information

formation

recherche

coopération internationale

LES PRIORITÉS NATIONALES DE SANTÉ PUBLIQUE 1997-2002 : UNE ÉVALUATION DE L'ACTUALISATION DE LEURS PRINCIPES DIRECTEURS

LE CAS DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION DU VIH/SIDA CHEZ LES HOMMES GAIS DANS LA RÉGION DE MONTRÉAL-CENTRE

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

Québec

LES PRIORITÉS NATIONALES DE SANTÉ PUBLIQUE 1997-2002 :
UNE ÉVALUATION DE L'ACTUALISATION DE LEURS PRINCIPES DIRECTEURS

LE CAS DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION DU VIH/SIDA CHEZ LES HOMMES GAIS DANS LA RÉGION DE MONTRÉAL-CENTRE

DIRECTION DU DÉVELOPPEMENT ET DES PROGRAMMES
UNITÉ CONNAISSANCE-SURVEILLANCE

JUIN 2002

Institut national de santé publique Québec

AUTEURS

Angèle Bilodeau
Institut national de santé publique du Québec

Chantal Lefebvre
Institut national de santé publique du Québec

Denis Allard
Institut national de santé publique du Québec

Cette évaluation a mis à contribution un comité de pilotage ayant pour mandat la révision et la validation de l'étude. Ce comité est composé de :

- Jean Beauchemin, Direction de la santé publique de Montréal-Centre,
- Claude Cyr, Action Séro Zéro,
- Monique Imbleau, Centre québécois de coordination sur le sida,
- Daniel Labesse, Direction de la santé publique de Montréal-Centre,
- René Lavoie, Action Séro Zéro,
- Benoît Vigneau, Centre québécois de coordination sur le sida.

La version finale de l'évaluation fait consensus parmi les membres de l'équipe de recherche et du comité de pilotage.

Cette recherche a pu être réalisée grâce à une subvention du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Ce document est disponible en version intégrale sur le site Web de l'INSPQ : *http://www.inspq.qc.ca*
Reproduction autorisée à des fins non commerciales à la condition d'en mentionner la source*.*

CONCEPTION GRAPHIQUE
Marie Pier Roy

DOCUMENT DÉPOSÉ À SANTÉCOM (HTTP://WWW.SANTECOM.QC.CA)
COTE : INSPQ-2002-018

DÉPÔT LÉGAL – 3e TRIMESTRE 2002
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU CANADA
ISBN 2-550-39522-0

© Institut national de santé publique du Québec(2002)

TABLES DES MATIÈRES

TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX III

INTRODUCTION 1

1 D'où viennent ces principes et que visent-ils ? 1
2 Quels sont ces principes et à qui s'adressent-ils ? 3
3 Comment l'actualisation de ces principes sera-t-elle évaluée? 4

PREMIÈRE PARTIE
LE CADRE THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE DE L'ÉTUDE 7

CHAPITRE I : LE CADRE THÉORIQUE 9
1 Les termes de la théorie de la traduction 9
2 La spécification de la théorie de la traduction en vertu du contexte de la santé publique 10

CHAPITRE II : LE CADRE MÉTHODOLOGIQUE 15

CHAPITRE III : LA DIMENSION PARTICIPATIVE DE L'ÉVALUATION 19

DEUXIÈME PARTIE
L'ANALYSE INTERNE DU CAS : LES PROGRAMMES DE PRÉVENTION DU VIH/SIDA CHEZ LES HOMMES GAIS DE LA RÉGION DE MONTRÉAL-CENTRE 23

CHAPITRE IV : LE CONTEXTE D'ÉMERGENCE DES PROGRAMMES ET LEURS ACTEURS 25
1 Le contexte 25
2 La composition du réseau d'acteurs autour de la prévention 30
2.1 Les acteurs institutionnels 31
2.2 Les acteurs communautaires 35
2.3 Les acteurs du domaine privé 36

CHAPITRE V : LE PREMIER MOMENT : L'ACTUALISATION DE LA PHASE III ET LA RÉGIONALISATION DE LA SANTÉ PUBLIQUE, 1992- 1997 39
1 L'évolution du sociogramme dans le contexte régional 39
1.1 Au carrefour de deux problématisations 39
1.2 L'arrangement inter-organisationnel mis en place : Action Séro Zéro en intermédiaire 51
2 L'évolution du technogramme : vers un programme bien en place et évalué 54
2.1 L'émergence 54
2.2 La consolidation des premières initiatives et le développement 56
2.3 Une programmation évaluée 60

