instance de concertation respective⁵³. Au moins un représentant OC et CSSS a été présent à chacun des trois ateliers de formation de même qu'au *Forum régional* du 18 janvier 2010. Le représentant du CSSS était présent à la rencontre du comité de suivi de la recherche de septembre 2009 et il y a fait état de l'avancement de leur projet.

C'est l'équipe de recherche qui a réalisé les comptes rendus de ces deux rencontres bien qu'il ait été convenu, suite à la première réunion, que la prise de notes serait assurée par un membre de l'initiative par la suite. Les acteurs rapportent avoir ressenti une certaine pression lors de leur participation à la recherche pour que se développe un projet de collaboration plus précis entre eux. La difficulté des acteurs d'identifier un nouveau terrain de collaboration sur lequel s'atteler les a conduits à orienter leurs efforts sur un chantier déjà en cours, le projet de *Charte d'engagement* des saunas. Les contacts entre l'agente de recherche et l'organisateur communautaire du CSSS en charge du projet de la *Charte* ont eu lieu en avril 2010, après qu'ils aient été mis en lien par une professionnelle de l'équipe ITSS de la DSP attitrée au projet de la *Charte*. L'agente de recherche a assisté à la majorité des rencontres du *Comité intervention dans les saunas* entre mai 2010 et l'été 2011.

⁵² La direction de RAP Jeunesse n'a pris connaissance du devis qu'après son dépôt puisque le moment de la consultation et du dépôt a concorde avec la période des vacances.

⁵³ Le représentant communautaire n'a toutefois été présent qu'à une des deux séances de validation.

Pour les acteurs de cette initiative, le projet de recherche n'est pas arrivé à un moment opportun puisqu'il a débuté au moment même où les transformations du réseau se faisaient sentir. Les changements qui survenaient créaient une importante réorganisation au sein du CSSS, modifiant les pratiques collaboratives qu'il entretenait avec ses partenaires. En témoignent les nombreux changements de titulaire au poste de chef de programme ITSS du CSSS. Les acteurs considèrent qu'ils auraient pu tirer davantage profit du soutien offert par la recherche-expérimentation si leur projet de collaboration avait été mieux défini et plus avancé, c'est-à-dire si l'étape de problématisation avait été réalisée au préalable.

Au final, le cours de la collaboration entre le CSSS et l'OC a davantage été influencé par des éléments contextuels dont le roulement de personnel, entre autres causé par la réforme, et le financement non récurrent offert par la DSP en soutien au projet de la *Charte d'engagement* des saunas que par la recherche-expérimentation. Cela dit, les acteurs de cette initiative sont arrivés à atteindre un certain nombre de finalités de leur projet de la *Charte d'engagement* des saunas.

2.4 Que conclure au sujet de l'impact de la recherche participative et de l'accompagnement sur les initiatives de changement?

Premier constat, le soutien offert aux initiatives par l'équipe de recherche a été beaucoup moins soutenu que prévu, particulièrement pour deux des trois initiatives qui n'ont pratiquement pas fait appel à l'équipe de recherche, au point où le chercheur attiré les a lui-même relancées en cours de route.

Deuxième constat, très peu de synergie s'est développée entre les trois initiatives, de même qu'entre celles-ci et le palier régional. Le devis prévoyait que les exercices de réflexivité collective et d'explicitation des apprentissages, soutenus par l'équipe de recherche, seraient intégrés aux rencontres conjointes des deux instances collaboratives régionales, de sorte à favoriser le partage des savoirs. Or, la réflexion collective sur les initiatives, prévue lors des ateliers de formation et du *Forum régional*, a pratiquement été écartée vu leur peu d'avancement. En outre, les acteurs n'ont pratiquement jamais discuté de leurs projets avec leurs collègues lors des rencontres des deux instances régionales de concertation, alors que ces initiatives s'inscrivaient en principe dans leurs travaux : elles vont dans le sens des orientations du Plan régional de santé publique (PRSP), dont l'implantation au niveau local est le principal mandat du *Groupe de travail des répondants ITSS des CSSS (PAL-ITSS)*, tout comme elles s'inscrivent en lien avec le *Cadre de référence ITSS – Volet communautaire* (DSP, 2010a) qui promeut l'arrimage CSSS – OC.

Trois considérations permettent de jeter un éclairage sur ce bilan. D'abord, concernant la place des initiatives locales au sein des deux instances régionales, un point à leur ordre du jour est périodiquement consacré aux collaborations OC-CSSS. Des initiatives locales impliquant le CSSS et un OC existent sur plusieurs territoires de CSSS et l'équipe ITSS de la DSP était préoccupée par l'idée que les trois initiatives du projet d'expérimentation ne reçoivent davantage d'attention que celles ayant cours sur les autres territoires. Aux yeux de l'équipe ITSS de la DSP, l'équipe de recherche venait se superposer aux mécanismes et structures de soutien local qu'elle a institués, alors qu'elle détient le rôle de soutien aux acteurs locaux et qu'elle considère prioritaire l'arrimage entre les OC et les CSSS. L'équipe de recherche a pu soutenir que le projet d'expérimentation offert était ponctuel, qu'il tenait compte des mécanismes régionaux existants et proposait de s'y intégrer, qu'il portait sur des aspects peu couverts (les mécanismes de l'action en partenariat) par le soutien de l'équipe ITSS de la DSP, et qu'il répondait à un appel de projets

du MSSS – INSPQ pour supporter les collaborations dans le champ des ITSS dans le contexte de la création des CSSS.

Deuxièmement, la diversité des contextes des territoires locaux a semblé limiter l'intérêt du partage des expériences locales puisque chaque territoire en était à définir ses propres actions, en fonction d'où ils en étaient dans leurs collaborations et des difficultés rencontrées. Cela pourrait expliquer le peu d'attention porté aux trois initiatives au sein des instances régionales. De plus, les répondantes ITSS des CSSS semblaient être davantage à la recherche de soutien de la part du régional pour résoudre des difficultés vécues localement mais relevant de niveaux supérieurs. Deux initiatives mentionnent l'impact de la réforme. Pour l'une, la réorganisation et le roulement de personnel qu'elle a générés ont empêché l'initiative de voir le jour, les forçant à concentrer leurs efforts sur une initiative déjà existante; pour l'autre, la réforme a eu des retombées bénéfiques sur leur projet de collaboration en facilitant la création d'un poste d'infirmière de proximité par la consolidation de diverses enveloppes budgétaires.

Troisièmement, dans ce contexte de faible engagement régional autour du projet d'expérimentation, les retombées observées ne peuvent être qu'individuelles. La formation a constitué pour certain un point de vue externe et objectif sur leurs pratiques partenariales, duquel ils ont pu s'inspirer pour la conduite de leur initiative; elle a aussi constitué un levier d'intéressement de partenaires et d'amélioration des rapports collaboratifs. D'aucuns auraient aussi souhaité bénéficier davantage de soutien de recherche pour documenter et réfléchir plus systématiquement les processus de leur initiative. Mais il faut aussi considérer que le faible attrait général de l'offre d'accompagnement peut être lié au caractère peu appliqué des ateliers de formation. Les représentants des trois initiatives n'ont pratiquement jamais fait référence aux ateliers au cours de leurs démarches collaboratives pas plus qu'ils ont utilisé les outils fournis pour supporter leur réflexion sur leur système d'action. Il apparaît que la formation et l'accompagnement n'étaient pas un besoin perçu, ou qu'ils n'étaient pas adaptés aux besoins des acteurs locaux, et qu'ils n'en ont pas vu l'utilité et les bénéfices possibles, à l'instar de l'équipe ITSS de la DSP. Au sein du comité de suivi (septembre 2009), où siégeaient notamment des représentants des trois initiatives et de l'équipe ITSS de la DSP, le réajustement proposé par l'équipe de recherche à la suite des ateliers de formation comportait trois principales façons d'accompagner : recenser la littérature sur un point critique (ex. : une controverse); documenter le changement par du monitoring, c'est-à-dire permettre aux acteurs de constater le chemin parcouru; fournir des contenus théoriques et des outils et soutenir leur utilisation. Si cette offre n'a pas eu d'écho, les données recueillies au terme de l'expérimentation montrent tout de même qu'un apport de ce type aurait été souhaité par les acteurs d'au moins une des trois initiatives.