CHAPITRE VI : LE DEUXIÈME MOMENT : LA PHASE IV ET L'OUVERTURE À LA PARTICIPATION, À PARTIR DE 1998 61

1 L'évolution du sociogramme : un partenariat qui se dynamise 62
1.1 Problématisation et intéressement 62
1.2 L'évolution de l'arrangement entre les acteurs 67
2 L'évolution du technogramme : où le développement de nouvelles interventions est financé 69
2.1 Les projets continus 69
2.2 De nouveaux projets 74

CHAPITRE VII : APPROCHES PLANIFICATRICES ET PARTENARIALES ET QUALITÉ DES PROGRAMMES 79

1 La force d'entraînement et la solidité du réseau 79
2 L'ancrage du programme dans son milieu 84
3 La solidité du modèle d'action 87
4 La viabilité de la solution 92
4.1 La couverture de la population cible 92
4.2 L'efficacité des mesures déployées 92

CONCLUSION 97

BIBLIOGRAPHIE 99

SOURCES DE DONNÉES 105

TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1 Cadre conceptuel pour l'analyse du rapport entre le processus de structuration des programmes et leur qualité 12

Figure 2 Diagramme de l'arrangement inter-organisationnel, programmes de prévention du VIH chez les hommes gais de Montréal pour la période entourant l'actualisation de la phase III de la stratégie québécoise de lutte au VIH/sida 52

Figure 3 Diagramme de l'arrangement inter-organisationnel, programmes de prévention du VIH chez les hommes gais de Montréal pour la période entourant la phase IV de la stratégie québécoise de lutte au VIH/sida 67

Figure 4 Attributs du processus de structuration des programmes associés à la force d'entraînement et la solidité du réseau 83

Figure 5 Attributs du processus de structuration des programmes associés à leur ancrage 86

Figure 6 Attributs du processus de structuration des programmes associés à la solidité de leur modèle d'action 91

Tableau 1 Opérationnalisation du cadre conceptuel de l'étude en dimensions, sous-dimensions et indicateurs 13

Tableau 2 Intérêts fondamentaux des acteurs des programmes de prévention du VIH/sida destinés aux homosexuels en fonction de leur position sociale et de leur identité 37

Tableau 3 Matrice de la dynamique processus-résultat des programmes de prévention du VIH/sida chez les hommes gais dans la région de Montréal-Centre 77

INTRODUCTION

Les Priorités nationales de santé publique, lancées en 1997 par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), sont le premier effort national pour doter le Québec de priorités de santé publique qui soient communes à l'ensemble des régions1. Elles sont en cela précurseurs de l'actuel Programme national de santé publique2. Le MSSS veut par ce moyen renforcer certains choix faits antérieurement, au ministère même et dans les régions, et en ce sens, orienter le développement et tendre vers un encadrement de la pratique de santé publique.

Outre le choix de priorités, cette initiative du MSSS met de l'avant quatre principes directeurs que l'on veut structurants. Ces principes, sont *agir en amont des problème et comprendre pour mieux agir; s'engager davantage auprès des communautés; s'engager davantage dans la lutte contre les inégalités en matière de santé et de bien-être*, et *intervenir de façon concertée et coordonné.* Ils concernent les manières de faire en santé publique, dans la perspective de l'atteinte des résultats attendus. Tel que le soutient le MSSS, ces principes sont des « *axes à partir desquels les actions sont accomplies ... et doivent donc se refléter dans ces actions* » (MSSS, 1997, p. 25). L'application de ces principes devrait ainsi requérir des modifications dans les pratiques en santé publique, que l'évaluation devrait permettre d'apprécier (p. 86). La préoccupation pour l'évaluation de l'actualisation des principes directeurs est donc déjà inscrite dans l'énoncé des priorités.

1 D'OÙ VIENNENT CES PRINCIPES ET QUE VISENT-ILS ?

Dans l'évolution du système de services de santé et de services sociaux, ces principes prennent racine dans les recommandations de la Commission Rochon (1988). Celle-ci mettait en cause le fonctionnement technocratique centralisé et l'efficacité (incapacité à répondre aux besoins) du système socio-sanitaire et faisait le diagnostic d'un système pris en otage par les groupes d'intérêts. Elle mettait de l'avant des principes fondamentaux pour une réforme[3], autour de quatre pôles : 1) l'efficacité[4]; 2) la décentralisation; 3) l'intersectorialité; 4) la démocratisation[5]. Au plan stratégique, découla un double virage, vers la prévention-promotion et vers l'atteinte de résultats en termes de réduction des problèmes de santé, plutôt qu'une formulation d'objectifs en termes de services accessibles et de qualité, virage qui prit forme dans la *Politique de la santé et du bien-être* (MSSS, 1992). Au plan structurel, il en découla : 1e) la création des régies régionales en 1992 (transformation des CRSSS)

[1] Les *Priorités nationales de santé publique* ne couvrent que partiellement le champ de la santé publique, ne comprenant pas les secteurs de la santé environnementale et de la santé au travail.

[2] Un tel programme était prévu dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (1991) mais n'avait jamais été actualisé. Il est inscrit à la récente Loi 36 sur la Santé publique.

[3] *Une réforme axée sur le citoyen* (MSSS, 1990), qui donna lieu à une mise à jour de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (Loi 120, 1991).

[4] La planification est l'outil privilégié de la rationalisation des services devant supporter leur efficacité.

[5] Le principe de démocratisation était défini en terme de transparence des processus décisionnels, obtenue par la participation des citoyens aux instances décisionnelles.

devant concrétiser les idéaux de décentralisation et de démocratisation; 2e) la réorganisation du champ de la santé publique en créant, en 1993, la Direction générale de santé publique au MSSS et les directions de santé publique des régies régionales, recentrant la santé publique comme constituante du système[6]; et surtout, 3e) une vaste opération de reconfiguration des services, des structures et du système afin d'accroître la qualité de ses résultats (pertinence, efficacité, efficience). Cette restructuration cherche à répondre à deux impératifs majeurs : la nécessité de revoir certains modes de pratique à la lumière des développements technologiques récents et l'assainissement des finances publiques (Pineault & Tousignant, 2000). La planification et la mise en œuvre de ce *Défi Qualité – performance*, lancé par le MSSS en 1994, est alors confiée aux régies régionales[7].

Dans les suites de la Commission Rochon, les régies ont mis en place de grands instruments de planification régionale (visée d'efficacité) ouverts à la participation (visée de démocratisation) (Rodrigue, 1993). Les plans régionaux d'organisation de services (PROS) figurent alors parmi les approches de planification expérimentées. Dans les faits, la participation a été mise au service de la concertation intersectorielle et de la coordination en associant les acteurs concernés par l'intervention, davantage qu'au service d'une démocratisation en associant les citoyens au processus décisionnel[8]. Le recentrage de la santé publique comme constituante du système socio-sanitaire donna lieu, quant à lui, à une planification de la prévention – promotion et à un effort d'intégration de la prévention – promotion dans l'organisation des services[9]. Dans cet effort, la coordination entre les composantes du système et la concertation intersectorielle[10] (où la santé publique est particulièrement concernée) s'inscrivent dans une optique d'accroissement de l'efficacité.

[6] La Réforme (1990) comportait aussi un renforcement de la mission préventive des CLSC.

[7] À Montréal-Centre, cette opération de reconfiguration donna lieu aux deux plans successifs : *Vers un nouvel équilibre* (1995-1998) et *Le défi de l'accès* (1998-2001). Le plan de 1995-1998 mettait de l'avant trois virages, vers la prévention – promotion, vers les services ambulatoires et vers la satisfaction de la clientèle. Il a opéré une réduction des crédits de 3,320 milliards à 3,130 milliards de dollars (économie nette récurrente de 190 M$) et entraîné une ré-allocation de 155,6M$ pour le développement, dont 13,6M$ en prévention – promotion (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1997).

[8] Les PROS proposent une planification par territoire, en fonction des besoins d'une population, à l'intérieur des balises des politiques publiques et cherchent à associer différentes catégories d'acteurs par la constitution de comités tripartites (secteur public, secteur communautaire, autres secteurs concernés). L'ouverture à la participation dans les PROS a opéré surtout vers les acteurs communautaires que l'on tend désormais à désigner de partenaires. Les premiers terrains d'essai ont été les services aux personnes âgées (1979), suivi de la déficience intellectuelle (1988) et de la santé mentale (1989-1991). Les évaluations qui ont été faites des premières expériences de participation aux processus de planification et de décision des PROS montrent généralement le difficile chemin de l'ouverture à la participation (Guay, 1991, Panet-Raymond, 1994; Lamoureux, 1994).