3 POINTS DE VUE DES ACTEURS SUR LES RETOMBÉES DES ACTIVITÉS DE LA RECHERCHE PARTICIPATIVE

Les autres activités de partage ont trait à la participation à la recherche (validation des analyses auprès des trois classes d'acteurs), à la publication des résultats de la recherche et à la communication et la discussion de ces résultats avec différents publics lors de différents événements. Notons : le *Forum régional sur le partenariat en prévention des ITSS* de janvier 2010; des présentations au *Comité directeur sur la démarche évaluative de la Stratégie ITSS*; à la *Table régionale de santé publique*; aux équipes de rédaction des rapports national et régional (Montréal) de santé publique, aux professionnels du Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang (SLITSS/MSSS) et de l'unité ITSS de l'INSPQ, de

même qu'à la DSP lors d'un Dîner-éclair; la publication des *Actes du Forum régional* remis à l'ensemble des partenaires (OC-CSSS-DSP), lors de la journée montréalaise ITSS du 10 novembre 2010, et sur le site Web de la DSP; le rapport de recherche rendu public en mai 2011 à la fois sur le site Web de la Chaire de recherche du Canada en organisation sociale (CRCOC) et sur celui de la DSP. En outre, la durée de vie utile du rapport de recherche n'est pas terminée et d'autres communications, publications et événements sont encore prévus. La présente évaluation ne peut se prononcer sur l'impact de toutes ces activités puisqu'une partie des données était déjà collectées lors de la publication du rapport de recherche.

Le Forum régional de janvier 2010 et le Dîner-éclair

Le *Forum* était la première activité de partage des premiers résultats de la recherche leur permettant de les réfléchir collectivement entre les trois classes d'acteurs. Bien qu'il ait attiré un grand nombre de personnes, le *Forum* ne semble pas avoir marqué les acteurs puisque plusieurs répondants des organismes communautaires et des CSSS y ayant participé se méprenaient à son sujet moins d'un an plus tard, le confondant avec d'autres activités réalisées par la DSP ou ayant oublié qu'ils y avaient participé. Les répondants de la DSP et surtout ceux de l'INSPQ y réfèrent toutefois comme à un événement relativement marquant.

Le *Forum* ayant été le lieu de diffusion des cinq principaux problèmes du système d'action, juger de son impact impose de tenir compte des développements encourus à leur sujet. La description présentée plus haut à ce sujet montre qu'ils ont évolué. Même si les acteurs n'ont pas traité ces problèmes de front, les nombreux exemples exposés font foi de l'activité régnant autour de ces problèmes collaboratifs. Il importe d'ailleurs de considérer à cet égard les démarches intensives poursuivies par le biais des deux instances de concertation régionales comme des éléments de solution adressés aux différents problèmes collaboratifs rencontrés au sein du système d'action.

Quant au *Dîner-éclair* tenu à la DSP (conférence midi) destiné à l'ensemble du personnel de la DSP et ouvert aux gens de l'extérieur, il a réuni une quarantaine de personnes, majoritairement des professionnels de la DSP, mais aussi de l'extérieur (dont des infirmières de CSSS). Alors qu'il aurait pu être un moment privilégié pour animer des discussions entre les équipes ITSS et Jeunes, il n'a pas intéressé particulièrement les professionnels de ces secteurs qui ne s'y sont pas présentés en grand nombre.

Utilisation des résultats pour la rédaction des rapports ITSS national et régional

La rédaction des rapports provincial et montréalais de santé publique a coïncidé avec la diffusion des résultats de la recherche et les équipes de rédaction disposaient d'un document de travail en plus des *Actes du Forum*. Les équipes de rédaction ont également été informées des résultats de la recherche par le biais de rencontres de travail auxquelles l'équipe de recherche a été conviée. L'angle d'approche des rapports régional et national sur les ITSS étant davantage centré sur les problèmes sociosanitaires que sur ceux du système d'intervention, on ne réfère pas aux résultats dans ces deux rapports. Cependant, ces résultats sur les problèmes du système d'action montréalais auraient contribué, au palier national, au jeu d'influence faisant partie intégrante de ce genre de démarche en fournissant une compréhension de la mise en œuvre du programme national sous la forme de cinq problèmes de système, favorisant que le rapport national développe une problématisation plus globale, particulièrement en amont, en promotion-prévention.

Au Comité directeur sur la démarche évaluative de la Stratégie ITSS

Les résultats de la recherche, particulièrement les 5 problèmes mis en lumière, ont contribué à animer des discussions au sein du *Comité directeur sur la démarche évaluative de la Stratégie ITSS* quant à la façon de concevoir un 4^e chantier d'évaluation de la mise en place de la Stratégie. Ils ont motivé ce comité à revoir l'appel d'offres suivant, qui devait porter sur les HARSAH, pour le transformer en un projet d'accompagnement lié à l'intégration des services en CSSS. En outre, ce comité a sollicité la participation des équipes de recherche des quatre chantiers dans le but de tenir un séminaire d'une journée, à l'hiver 2012. S'adressant à des acteurs-clés, ce séminaire visera à présenter et échanger sur les résultats des recherches et réfléchir à la mise en action des connaissances produites pour l'amélioration du programme et des pratiques. Il s'agira d'une occasion d'aborder les enjeux et défis de mise œuvre des interventions étudiées ainsi que les rôles de soutien et d'accompagnement requis, à la lumière des connaissances produites et de l'expérience des chercheurs⁵⁴.

Les discussions ayant eu cours au *Comité directeur sur la démarche évaluative de la Stratégie ITSS* ont également eu un écho au palier régional puisque la Direction du développement des individus et de l'environnement de la Direction générale de santé publique du MSSS a souligné l'intérêt des résultats de la recherche auprès du Directeur de santé publique de Montréal. Il apparaît indiqué pour la DSP de considérer ces résultats dans le contexte de ses priorités stratégiques 2010-2015 (DSP, 2011), où figure la réduction des inégalités sociales de santé. Pour réduire l'épidémie d'ITSS (VIH et VHC surtout), la recherche soutient que l'intervention en amont doit se développer auprès des sous-groupes présentant des risques sociaux plus élevés qui conduisent à des risques sanitaires plus élevés (ici, les jeunes en difficulté et les jeunes homosexuels).

⁵⁴ Outre le présent projet de recherche, deux autres chantiers étaient en branle, un traitant de l'éducation à la sexualité dans le milieu scolaire (J. Otis) et l'autre du développement des capacités stratégiques des acteurs UDI (N. Bellot). Pour en savoir davantage à ce sujet, visiter le <<http://www.espaceitss.ca/14-comites-et-ressources-comite-directeur-sur-levaluation-de-la-strategie-quebecoise-de-lutte-contre-le-vih-le-vhc-et-les-its.html?pageEnCours=1>>.

CONCLUSION

Ce rapport se veut un bilan critique de l'expérimentation de stratégies de partage et utilisation de connaissances (PUC) avec le système montréalais de prévention des ITSS, particulièrement une recherche participative, des ateliers de formation et de l'accompagnement d'initiatives de changement, sur une période de trois ans. La question est de savoir si une équipe de recherche, en mettant en place des dispositifs de PUC avec des acteurs impliqués dans un système d'action, peut induire des changements dans celui-ci.

Le bilan a montré que les activités de PUC ont eu un impact limité sur le système d'action. Le travail de l'équipe de recherche a très peu dynamisé le système d'action, autant en ce qui a trait aux trois initiatives accompagnées qu'en ce qui a trait à l'évolution des cinq problèmes mis en lumière par la recherche. La recherche a fait ressortir cinq problèmes de système sans pour autant avoir, à ce jour, amené les acteurs à tenter de les réfléchir et leur apporter des solutions de système. Quant aux initiatives, leur accompagnement par l'équipe de recherche a été plutôt ténu et leur évolution, à ce jour, a peu à voir avec l'accompagnement accordé.

Partage et utilisation des connaissances et réciprocité entre chercheurs et praticiens

La mise en place de dispositifs de PUC, et plus spécifiquement l'accompagnement des trois initiatives de changement, se voulait une façon, pour l'équipe de recherche, de tenter de mettre en œuvre les ambitieux modèles de PUC qui inspiraient l'expérimentation. Il appert que les stratégies de PUC mises en œuvre se sont avérées des stratégies de production et de diffusion de connaissances plutôt conventionnelles et largement unidirectionnelles.

L'introduction de connaissances dans le système d'action par le biais du matériel conceptuel et des outils fournis lors des ateliers de formation n'a pas semblé répondre aux besoins des acteurs qui ne les ont pas intégrés à leurs pratiques, parce que trop complexes et éloignés de leurs préoccupations. L'équipe de recherche a introduit des concepts, voire un paradigme, qui ont pu apparaître inhabituels dans le champ de la prévention des ITSS, à la fois sur le plan du partenariat (ex. : l'analyse des controverses sur la base d'une égalisation du rapport de partenariat entre acteurs public et communautaire) et de l'intervention (ex. : l'extension du système d'action en amont de l'intervention de protection). Malgré que la formation ait pu comporter des outils appliqués, cela n'a pas suffi à combler la distance entre la théorie et la pratique. Le pari des chercheurs était que les acteurs de l'intervention sauraient injecter dans les outils les contenus pratiques nécessaires pour les rendre parlants.

Or, dans ce dialogue entre chercheurs – praticiens, une appropriation du monde de l'autre est nécessaire pour qu'il y ait une plus-value à des activités de PUC. De son côté, la recherche s'approprie progressivement un champ de pratique qui lui est a priori étranger, ici celui de la prévention des ITSS, en lui appliquant un cadre théorique d'analyse, la théorie de l'acteur-réseau le cas échéant, pour arriver à fournir une compréhension qui est différente de celle que véhiculent les acteurs impliqués, leur permettant de prendre du recul devant leur système d'action. Pour que le dialogue opère, les acteurs du système d'action doivent pouvoir s'approprier, à grands traits, les outils conceptuels de la recherche pour tirer profit de ses résultats. Il ne peut y avoir de retombées de la recherche participative ni d'autres activités de PUC sans une réciprocité, à géométrie variable il est vrai, dans l'appropriation du monde de

l'autre. Les évaluations faites des partenariats de recherche (Cargo et Mercer, 2008) tendent à montrer qu'ils engendrent des gains à condition que les chercheurs et les acteurs de l'intervention entrent en dialogue pour construire l'objet et les produits de recherche et que ces derniers s'approprient et développent des capacités liées à la recherche en côtoyant les chercheurs. L'idée centrale est que pour être efficaces, les partenariats de recherche doivent contribuer au pouvoir d'agir des acteurs de l'intervention. Ainsi, les chercheurs et les acteurs de l'intervention doivent conserver en tête la contribution des savoirs produits à l'enjeu de santé auquel ils s'adressent. Dans la présente expérience, ce dialogue entre les mondes n'a pas suffisamment opéré. Un tel dialogue requiert des chercheurs et des praticiens une disponibilité qui dépasse celle prévue au devis d'expérimentation. Dans l'analyse, nous avons explicité les raisons liées à la synchronie des activités avec le cours de l'intervention, sur lesquelles nous reviendrons ci-après. Nous avons aussi élaboré sur l'espace de la formation, occupé par l'équipe ITSS de la DSP positionnée au centre du système d'action, et qui n'avait pas sollicité l'introduction du projet de recherche et d'expérimentation dans ce système. L'équipe ITSS de la DSP assume le leadership et les orientations du programme; elle balise et organise la formation et le soutien à l'intervention, et oriente largement la problématisation de l'intervention. La demande de recherche sur la collaboration public – communautaire dans le champ montréalais de la prévention des ITSS n'a pas à proprement parler émané de l'acteur DSP, mais plutôt d'un acteur du système élargi, soit le *Comité directeur sur l'évaluation de la Stratégie québécoise de lutte au VIH, VHC et ITS* (MSSS – INSPQ). Il apparaît que toutes ces raisons ont pu avoir raison d'une collaboration plus fructueuse.

Synchronie des activités de PUC avec le cours de l'intervention

Il est pensable qu'une planification de recherche plus souple et non soumise à un calendrier préétabli, lié à la recherche subventionnée, aurait pu être plus profitable pour l'expérimentation et l'ensemble du système d'action. Ainsi, il aurait pu être préférable de ne débiter le volet formation et expérimentation qu'après avoir terminé la recherche, plutôt que de les mener de manière concomitante. L'idée de tenir concomitamment les deux volets était que les acteurs du système d'action, et plus précisément ceux des trois initiatives, puissent intégrer leurs connaissances nouvelles au sein de leurs pratiques collaboratives et, en contrepartie, que les ateliers puissent être alimentés par ces initiatives. Or, le cours de l'intervention a changé la donne et l'équipe de recherche n'a pas été en mesure de réajuster le plan. La méconnaissance du système d'action de la part de l'équipe de recherche au moment des ateliers de formation semble avoir eu pour conséquences une démotivation des acteurs et un certain désintérêt de leur part envers la démarche. Réciproquement, les chercheurs n'ont pas eu de prise sur leur objet (le système d'action ITSS) et sur l'application de leurs théories et instrumentation tant qu'ils n'ont pas eu en main les premiers résultats de recherche.

En outre, les résultats de la recherche sur les collaborations ont montré que les problèmes auxquels se butent les acteurs ont cours dans plusieurs territoires locaux. Ce sont en réalité des problèmes régionaux nécessitant des solutions régionales (par exemple, la question du dépistage). Dans cette lignée, l'accompagnement d'initiatives locales par l'équipe de recherche, bien que celles-ci aient pu comporter un potentiel de généralisation, pouvait apparaître déphasé par rapport aux résultats présentés en cours de route. Lors de la deuxième année, le travail de l'équipe de recherche était en décalage vis-à-vis des actions en cours dans le système d'action, d'autant plus que les fonds non récurrents mettaient l'accent sur des projets régionaux et que

ces derniers, qui appelaient à la collaboration entre les acteurs, constituaient les principaux projets sur lesquels les acteurs s'investissaient.

Après avoir obtenu du bailleur de fonds une extension du calendrier de recherche pour s'ajuster le plus possible au terrain, dans les suites du *Forum* de janvier 2010, l'équipe de recherche a proposé aux acteurs un accompagnement autour des cinq problèmes du système d'action. Il aurait éventuellement pu être possible, à ce stade, de réaliser une amorce de discussion sur ces problèmes impliquant l'ensemble des acteurs du système d'action et d'envisager le développement de stratégies de changement avec les acteurs, notamment par la résolution de controverses sous-jacentes à ces problèmes. Un tel changement dans l'ordre des dispositifs de partage des connaissances, bien qu'il aurait assurément rencontré d'autres difficultés, aurait néanmoins pu permettre à l'équipe de recherche de se rapprocher des pratiques des acteurs. Cette proposition a été refusée par les acteurs, sans doute parce qu'elle venait trop tardivement, que leur intérêt envers la démarche s'était déjà effrité, et que la proposition comportait des risques que les acteurs n'étaient pas prêts à prendre à ce moment. Mentionnons le risque de bousculer un rapport social construit de longue date entre les parties prenantes des principales controverses qui caractérisent le système d'action. Cela dit, le calendrier de mise en œuvre d'une recherche n'est pas prévu pour s'ajuster au terrain, mais plutôt pour se dérouler le plus possible en conformité avec le devis, déposé au bailleur de fonds plus d'une année auparavant dans ce cas-ci.

Paradigme du partage et de l'utilisation des connaissances

Les connaissances produites dans la recherche sur les collaborations semblent intéresser davantage des décideurs de plus haut niveau, tels que le MSSS et l'INSPQ, que les partenaires régionaux et locaux de la recherche. La recherche est financée par des décideurs qui jugent qu'elle peut amener des éclairages et des éléments de réponse à des problèmes non résolus, tels que le contrôle des ITSS, malgré la mise en œuvre d'actions par un système plutôt bien organisé et passablement bien financé. Cette recherche vient appuyer ce que d'autres (Laberge *et al.*, 2002 et Roy *et al.*, 2005), également subventionnés par la démarche évaluative en soutien à la mise en œuvre de la *Stratégie* ont dit avant, à savoir que des avancées sont à faire en prévention-promotion et que certains problèmes d'opérationnalisation ne sont pas abordés par les stratégies nationales. La récurrence avec laquelle ces problèmes sont rapportés dans ces études, de 2005 jusqu'à maintenant, renvoie au processus décisionnel lui-même, à l'étendue des acteurs qui y participent et aux informations qui y sont mobilisées pour soutenir la décision. Dans ces études, les acteurs rencontrés s'attendent à ce que le MSSS publie des orientations s'adressant davantage aux problèmes de mise en œuvre. L'initiative du *Comité directeur sur l'évaluation de la Stratégie ITSS* de réunir en décembre 2011 les décideurs et autres utilisateurs de connaissances avec les responsables des quatre chantiers de recherche et de PUC menés concurremment, dont la présente recherche – expérimentation, pourra répondre à cette préoccupation.