[9] À titre d'exemple, à Montréal-Centre, le plan de transformation de 1995-1998 inscrit quatre priorités de prévention – promotion parmi les 11 priorités régionales et le plan de 1998 –2002 cherche l'intégration de la santé publique dans des continuums de services allant de la promotion – prévention, au traitement, et à la réadaptation.

[10] Notons ici que les organismes communautaires sont considérés comme des acteurs autonomes, partenaires du réseau, et non comme des constituantes tels que le sont les établissements, tel que le reconnaît la loi 120 sur les services de santé et les services sociaux (Gouvernement du Québec, 1991).

Les *Priorités nationales de santé publique (PNSP)* (1997), en chantier même avant la création de la Direction générale de la santé publique en 1993[11], constituent dans ce contexte la contribution de la santé publique à l'atteinte des objectifs de la *Politique de la santé et du bien-être* (1992). Elles sont considérées par les régies parmi d'autres orientations gouvernementales dans l'organisation régionale des services[12]. Ces priorités ont une portée opératoire en ce qu'elles se déclinent en une série de résultats attendus, en termes d'acteurs mobilisés, de déploiement de programmes ou de résultats socio-sanitaires, et en ce qu'elles font l'objet d'un suivi évaluatif, malgré les embûches et les limites d'une telle opération (DGSP, MSSS, 1999, 2000, 2001). Pour leur réalisation, la DGSP sollicite la mobilisation du réseau de la santé et des services sociaux, et en premier lieu les CLSC, vu leur mandat d'intervention en santé publique sur le plan local. Elle sollicite également la collaboration des organismes communautaires, des différents groupes professionnels concernés, et de nombreux partenaires de différents secteurs de l'administration publique, notamment les secteurs municipal, de l'éducation, de l'environnement, des transports, de la justice et des loisirs.

2 QUELS SONT CES PRINCIPES ET À QUI S'ADRESSENT-ILS ?

Les principes directeurs des *PNSP* sont alignés sur les pôles de l'efficacité et de la concertation intersectorielle inscrits dans la Réforme de 1990, tel que le montre le rappel historique qui précède. Ils trouvent aussi appui dans les savoirs et savoir faire plus spécifiques au champ de la santé publique. Ces principes interpellent les acteurs internes du système socio-sanitaire et en premier lieu les professionnels de la santé publique, aux paliers central et régional, pour qu'ils s'en inspirent dans l'orientation de leur pratique, notamment dans leurs rapports avec les autres acteurs des champs d'action qu'ils investissent. Ces principes directeurs concernent les conditions d'implantation des priorités, c'est-à-dire la mobilisation de l'environnement et des intervenants, qui se situe en amont et détermine l'atteinte des résultats socio-sanitaires[13]. Ces principes interpellent en premier lieu les pratiques planificatrices et partenariales des institutions publiques, par lesquelles sont mobilisés les communautés et les intervenants pour la poursuite des objectifs socio-sanitaires que se donne l'État.

[11] Ces priorités découlent d'un long processus ayant débuté en 1990 par la production, à la Direction de la santé publique du MSSS, d'un *Cadre de référence pour l'élaboration du programme de santé publique et pour l'organisation du réseau de santé publique* (MSSS, 1992). Ce cadre a été suivi de 16 cahiers thématiques en 1993 et 1994. Sous le titre de *Stratégie nationale de santé publique*, l'opération est reprise en 1995 sous la coordination de la Direction générale de la santé publique (DGSP) du MSSS et en association étroite avec les directions de santé publique (DSP) des régies régionales. Deux consultations internes au réseau ont été menées en 1995 et ont conduit à relancer le processus afin d'aboutir aux priorités lancées en 1997.

[12] À titre d'exemple, dans son plan de 1998-2002, la Régie de Montréal-Centre a ajouté les priorités nationales aux quatre priorités régionales de prévention - promotion déterminées en 1995-1998 et reconduites pour 1998-2002.

[13] Prenant appui sur Plantz et al. (1997) et Rossi & Freeman (1989), Allard et al., (1999) distinguent dans les résultats opérationnels en amont des résultats socio-sanitaires ceux qui sont de l'ordre des conditions d'implantation (mobilisation de l'environnement et des intervenants) et ceux qui sont de l'ordre de la réalisation des interventions prévues.

Le premier principe, *agir en amont des problèmes et comprendre pour mieux agir*, consiste, pour les acteurs de la santé publique, d'un côté à s'assurer que les interventions en promotion / prévention / protection répondent à des critères de pertinence, d'efficacité et d'efficience; et d'un autre côté à assurer le développement des connaissances sur les problématiques moins connues. Sur ce dernier aspect, les *PNSP* mettent de l'avant, comme ligne directrice, l'interdisciplinarité et l'intégration des différents savoirs, soit les savoirs pratiques et cliniques et les savoirs des chercheurs universitaires et des professionnels de la santé publique. Ce principe concerne donc le **rapport entre les savoirs dans un contexte pluraliste.** Le second principe invite à *s'engager auprès des communautés*. Il convie les professionnels de la santé publique à travailler en collaboration étroite avec les décideurs locaux et régionaux et autres acteurs des communautés afin de soutenir les dynamiques et initiatives des communautés. Ce principe concerne donc la **dynamique de la participation** des acteurs internes et externes des systèmes publics et des communautés à la planification (centrale ou régionale, voire locale) des politiques et programmes publics. Le troisième principe invite à la *concertation entre les acteurs concernés et à la coordination des actio**ns**,* dans l'actualisation des *PNSP*. Il concerne les **rapports de partenariat**, intersectoriel, public-communautaire, voire public-privé. Quant au quatrième principe, *s'engager davantage dans la lutte contre les inégalités en matière de santé et de bien-être*, il interpelle en premier lieu le choix des priorités et des voies d'action, mais également les pratiques planificatrices et partenariales, dans le sens considéré par les trois premiers principes. Dans cette évaluation, notre attention se portera sur les trois premiers principes puisque l'évaluation de l'actualisation du dernier requiert une étude en soi.

3 COMMENT L'ACTUALISATION DE CES PRINCIPES SERA-T-ELLE ÉVALUÉE?

Puisque l'application des principes directeurs doit se refléter dans les pratiques, l'évaluation de cette actualisation se fera par l'observation des pratiques planificatrices et partenariales des instances de santé publique, au MSSS et dans les régies régionales, et cela, sous les aspects de la dynamique de la participation, du rapport entre les savoirs et des rapports de partenariat.

Puisque l'effort de renouvellement des pratiques planificatrices et partenariales en santé publique vise notamment des objectifs d'efficacité, il nous apparaît nécessaire d'évaluer l'actualisation des principes directeurs en lien avec la qualité des résultats atteints, plutôt qu'en vertu d'une rhétorique sur la participation et le partenariat. De plus, puisque les pratiques planificatrices et partenariales sont des actions qui se déploient dans le contexte spécifique de chaque priorité dans chaque région, elles doivent être observées dans leur singularité afin, par la suite, de considérer leurs attributs plus généraux par lesquels elles sont reliées à l'évolution des pratiques de planification publique. L'étude de cas se présente pour cette raison comme un détour obligé de l'évaluation. Aussi, puisque l'esprit des principes directeurs, inscrits aux *PNSP* en 1997, participe d'un courant large de révision des approches planificatrices en santé publique, visible depuis la fin des années 1980, et qu'il était déjà évoqué dans la *Politique de la santé et du bien-être* (1992), il n'apparaît pas que le lancement des priorités nationales en 1997 ait été un événement charnière ayant infléchi les pratiques de façon marquée. Il nous apparaît plutôt pertinent d'observer, dans les cas sélectionnés, les changements dans les pratiques en reculant si nécessaire avant la période 1997-2002.

Enfin, puisque certains résultats visés par les *PNSP* sont plus sensibles que d'autres à l'actualisation des principes directeurs, trois cas ont été retenus sur cette base et pas davantage, à cause des contraintes de temps. Les programmes de prévention du VIH/sida chez les homosexuels dans la région de Montréal-Centre est l'un de ces cas. Les deux autres sont le programme *Naître égaux – Grandir en santé*, dans la région des Laurentides et les protocoles de référence inter organismes en matière de violence conjugale, dans la région du Bas-Saint-Laurent. Le lecteur désireux de connaître les critères et la démarche qui ont conduit à la sélection des cas est prié de consulter l'annexe méthodologique du rapport synthèse de la recherche[14].