Ce cas particulier des recherches réalisées dans le cadre de la mise en œuvre de la *Stratégie* vient interroger la distribution des responsabilités au sein du *paradigme du transfert des connaissances*. Alors que le monde de la recherche ne dispose pas de leviers décisionnels importants, et ce n'est pas là son rôle, le *paradigme du transfert des connaissances* fait porter aux chercheurs – et aux courtiers de connaissances – le fardeau du transfert des connaissances. Par exemple, les fonds des organismes subventionnaires de la recherche dédiés aux activités de partage/transfert de connaissances sont accessibles à des chercheurs qui doivent s'adjoindre des utilisateurs de connaissances. Il importe que ce paradigme soit revisité pour un partage des

responsabilités dans l'utilisation des connaissances issues de la recherche qui reflète la distribution des responsabilités dans les processus décisionnels de l'intervention entre les décideurs et les chercheurs. Au *Comité directeur sur la démarche évaluative de la Stratégie ITSS*, la réorientation du quatrième chantier d'évaluation vers la résolution des problèmes de la première ligne de services en CSSS témoigne de cette volonté d'interpeller les décideurs pour soutenir le changement dans les systèmes d'action, plutôt que d'interpeller les chercheurs tel que ce fut le cas dans la présente expérimentation.

RÉFÉRENCES

- AKRICH, M., CALLON, M. et B. LATOUR (2006) *Sociologie de la traduction. Textes fondateurs*. Paris : École des Mines de Paris. 301 pages.
- BILODEAU, A., BOURQUE, D., BEAUCHEMIN, J. et M. GALARNEAU (2011) *L'intervention en prévention des ITSS à Montréal. Potentialités, limites et défis de la collaboration dans le contexte de la création des CSSS*. Cahiers de la Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire (CRCOC), No 1102, Gatineau : Université du Québec en Outaouais. 117 pages.
- BILODEAU, A., BEAUCHEMIN, J., BOURQUE, D. et M. GALARNEAU (2010) *Actes du Forum régional sur le partenariat en prévention des ITSS. Tenu le 18 janvier 2010*. Montréal : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 42 pages.
- BILODEAU, A. (2008) *Microprogramme en santé publique - MSO6340 Intersectorialité et action en partenariat en santé publique*. Montréal: Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal.
- BOGGS, J. P. (1992) Implicit Models of Social Knowledge Use. *Knowledge : Creation, Diffusion, Utilization, 14 (1) : 29-62*.
- BOYER, G., LANE, J. et D. ST-CYR-TRIBBLE (2006) *Recherches révélatrices du transfert des connaissances en CLSC-CAU : stratégies, facteurs facilitants et freinants*, Présentation dans le cadre du 74^{ème} congrès de l'ACFAS, Montréal.
- CALLON, M. (1988) La science et ses réseaux. Genèse et circulation des faits scientifiques. Paris : La Découverte.
- CALLON, M. (1986) Éléments pour une sociologie de la traduction. *L'année sociologique, 36, 169-208*.
- CARGO M., MERCER S.L. (2008) The value and challenges of participatory research : Strengthening its practice. *Annual Review of Public Health, 29: 325-350*.
- DENIS, J.-L., LAMOTHE, L. et A. MCMANUS (2005) *Connaissances et pratiques de gestion dans le domaine de la santé*. Infolettre GETOS-AnÉIS, vol 2 (3).
- DENIS, J.-L., LEHOUX, P., et F. CHAMPAGNE (2004) "A knowledge utilization perspective on fine-tuning dissemination and contextualizing knowledge" in Lemieux-Charles, L. et F. Champagne (dir.), *Using knowledge and evidence in health care: Multidisciplinary perspectives*, Toronto: University of Toronto Press, p. 18-40.

- DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL (DR R. LESSARD) Mot de bienvenue lors de la *Journée montréalaise en ITSS « Faire des ITSS une priorité régionale. Le point de vue du Directeur »* (Programme préliminaire). Non publié.
- DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL (DR R. LESSARD) (2010) « Les ITSS à Montréal : une priorité », Communication dans le cadre des 14^e journées annuelles de santé publique (JASP). Québec, 22 novembre 2010. Disponible en ligne au <<http://jasp.inspq.qc.ca/Data/Sites/1/SharedFiles/presentations/2010/RichardLessard.pdf>>, consulté le 21 septembre 2011.
- DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE (2011) *Plan régional de santé publique 2010-2015. Garder notre monde en santé*. Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 65 pages. En ligne au : <<http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/espace-du-directeur/rubriques/le-directeur-et-son-mandat/plan-regional-de-sante-publique.html>>, consulté le 9 décembre 2011.
- DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE (2010a) *Programme de prévention du VIH, des hépatites et des autres infections transmissibles sexuellement (ITS) pour la région de Montréal. Cadre de référence 2010-2015 - Volet communautaire*, Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 36 pages.
- DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE (2010b) *Rapport du directeur de santé publique sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang à Montréal*. Joindre plus, dépister plus, traiter plus. Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 40 pages. En ligne au : <[http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/index.php?id=523&tx_wfqbe_pi1\[uid\]=904](http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/index.php?id=523&tx_wfqbe_pi1[uid]=904)>consulté le 5 novembre 2011.
- DIRECTEUR NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL (DR A. POIRIER) (2010) « *Appel à la mobilisation, le point de vue national* », Communication dans le cadre des 14^e journées annuelles de santé publique (JASP). Québec, 22 novembre 2010. Disponible en ligne au <<http://jasp.inspq.qc.ca/Data/Sites/1/SharedFiles/presentations/2010/AlainPoirier.pdf>>, consulté le 21 septembre 2011.
- EDELENBOS J. et M. VAN EETEN (2001) The missing link: Processing variation in dialogical evaluation. *Evaluation*, 7: 204-210.
- FORD E. W., WELL, R. and B. BAILEY (2004) Sustainable Network Advantages: A Game Theoretic Approach to Community-Based Health Care Coalitions. *Health Care Manage Rev*: 29 (2) : 159-169.
- GIBBONS, M. (1994) “Introduction” in GIBBONS, M., LIMOGES, C., NOWOTNY, H., SCHWARTZMAN, S., SCOTT, P. and M. TROW., Eds., *The New Production of Knowledge: The Dynamics of Science and Research in Contemporary Societies*, London, p. 1-16.

- GOERING, P. *et coll.* (2003) Linkage and exchange at the organizational level: a model of collaboration between research and policy. *Journal of Health Services Research and Policy* 8, 14-19.
- JOURNÉES ANNUELLES DE SANTÉ PUBLIQUE (JASP) « Dépister les infections transmissibles sexuellement et par le sang : un choix de santé profitable », 22 novembre 2010. Disponible en ligne au <<http://jasp.inspq.qc.ca/depister-les-infections-transmissibles-sexuellement-et-par-le-sang-un-choix-de-sante-profitable.aspx>>, consulté le 21 septembre 2011.
- JOURNÉES ANNUELLES DE SANTÉ PUBLIQUE (JASP) « Intervenir auprès des personnes toxicomanes de la nécessité de travailler en réseaux », Communications dans le cadre des 14^e journées annuelles de santé publique (JASP). Québec, 23 novembre 2010. Disponible en ligne au <<http://jasp.inspq.qc.ca/intervenir-aupres-des-personnes-toxicomanes-de-la-necessite-de-travailler-en-reseaux.aspx>>, consulté le 21 septembre 2011.
- LABERGE, A., ROSSI, C., ALLEN, M. F. et P. RACINE (2002) *Bilan de la mise en œuvre des orientations nationales en matière de VIH/sida, de MTS et de VHC : Les points de vue des régions*. Québec : Institut national de santé publique du Québec et Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 41 pages.
- LAMBERT G., HALEY, N., JEAN, S., TREMBLAY, C., FRAPPIER, J.-Y., OTIS, J. et É. ROY (2010) *Sexe, drogue et autres questions de santé. Étude sur les habitudes de vie et les comportements associés aux infections transmissibles sexuellement chez les jeunes hébergés dans les centres jeunesse du Québec. Rapport Synthèse*. Montréal : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Institut national de santé publique du Québec, 13 pages.
- LANDRY, R., AMARA, N. et M. LAMARI (2000) *Évaluation de l'utilisation de la recherche sociale subventionnée par le CQRS*. Chaire FCRSS/CHSRF sur la dissémination et l'utilisation de recherche. Université Laval, Québec.
- LATOUR, B. (2006) *Changer de société, refaire de la sociologie*. Paris: La Découverte. 401 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004) *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement – Orientations 2003-2009*. Gouvernement du Québec : Direction de la protection de la santé publique et Direction des communications du MSSS 56 pages. En ligne au <<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/fb143c75e0c27b69852566aa0064b01c/4d1e72b4476da39c85256def00547c26?OpenDocument>>, consulté le 28 octobre 2011.
- POTVIN L. et S. BISSET (2008) There Is More to Methodology than Method in L. Potvin & D. McQueen (Eds), *Health Promotion Evaluation Practices in the Americas. Values and Research* (pp. 63-80). New York: Springer.

- POTVIN L., GENDRON S., BILODEAU A. and P. CHABOT (2005) Integrating Social Theory Into Public Health Practice. *American Journal of Public Health* 95 (4): 591-595.
- ROY, S., PERREAULT, M., LEVESQUE, P.-A., BILLETTE, I. et V. VANASSE (2005) *Représentations des actions intersectorielles dans la lutte contre le VIH/sida - Volet 1 : les points de vue des acteurs-clés de divers secteurs de Montréal*. Rapport de recherche, Collectif de recherche sur l'itinérance, la pauvreté et l'exclusion sociale (CRI), Université du Québec à Montréal, 99 pages.
- TROTTIER, L.-H. et F. CHAMPAGNE (2006) *L'utilisation des connaissances scientifiques : au cœur des relations de coopération entre les acteurs*. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Montréal : Université de Montréal, 39 pages.
- VINCENT, M., P. C. VEILLEUX et H. DAVID (2003) « Mesures préventives auprès des cocaïnomanes désaffiliés », *Santé mentale au Québec*, **28** (1) : 212-231. Disponible en ligne au <<http://id.erudit.org/iderudit/006989ar>>, consulté le 21 septembre 2011.
- WEISS, C.H. (1979) "The many meanings of research Utilization", *Public Administration Review*, vol. 39: 426-431.

ANNEXE 1

**SOUTIEN ET ACCOMPAGNEMENT D'UNE INITIATIVE HORS MONTRÉAL
LE CAS DE PIKATEMPS EN ABITIBI**

LE CAS DE PIKATEMPS EN ABITIBI

Mise en contexte

À l'automne 2007, le MSSS et l'INSPQ lancent un appel de propositions conjoint sur les *collaborations souhaitables entre le réseau public et les organismes communautaires en prévention des ITSS auprès des populations vulnérables*. L'équipe de recherche dont Angèle Bilodeau est la chercheuse principale a répondu à l'appel de propositions en soumettant un devis intitulé « *Les collaborations public – communautaire en prévention des ITSS : recherche-intervention autour de processus innovants* », qui a été accepté par le Comité scientifique de l'INSPQ.

En réponse au devis de l'équipe de recherche, le Comité scientifique MSSS-INSPQ lui fait part de la préoccupation que la recherche-intervention ait des retombées pour les acteurs des autres régions que la région montréalaise et demande à ce que l'équipe accroisse la portée de la recherche et les retombées des résultats pour les autres régions. En ce sens, le Comité scientifique demande la participation d'acteurs hors Montréal à trois dispositifs du projet : le comité de suivi, les (2) deux forums régionaux et les (4) quatre demi-journées de formation. En outre, il s'attend « *à ce que les outils et les résultats sur les dispositifs soient rendus accessibles aux autres régions sans obligation de leur part* ».

Tout en lui reconnaissant des difficultés d'application, l'équipe de recherche se positionne en faveur de la participation d'acteurs d'une ou deux initiatives hors Montréal à condition que cette participation soit soutenue par l'INSPQ-MSSS⁵⁵. Toutefois, l'équipe de recherche précise que les acteurs sollicités à participer doivent être déjà engagés dans un projet de collaboration public – communautaire en prévention des ITSS auprès des populations vulnérables et être disposés à suivre la formation en ligne *Intersectorialité et action en partenariat* (MSO-6340).

À l'automne 2008, le MSSS fait une offre d'apprentissage en action aux différentes régions. Seule la région de l'Abitibi-Témiscamingue se montre intéressée. Elle soumet le projet PIKATEMPS, un service de dépistage et de prévention des ITSS s'adressant aux clientèles vulnérables, mis en place en 2000 au centre-ville de Val-d'Or⁵⁶. Ce projet, qui mobilise un grand nombre de partenaires publics et communautaires⁵⁷, a été accepté.

⁵⁵ L'équipe de recherche s'attend à ce que l'INSPQ-MSSS fasse connaître le projet aux acteurs hors-Montréal, sollicite leur participation et défraie les coûts de la participation aux différentes activités (formation, forums).

⁵⁶ La mission de PIKATEMPS est la suivante : « offrir des services accessibles de prévention, de relation d'aide et de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) aux personnes présentant des facteurs de risque en lien avec leurs comportements sexuels ou leur consommation de drogues ou d'alcool et ce, dans une approche de réduction des méfaits ». Les clientèles ciblées sont « essentiellement les jeunes de la rue, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les utilisateurs et les utilisatrices de drogues par injection, les travailleurs et les travailleuses du sexe, ainsi que les autochtones ». (Bilan PIKATEMPS, p. 4).

⁵⁷ Les participants à PIKATEMPS engagés dans l'expérimentation sont : l'Agence de santé et services Sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, le Carrefour jeunesse-emploi, le Centre d'amitié autochtone, le Centre de santé Lac Simon, le Centre de santé Kitcisakik, le Centre Normand, la Clinique régionale de soins intégrés en VIH/SIDA, le CSSS de la Vallée-de-l'Or, La Piaule de Val-d'Or Inc., la Sûreté du Québec, l'Unité Domrémy.

De nombreux obstacles à la participation des membres de PIKATEMPS pour le volet formation

La participation d'acteurs hors Montréal au projet supposait leur participation en ligne au cours *Intersectorialité et action en partenariat* déjà offert par le biais de l'Université de Montréal (UdeM). La solution en ligne a été choisie afin d'éviter les déplacements à Montréal – et les frais – aux participants de Val d'Or pour les demi-journées de formation. Or, des difficultés majeures ont été rencontrées quant à l'accès des membres de l'initiative au cours en ligne.

D'une part, plusieurs difficultés administratives ont dû être résolues par l'INSPQ et l'équipe de recherche pour permettre l'accès des membres de l'initiative PIKATEMPS au cours en ligne. Pour faciliter leur participation, l'INSPQ voulait les exempter du processus habituel en payant leur inscription et en leur évitant de devoir faire parvenir à l'UdeM les documents demandés pour une inscription universitaire régulière. L'UdeM exigeait que tous les participants fournissent les documents usuels (formulaire en règle, bulletin, papiers d'état civil). En outre, les services financiers de l'UdeM refusaient d'adresser une facture collective à l'INSPQ. De son côté, l'INSPQ offrait de défrayer les coûts d'inscription des participants mais ne pouvait émettre de paiement sans facture de l'UdeM⁵⁸. L'UdeM refusait de son côté de faire une mesure d'exception quant aux modalités d'inscription, ce qui a constitué un irritant majeur et retardé le début de la formation de plusieurs mois.

D'autre part, les membres de l'initiative PIKATEMPS ont rencontré une série de problèmes d'accès à la plateforme en ligne de l'UdeM. Certains organismes ne disposaient pas du matériel informatique nécessaire, certains n'arrivaient pas à se connecter à la plate-forme. Il semble également que certains aient rencontré des difficultés à être dégagés de leur travail pour suivre la formation en ligne. Il semble donc que la formation en ligne requiert un certain nombre d'habiletés, de connaissances et de matériel informatiques dont ne disposent pas nécessairement les gens engagés dans des pratiques partenariales public – communautaire. Cette technologie ne semble pas adaptée à de tels processus non académiques. Elle n'a pas été propice à la mobilisation des partenaires et a même compromis leur participation aux autres activités de recherche dont le *Forum régional*. En effet, il semble que certains partenaires de l'initiative ont interprété la situation comme témoignant de leur incompétence à travailler avec les technologies, et ont vécu cette expérience comme un échec⁵⁹.