Suite à la présentation, en première partie, du cadre théorique et méthodologique de l'évaluation, la deuxième partie présentera l'étude du cas et sera suivie, en conclusion, d'une discussion sur l'actualisation des principes directeurs dans ce cas.

[14] Bilodeau A., Lefebvre , C., Allard, D (à paraître). *Les priorités nationales de santé publique 1997-2002 : Une évaluation de l'actualisation de leurs principes directeurs*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.

PREMIÈRE PARTIE
LE CADRE THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE DE L'ÉTUDE

La présente recherche vise à répondre à la question suivante : Comment les principes directeurs des *PNSP* ont-ils été intégrés aux pratiques des équipes de santé publique (centrale et régionales) et avec quels résultats ? L'étude cherche à décrire les pratiques planificatrices et partenariales déployées et à discuter de ces pratiques en rapport avec la qualité des résultats atteints.

La présente recherche part des résultats d'une évaluation des priorités régionales de prévention – promotion 1995-1998 de la région de Montréal-Centre, qui portait sur la relation entre les pratiques planificatrices et partenariales déployées par les acteurs et la qualité des programmes réalisés (Bilodeau, 2000; Bilodeau et al., à paraître). Cette évaluation partait du constat que, en promotion de la santé, l'ouverture des pratiques planificatrices à la participation des acteurs concernés et l'adaptation des programmes en vertu de la spécificité des contextes étaient de plus en plus admises comme passages obligés pour l'atteinte de meilleurs résultats (Green & Kreuter, 1999; Syme, 1997; Goodman et al., 1996, 1998; Labonte & Robertson, 1996; McLeroy et al., 1994). Cette évaluation s'était donnée comme objectif d'éclairer la façon d'associer les communautés aux programmes de sorte à accroître la qualité des résultats.

Cette évaluation a montré que dans le développement des programmes, la dynamique de la participation qui est instaurée et les arrangements de partenariat qui sont conclus sont les deux aspects cruciaux où agir pour accroître leur niveau de qualité.

La dynamique de la participation est le fruit de l'interaction entre le promoteur d'un projet et les acteurs qu'il cherche à mobiliser. Cette mise en mouvement des acteurs se fait autour d'une définition de la situation. Cette problématisation sera plus porteuse de succès si elle s'annonce comme provisoire et si elle comporte non seulement des informations sur le problème et les solutions mais aussi sur les acteurs concernés, leur position sociale, leurs intérêts et les enjeux qui les lient. Une problématisation bien enclenchée identifiera les principales controverses qui divisent les acteurs et cherchera à dégager des points d'arrimage possibles vers lesquels ils peuvent trouver intérêt à converger. Le moment de la problématisation est crucial pour la qualité des programmes à cause de la dynamique de la participation qui s'y instaure. Cette dynamique sera suffisante si elle est permet un intéressement précoce (à l'étape de la décision) des acteurs, l'accès à une diversité de conceptions des situations, et si elle positionne les acteurs dans un rôle de négociation et d'influence (qui dépasse la consultation). Une telle dynamique de la participation, parce qu'elle donne accès et permet l'échange d'informations, agit sur la qualité de l'action en favorisant un élargissement des possibilités de convergence entre les acteurs.

Quant aux arrangements de partenariat, ils découlent d'un travail de construction de la coopération par la résolution des controverses qui divisent les acteurs, celles-ci ayant généralement trait aux rapports de pouvoir ou entre les différentes logiques d'action. Les compromis[15] ainsi négociés sont une sorte de dosage entre les registres d'action des acteurs concernés, visant l'intérêt supérieur des populations qu'ils ont à desservir en commun, sans que tous les désaccords ou les ambiguïtés ne soit levés, compromis néanmoins suffisants à l'implication des acteurs. Ce moment de l'élaboration de l'accord est crucial pour la qualité des programmes en ce qu'il structure les arrangements de partenariat. Dans ce processus, l'innovation est l'ingrédient actif associé à une plus-value de qualité de l'action. Pour que l'innovation opère, il faut que la dynamique participative entraîne une déconstruction – reconstruction des rapports de pouvoir entre les acteurs dans le sens de l'égalisation, et la confrontation - recombinaison de leurs logiques d'action, au-delà du seul effort de coordination administrative. Les arrangements de partenariat qui en découlent comportent des structures et mécanismes de réduction de la subordination découlant du déséquilibre structurel du pouvoir entre les acteurs[16] et des représentations partagées de voies d'action autour desquelles s'associer.

Le renouvellement des rapports de partenariat se présente comme nécessaire à l'innovation dans l'intervention. Pour qu'émergent de nouvelles logiques d'action, les acteurs doivent parvenir à modifier leurs rapports sociaux et leurs règles. Sans un tel renouvellement, le processus résulte en une reconduction des logiques d'action antérieures, souvent sectorisées, ou en une extension de la logique d'action de l'acteur qui dispose initialement des bases de pouvoir. Des arrangements de partenariat qui ne comportent ni ne stimulent l'innovation ont moins de chance d'entraîner des résultats de qualité, devant une complexité accrue des problèmes et des contextes sans cesse changeants.

Considérant ces résultats, la présente recherche reprend le cadre théorique de cette évaluation afin d'évaluer, cette fois, l'actualisation des principes directeurs des *PNSP* qui interpellent les planificateurs dans le sens de l'ouverture à la participation et au partenariat. Elle en reprend aussi la méthodologie. Elle visera cependant à aller plus loin en cherchant à élaborer des indicateurs de pratiques plus prometteuses de sorte à outiller un suivi des pratiques. En outre, la présente évaluation a été assortie d'une dimension participative. Les trois sections suivantes abordent successivement le cadre théorique, le cadre méthodologique de l'étude et la dimension de la participation.

[15] L'idée de compromis évoque ici une forme de coordination de l'action qui se construit dans un rapport de pouvoir, dans la friction, plutôt que d'évoquer le renoncement et la compromission.

[16] Deux exemples de tels mécanismes et structures : 1e l'adoption de principes et de dispositifs de réciprocité et d'équité (ex : représentativité équitable et contrôle équivalent sur l'information et la décision, reconnaissance mutuelle des atouts); 2e le respect des structures locales et leur autonomie.

CHAPITRE I : LE CADRE THÉORIQUE

Le développement théorique sur les pratiques planificatrices et partenariales que l'on vient d'énoncer a été obtenu en recourant à une lecture socio-politique des situations, et en s'attardant particulièrement à l'innovation à l'œuvre, puisque l'actuel débat sur la qualité et l'efficacité de l'intervention en santé publique appelle à l'innovation.

La théorie de la traduction (Callon, 1986; Callon & Latour, 1986; Akrich, Callon, Latour, 1988 a, b; Amblard et al., 1996), alors retenue au fondement de l'étude, est une théorie sur la coopération entre les organisations qui s'inscrit dans le prolongement des théories organisationnelles centrées sur le conflit. Au-delà de l'idée que la négociation soit l'avenue pour la résolution des conflits, la théorie de la traduction réfléchit sur l'élaboration du compromis et sur les formes organisationnelles, sociales et matérielles qui stabilisent ce compromis. Elle se présente comme une théorie sur la coopération et sur l'innovation. La théorie de la traduction est un outil d'analyse qui permet de suivre les transformations successives et donc, l'adaptation mutuelle du contexte, des acteurs et du projet, dans le développement d'une innovation. La notion d'acteurs utilisée ici pour désigner les organismes communautaires qui agissent en porte-parole des communautés, tout comme les organismes publics, signifie qu'ils occupent une position sociale comportant des contraintes et des atouts, qu'ils défendent des intérêts qui peuvent être différents, voire divergents, et qu'ils peuvent être divisés par des controverses découlant des enjeux qui les mobilisent. Ces acteurs développent des stratégies susceptibles de satisfaire au moins partiellement leurs intérêts, compte tenu de leurs atouts, dans leur rapport aux autres acteurs sociaux[17].

1 LES TERMES DE LA THÉORIE DE LA TRADUCTION

La théorie de la traduction conçoit les situations comme des *réseaux* où sont reliés les acteurs et les ressources qui y participent. La notion de *traduction* réfère aux ré-interprétations continues qu'opèrent les acteurs quant à leurs rôles et quant au produit innovant, partant de leurs intérêts respectifs et de leurs rapports de pouvoir, et conduisant à l'élaboration des compromis. La théorie soutient que la *controverse* précède toujours l'émergence d'une innovation, d'un changement, et le processus de construction de la coopération se fait par la résolution des controverses. Résoudre les controverses, c'est orienter les acteurs vers une solution, un compromis qui leur permet de coopérer tout en répondant, du moins partiellement, à leurs intérêts. C'est la clôture ou la non-clôture des