Des obstacles supplémentaires

Au-delà du fait que la technologie ait pu être rébarbative pour plusieurs, il semble que l'équipe de recherche et les responsables de PIKATEMPS n'ont pas réussi à installer une communication efficace leur permettant de surpasser les obstacles rencontrés de part et d'autres. Les responsables de la formation en ligne (l'équipe de recherche) ont pourtant déployé un certain nombre de démarches pour tenter d'y arriver. Par exemple, avant chacune des activités prévues,

⁵⁸ La même situation a pourtant trouvé une solution dans une cohorte ultérieure du MSSS (printemps 2010) où la DSP de Montréal a produit un chèque adressé à l'Université pour couvrir l'inscription collective du groupe. La DSP n'a eu qu'à adresser une réquisition de chèque à l'Agence de santé et de services sociaux.

⁵⁹ Tous ces obstacles ont compromis leur participation : « on a senti l'enthousiasme décroître. Les gens étaient prêts à suivre la formation en ligne, mais l'investissement leur paraissait trop important ». « Le partenariat ne peut se réaliser à distance. La technologie ne peut remplacer le contact humain qui est un élément très important pour la mobilisation ». (Gestionnaire d'un organisme membre de PIKATEMPS).

ils ont envoyé des courriels précisant les modalités d'accès à la plateforme en ligne et les démarches à suivre pour participer à l'activité.

Nous pouvons également supposer que le nombre d'interlocuteurs avec lesquels les gens de l'initiative ont dû communiquer ait pu complexifier la communication (chercheuse principale de l'équipe de recherche, deux tuteurs du cours en ligne, deux répondants de l'INSPQ en plus de l'UdeM). Un mécanisme de centralisation de l'information est peut-être à prévoir à l'avenir, à savoir qu'une seule personne soit en charge de la communication avec les gens de l'initiative et que toutes les demandes soient dirigées vers cette personne qui en assure les suivis.

Par ailleurs, il importe de préciser que le contexte de la mobilisation autour de la vaccination H1N1 a joué en défaveur de la participation des acteurs de l'initiative PIKATEMPS, comme ce fut le cas des acteurs des trois initiatives montréalaises. Le réseau public a grandement été sollicité dans la mise en place de la campagne de vaccination, reléguant des projets de collaboration *moins urgents* en deuxième plan. La grippe H1N1 semble toutefois avoir constitué une « *porte de sortie* » pour certains partenaires de l'initiative PIKATEMPS.

Considérations - réflexions générales

Le retard substantiel qu'a subi tout le processus d'accompagnement des initiatives de Montréal a limité de façon importante l'appropriation, par les acteurs de l'initiative de l'Abitibi, des connaissances ainsi générées. Dans la mesure où les connaissances relatives aux initiatives montréalaises ont tardé à venir, la possibilité que les acteurs de PIKATEMPS en tirent profit ne s'est pas manifestée⁶⁰.

Au final, l'ouverture du projet de recherche à l'initiative abitibienne n'a pas permis d'atteindre les résultats escomptés. Cela dit, les gens de cette initiative ont précisé que cette expérience n'a pas eu d'impact négatif sur la mobilisation des partenaires de leur initiative puisque le rapport de confiance était déjà établi entre eux. Bien qu'elle ait réalisé les activités auxquelles elle s'était engagée, l'équipe de recherche n'a pas réussi à mettre en place toutes les conditions nécessaires pour favoriser la participation des acteurs de l'initiative de l'Abitibi. La participation d'acteurs provenant d'autres régions à un projet réalisé dans la région montréalaise peut être mise en question, tout comme la capacité des technologies à créer le lien social nécessaire à la mobilisation dans de tels contextes.

⁶⁰ Cette conclusion rappelle les réserves dont l'équipe de recherche a fait part au Comité scientifique suite à la demande d'ouverture aux régions : « Le réalisme de cette ouverture pourra être mieux apprécié lorsque l'on verra quelle est l'ampleur de la participation montréalaise et de la participation souhaitée hors Montréal ». (Réponse de l'équipe de recherche au Comité directeur, 12 juin 2008).

ANNEXE 2

GRILLE D'OBSERVATION DU TRAVAIL DE L'ACCOMPAGNATEUR

GRILLE D'OBSERVATION DU TRAVAIL DE L'ACCOMPAGNATEUR

Rencontre de l'initiative _____

Date _____

N°	Qui initie l'intervention de l'accompagnateur ? (encercler A ou B) A) Lui-même B) Quelqu'un d'autre	Quelle est la teneur des propos? (encercler A ou B) A) Les propos font référence à la théorie B) Les propos font référence à l'intervention ITSS	Utilité de l'intervention (encercler A ou B) A) L'intervention est ensuite tombée à plat B) L'intervention a ensuite été reprise au vol par quelqu'un
1	A B (indiquer l'acteur) :	A : non – oui. Si oui, spécifier quels aspects de la théorie et le contexte de cette intervention. B : non – oui ; spécifier :	A B : indiquer l'acteur et la portée de la reprise des propos.
2	A B (indiquer l'acteur) :	A : non – oui. Si oui, spécifier quels aspects de la théorie et le contexte de cette intervention. B : non – oui ; spécifier :	A B : indiquer l'acteur et la portée de la reprise des propos.
3	A B (indiquer l'acteur) :	A : non – oui. Si oui, spécifier quels aspects de la théorie et le contexte de cette intervention. B : non – oui ; spécifier :	A B : indiquer l'acteur et la portée de la reprise des propos.

ANNEXE 3

GRILLE D'ENTREVUE

Grille d'entrevue

PARTIE 1 : ÉTAT DES COLLABORATIONS AU SEIN DU SYSTÈME D'ACTION

** Selon ce qui s'applique en fonction de l'acteur interviewé.*

Cette partie vise à comprendre les perceptions des répondants quant aux changements survenus au sein du système d'action au cours des deux dernières années. Il s'agit de comprendre les changements relatifs aux collaborations entre les acteurs et, plus particulièrement, relatifs aux cinq problèmes/ enjeux mis en lumière dans la première partie de la recherche.

• État des collaborations DSP - CSSS

Où en êtes-vous actuellement et comment ça va?

- **Développement, organisation de services**
 - Tronc commun, infirmières et travail de proximité, offre de dépistage
- **Instance régionale : dynamique au Groupe ITSS des CSSS**
 - Implication, roulement, PAR ITSS, soutien, etc.
- **Qu'en est-il des financements non récurrents accordés aux CSSS?**

• État des collaborations DSP - organismes communautaires

Où en êtes-vous actuellement et comment ça va?

- **Instance régionale : dynamique de la Table?**
 - Implication, plans d'action/ processus d'allocation des subventions, etc.
- **Qu'en est-il des financements non récurrents accordés aux OC?**
 - Charte HARSAH
 - Pratiques UDI
 - Machines distributrices
 - Sex party kit

• État des collaborations organismes communautaires - CESS :

Où en êtes-vous actuellement et comment ça va?

- **Amélioration, détérioration, intensification, interface, continuum de services, etc.**

Voir s'il y a des événements de la dernière année dont on n'a pas parlé :

- **Activités dans le cadre du rapport annuel : fonds non récurrents; tournée des 10-11 juin 2010; journée montréalaise ITSS (10 novembre)**
- **Publication du rapport de recherche**

ÉVOLUTION DE LEUR INITIATIVE

Discuter plus avant de l'initiative mise sur pied : objectifs principaux, état d'avancement, obstacles/facilitants, configuration du réseau d'acteurs, stratégies d'intéressement mises en œuvre et leur issue, atteinte des finalités ou non, etc.

ÉVOLUTION DES 5 PROBLÈMES

Voir si des éléments relatifs à l'évolution des cinq problèmes ont été nommés et approfondir les points qui le nécessitent.

Soulever des éléments ayant été discutés dans la première entrevue ou ayant émergés lors du déroulement de l'initiative -et en comprendre le dénouement.

PARTIE 2 : APPRÉCIATION DU RÔLE JOUÉ PAR LA RECHERCHE

- **En général, qu'avez-vous à dire sur le rôle joué par la recherche?**
 - In/utile? Comment ça aurait pu être mieux ?
 - Qu'est-ce que vous avez fait avec ces données/ infos, résultats dans votre boîte ? Au sein de votre équipe de travail?
 - Et qu'avez-vous fait avec ces données/ infos, résultats dans vos collaborations?

LES 3 ATELIERS DE FORMATION (THÉORIQUES ET PRATIQUES)

- **Qu'avez-vous pensé des ateliers de formation?**
- **Est-ce que les formations ont provoqué des changements dans vos façons de faire?**
- **Est-ce que les outils fournis ont été utiles? Les avez-vous utilisés?**

LE FORUM DE JANVIER ET LA PUBLICATION DES ACTES

- **Qu'avez-vous pensé du Forum?**
 - **Avez-vous eu l'impression d'y avoir appris quelque chose ?**
 - **A-t-il provoqué des changements dans vos façons de faire?**
 - **Avez-vous parlé des résultats en équipe ? Lors de vos rencontres d'instances régionales? Avez-vous discuté de façons d'en tenir compte, de les intégrer, de vous en servir pour améliorer les pratiques et les rapports ?**
 - **Question de la création d'une instance tripartite *ad hoc* et refus (contexte de janvier).**
 - **Avez-vous pris connaissance des Actes? Étaient-ils utiles?**
- * Questions spécifiques à la DSP :**
- **Avez-vous utilisé les résultats pour la rédaction du rapport directeur?**
 - **Avez-vous tenu compte des résultats pour organiser la Journée ITSS?**

Merci d'avoir participé à cette entrevue!

ANNEXE 4
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Entrevue individuelle - Volet 2

A - RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. TITRE DU PROJET DE RECHERCHE

Vous êtes invité(e) à participer au projet de recherche intitulé « *Les collaborations public - communautaire en prévention des ITSS : recherche-intervention autour de processus innovants* ».

2. NOMS DES CHERCHEURS ET FONCTIONS

ANGÈLE BILODEAU, chercheure principale, DSP-ASSS de Montréal; Université de Montréal et CSSS-CAU de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent ;

DENIS BOURQUE, co-chercheur, Département de travail social et des sciences sociales, Université du Québec en Outaouais ;

JEAN BEAUCHEMIN, co-chercheur, DSP-ASSS de Montréal.

MARILENE GALARNEAU, Agente de recherche, DSP-ASSS de Montréal.

3. COMMANDITAIRES DU PROJET

Cette recherche est financée par le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) dans le cadre d'un appel de propositions conjoint MSSS-INSPQ s'inscrivant dans une démarche évaluative de soutien à la mise en œuvre de la *Stratégie québécoise de lutte contre le VIH, le VHC et les ITS*.

4. DESCRIPTION DU PROJET

4.1 Objectifs et contexte

Ce projet a pour objectif d'étudier et de soutenir les processus de la collaboration public-communautaire en prévention des ITSS à Montréal. Il comporte un volet « recherche » et un volet « expérimentation ». Le **volet 1** (« recherche ») a été réalisé. Il visait à décrire les pratiques partenariales actuelles et à comprendre en quoi et comment les transformations récentes dans le contexte législatif, politique et programmatique (ex. : loi 83, PAR-PAL) influent sur l'engagement des acteurs publics et communautaires dans l'amélioration de leurs collaborations.

Le **volet 2** (« expérimentation ») vise à outiller les acteurs, au moyen d'une méthodologie appropriée, de sorte à encourager une transformation de leurs collaborations et à tirer des savoirs de l'expérimentation de ces processus innovants (qui favorisent le renouvellement des pratiques).

4.2 Méthodes et procédures

Trois classes d'acteurs sont impliquées dans cette recherche : des CSSS, des organismes communautaires et la DSP/ASSS de Montréal. Les acteurs institutionnels et communautaires sont regroupés au sein de leurs instances régionales de concertation respectives, avec la DSP. Les participants à cette recherche sont les planificateurs, les gestionnaires ou les décideurs engagés dans

trois initiatives de changement (ou projets de collaboration). Ni les intervenants ni les clients des établissements ou des organismes communautaires ne sont recrutés pour cette étude.

Les trois initiatives ont été retenues en consultation avec les deux instances de concertation suivant des critères de diversification et de transférabilité des apprentissages. Il s'agit de projets collaboratifs visant à corriger des situations problématiques dans le champ des ITSS et susceptibles d'améliorer la qualité des services préventifs auprès des populations vulnérables. Les acteurs impliqués dans ces initiatives seront soutenus et instrumentés au moyen d'ateliers théoriques et pratiques, de « courtage de connaissances » et d'exercices de réflexion collective et de partage des savoirs.

La recherche-intervention se déroule sur une période de 2 ans. Les informations colligées proviennent de sources documentaires diverses, d'entrevues individuelles et de discussions de groupe.

4.3 Nature de la participation - Entrevue, Volet 2

L'entrevue pour laquelle nous sollicitons maintenant votre participation vise : 1) à décrire les progrès que vous avez réalisés - ou non - dans vos projets collaboratifs en prévention des ITSS (initiatives locales de changement); 2) à expliciter les savoirs que vous avez tirés de votre participation aux divers dispositifs de soutien au changement mis en place dans le cadre de cette recherche : les ateliers théoriques et pratiques, le tutorat, le courtage de connaissances, les exercices de réflexion collective. Qu'avez-vous retiré de votre participation à la recherche ?

Cette entrevue dure environ 90 minutes et est réalisée en face à face, dans un lieu à votre convenance. Elle sera enregistrée, avec votre permission, puis transcrite sur support informatique pour être ensuite analysée, avec les autres données de recherche, au moyen de techniques d'analyse de contenu en recherche qualitative.

Ces entrevues individuelles (volet 2) complètent le matériel recueilli lors des exercices de réflexion collective sur l'avancement des projets et les apprentissages réalisés. Les analyses seront partagées et discutées lors d'activités de transfert des connaissances avec les acteurs montréalais du champ de la prévention des ITSS.

4.4 Retombées anticipées

Parmi les retombées anticipées de cette recherche, les schémas conceptuels de l'analyse et la modélisation de leurs pratiques collaboratives (volet 1) pourront conduire les acteurs institutionnels et communautaires à une compréhension plus complète et possiblement mieux partagée de leur système d'action. Ils bénéficieront aussi d'une analyse des progrès advenus dans le cadre de l'expérimentation (volet 2) et du rôle qu'a pu y jouer le dispositif d'accompagnement (ateliers didactiques, outils, etc.).

L'ensemble des apprentissages réalisés pourra ainsi contribuer à améliorer les pratiques collaboratives en prévention des ITSS à Montréal. À terme, les processus innovants soutenus par cette recherche pourront conduire à des services mieux adaptés, plus accessibles et plus efficaces pour les usagers des établissements et des organismes et les populations dont ils sont issus.

Plus largement, les résultats pourront être utiles aux acteurs en prévention des ITSS dans d'autres régions du Québec et au MSSS dans le soutien à la mise en œuvre de la *Stratégie québécoise de lutte contre le VIH, le VHC et les ITS*.

5. AVANTAGES ET BÉNÉFICES

Votre participation à cette entrevue ne vous procure aucun avantage ou bénéfice personnel, hormis la possibilité de faire part de votre expérience et de vos réflexions sur la prévention des ITSS et les collaborations public-communautaire dans le nouveau contexte de la Réforme.

6. RISQUES ET INCONVÉNIENTS

Il n'y a pas de risques connus pour l'intégrité des participants à cette recherche. Le principal inconvénient lié à votre participation est le temps demandé pour faire l'entrevue.

7. CONFIDENTIALITÉ DES DONNÉES RECUEILLIES

La confidentialité des informations livrées sera assurée dans les limites posées par la méthodologie de co-construction et de partage des connaissances utilisée dans cette recherche. Une certaine transparence des processus est nécessaire pour favoriser les apprentissages collectifs. De plus, les cas de l'expérimentation et leurs principaux acteurs sont connus ou identifiables de par la spécificité des clientèles desservies ou des activités réalisées.

Néanmoins, diverses mesures de confidentialité ont été mises en place. Les chercheurs, l'agente de recherche et la personne qui fera la transcription des entrevues ont signé un formulaire d'engagement à la confidentialité. Les informations potentiellement identifiantes et préjudiciables pour vous ou pour d'autres personnes seront expurgées ou masquées dans les analyses et les publications ou communications qui s'en suivront. Les données analysées seront dénominalisées de sorte qu'on ne puisse directement attribuer des propos spécifiques à un individu en particulier.

Pendant la durée de l'étude, tout le matériel de recherche (formulaires de consentement signés, enregistrements numériques, transcriptions) sera conservé sous clé, dans les bureaux des chercheurs à la DSP de Montréal ou à l'Université du Québec en Outaouais (D. Bourque) et ne sera accessible qu'à eux et à l'agente de recherche. Il est possible que nous devions permettre l'accès aux dossiers de recherche au comité d'éthique de la recherche de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et aux organismes subventionnaires de la recherche à des fins de vérification ou de gestion de la recherche. Tous adhèrent à une politique de stricte confidentialité. Les données informatisées sont conservées et analysées sur des postes de travail protégés par des mots de passe confidentiels. Après la fin de la recherche, le matériel de recherche sera conservé aux archives de la DSP, sous clé, pour une période de sept (7) ans, après quoi il sera détruit de façon sécuritaire en vertu du protocole de la DSP/ASSS de Montréal.

8. CONDITIONS DU CONSENTEMENT

8.1 Consentement libre et droit de retrait

Votre décision de participer à cette étude est entièrement libre. Un refus de participer n'entraînera aucun préjudice pour vous ou votre organisation. Vous pouvez en tout temps (jusqu'à la publication des résultats) retirer votre consentement de participer à cette étude, en tout ou en partie, sans préjudice aucun, sur simple avis verbal.

Vous êtes libre de mettre fin à cette entrevue, ou encore de refuser de répondre à certaines questions. Vous pouvez également retirer les informations fournies en tout ou en partie, sur simple avis verbal.

8.2 Consentement à l'utilisation secondaire des données

Avec votre permission explicite, les membres de l'équipe de recherche actuelle pourront utiliser les informations fournies par vous dans le cadre de la présente recherche pour d'autres études connexes qu'ils pourraient mener secondairement à celle-ci, étant entendu que ces études éventuelles soient soumises à l'évaluation de Comités d'éthique de la recherche compétents.

Vous êtes libre de retirer votre consentement à cette utilisation secondaire des données à tout moment avant la fin de la présente recherche, sans préjudice, sur simple avis verbal donné aux chercheurs.

8.3 Compensation

Aucune compensation financière ou autre ne vous sera versée pour votre participation à l'étude.

9. ACCÈS AUX RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

Une copie du rapport final, des communications ou des articles pourra être obtenue sur demande. Des frais (photocopie, poste, etc.) pourraient s'appliquer.

10. DEMANDE D'INFORMATION OU PLAINTE

Si vous avez des questions au sujet de cette recherche, vous pouvez communiquer avec la personne responsable du projet :

Angèle Bilodeau, PhD
Direction de santé publique,
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
1301, rue Sherbrooke est
Montréal (Québec), H2L 1M3
Téléphone : 514 528-2400, poste 3399
Courriel : abilodea@santepub-mtl.qc.ca

Pour des questions concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche, pour rapporter un incident ou pour formuler une plainte concernant cette recherche, vous pouvez communiquer avec le :

Comité d'éthique de la recherche de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Téléphone : 514 528-2400, poste 3262
Courriel : ethique@santepub-mtl.qc.ca

B - DÉCLARATIONS ET SIGNATURES

1. CONSENTEMENT DU PARTICIPANT

Je, soussigné(e) _____ certifie que :

- a) j'ai lu et je comprends les renseignements concernant le projet de recherche contenus dans le présent formulaire;
- b) J'ai pu poser toutes les questions concernant ce projet de recherche et on y a répondu à ma satisfaction;
- c) je comprends les risques et inconvénients potentiels que ma participation pourrait entraîner, de même que les avantages et bénéfices que je peux en retirer;
- d) je comprends que je peux mettre fin à ma participation en tout temps (jusqu'à la publication des résultats) et sans justification sur simple avis verbal, et que je ne subirai aucune pression ni aucun préjudice si je décidais de le faire.

J'accepte librement de participer à cette étude. J'accepte spécifiquement que l'entrevue soit enregistrée.

Signature du participant

Date

1.1 Utilisation secondaire des données

Je consens spécifiquement à ce que les membres de l'équipe de recherche actuelle utilisent les informations fournies par moi dans le cadre de la présente recherche pour d'autres études connexes qu'ils pourraient mener secondairement à celle-ci, étant entendu que ces études éventuelles soient soumises aux évaluations de Comités d'éthique de la recherche compétents.

Je comprends que je peux retirer mon consentement à cette utilisation secondaire des données à tout moment avant la fin de la présente recherche, sans préjudice, sur simple avis verbal.

Signature du participant

Date

2. ENGAGEMENT DU CHERCHEUR

Je, soussigné(e) _____ certifie que :

- a) j'ai expliqué dans un langage accessible au participant les termes du présent formulaire de consentement;
- b) j'ai répondu, à la satisfaction du participant, à toutes les questions qui m'ont été posées par celui-ci;
- c) j'ai explicitement indiqué au participant qu'il demeurerait libre, à tout moment, de mettre fin à sa participation à l'étude;
- d) j'ai informé le participant que je lui remettrai une copie dûment signée du présent formulaire de consentement.

Je m'engage à respecter la confidentialité des informations obtenues et les autres mesures précisées dans ce formulaire.

Signature du chercheur
(agente de recherche)

Date

Ce formulaire de consentement a été approuvé par le
Comité d'éthique de la recherche de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
le 2 septembre 2008; référence # *ASSS-MTL-08-002*.
L'original du formulaire sera conservé à la DSP/ASSSM. Une copie signée sera remise au participant.

ANNEXE 5

FICHES D'ÉVALUATION DES ATELIERS DE FORMATION

Formation – *Intersectorialité et action en partenariat en prévention des ITSS*
Atelier #1 : *L'action en partenariat comme système d'action innovant*

Jeudi 22 janvier 2009

Nous vous remercions de participer à cette formation. Afin de connaître votre appréciation, nous souhaitons votre évaluation de l'atelier de cet après-midi. Pouvez-vous prendre quelques minutes pour nous faire part de vos commentaires ?

Sur une échelle de 1 à 10, le 1 représentant la note la plus négative et le 10, la plus positive, évaluer chacun des aspects suivants. S'il y a lieu, veuillez préciser votre opinion.

Pertinence de la formation

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Commentaires :

Présentation du contenu

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Commentaires :

Pertinence des exercices

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Commentaires :

Aspects techniques (son, image, Power Point, etc)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Commentaires :

Appréciation globale

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Commentaires :

Autres :

Merci beaucoup.

Marilène Galarneau

Formation – *Intersectorialité et action en partenariat en prévention des ITSS*
Atelier #2 : *Les opérations de l'innovation dans les systèmes d'action innovants*

Jeudi 5 mars 2009

Sur une échelle de 1 à 10, 1 représentant la note la plus négative et 10, la plus positive, évaluer chacun des aspects suivants. S'il y a lieu, veuillez préciser votre opinion.

Pertinence du contenu théorique

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Commentaires :

Pertinence des exercices pratiques

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Commentaires :

Présentation / animation

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Commentaires :

Aspects techniques (son, image, Power Point, salle, etc)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Commentaires :

Appréciation globale

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Commentaires :

Autres :

Formation – Intersectorialité et action en partenariat en prévention des ITSS
Atelier #3 : Les conditions liées à l'efficacité de l'action en partenariat et les pratiques professionnelles

Jeudi 23 avril 2009

Sur une échelle de 1 à 10, 1 représentant la note la plus négative et 10, la plus positive, évaluer chacun des aspects suivants. S'il y a lieu, veuillez préciser votre opinion.

Pertinence du contenu théorique

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Commentaires :

Pertinence des exercices pratiques

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Commentaires :

Présentation / animation

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Commentaires :

Aspects techniques (son, image, Power Point, salle, etc.)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Commentaires :

Appréciation globale

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Commentaires :

Autres :