[17] Le champ des théories organisationnelles qui propose une lecture socio-politique des situations avait été retenu dans cette évaluation, préférablement à une lecture fonctionnelle, à cause du potentiel explicatif de ces théories dans des situations où les enjeux de pouvoir sont importants. Le corpus classique des théories organisationnelles est constitué de l'approche par la contingence (Mintzberg), de l'analyse stratégique (Crozier & Friedberg), de l'approche par la régulation (Reynaud) et de l'analyse culturelle (Sainsaulieu). Ces auteurs conçoivent d'abord l'organisation comme un champ de conflits et de coopération et considèrent la question des rapports de pouvoir comme un détour obligé de l'analyse (Amblard et al., 1996). Les notions d'acteurs, d'intérêts, de stratégies et d'enjeux, centrales dans ce corpus, nous viennent du courant de l'analyse stratégique (Crozier & Friedberg, 1977). La théorie de la traduction constitue, avec la théorie des conventions (Boltanski & Thévenot, 1987, 1991), le principal développement théorique sur la construction de l'accord et de la coopération, dans ce champ (Amblard et al., 1996).

controverses qui crée l'accord ou le désaccord entre les acteurs et la consolidation ou non de l'innovation. La coopération entre les acteurs emprunte différentes *formes organisationnelles, sociales* et *matérielles* qui relient les acteurs et stabilisent le compromis pour une certaine durée. La théorie se complète avec la notion de symétrie entre, d'une part, le tissage des liens sociaux et les alignements d'intérêts, désignés de *sociogramme*, et d'autre part, la confection des produits - ici, des programmes de prévention – promotion - , désignés de *technogramme*. Le produit innovant ne peut émerger que s'il est porté par un réseau. De la même façon, la solidité du produit est liée à l'irréversibilité de ce réseau qui, elle-même, dépend de l'ancrage du produit. Ainsi un projet tient sa pertinence du degré de cohésion qu'il suscite; sa qualité, son utilité, son efficacité ne lui sont pas intrinsèques mais découlent de son développement.

L'analyse en termes de traduction (Callon, 1986) distingue quatre moments qui se chevauchent dans l'élaboration des réseaux et de l'innovation. La *problématisation*, comme mise en mouvement du processus de traduction, est la définition provisoire du problème ou de la situation par les promoteurs d'un projet ou d'une innovation, identifiant les acteurs concernés, leurs intérêts et les enjeux qui les lient. En plus de positionner les acteurs, la problématisation permet d'identifier les principales controverses qui les divisent, de montrer les points de convergence auxquels ils doivent consentir et les alliances à sceller afin de satisfaire au moins partiellement leurs intérêts. Le deuxième moment est celui de l'*intéressement*, soit l'ensemble des stratégies que déploient les différents acteurs en vue de rallier les autres acteurs autour d'un objectif commun et leur imposer un rôle défini. Dans la théorie de la traduction, la résolution des controverses et l'élaboration de l'accord opèrent par l'action d'un médiateur qui propose une problématisation et des passages incontournables, vu les intérêts respectifs des acteurs. Un intéressement réussi donne lieu au troisième moment, celui de l'*enrôlement* des acteurs, c'est à dire la négociation qui conduit à l'acceptation d'un rôle précis permettant de consolider le réseau. Enfin, la *mobilisation* concerne l'implication d'une masse critique d'acteurs dans le système d'action pour que l'innovation devienne pertinente, utile, indispensable. La figure 1 représente les concepts – clé de la théorie de la traduction.

2 LA SPÉCIFICATION DE LA THÉORIE DE LA TRADUCTION EN VERTU DU CONTEXTE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Développée dans le contexte de l'entreprise et des innovations technologiques, la théorie de la traduction a été spécifiée pour une meilleure appréhension des innovations sociales dans le champ de la santé publique. Se référant à Monnier (1987), qui a repris la théorie de la traduction pour le compte des programmes publics, nous les concevons comme des espaces de négociation, des systèmes ouverts où les différents protagonistes négocient la structuration et la réalisation de l'action en même temps que leurs rapports sociaux et où ni les protagonistes, ni les ressources, ni les formes d'action ne sont stables et prédéterminés. Le processus de structuration de l'action opère de façon interactive et itérative au double plan du sociogramme et du technogramme, de telle sorte que les transformations du produit dans le temps ne peuvent être appréhendées sans une compréhension de l'évolution de l'interaction entre les acteurs, et vice versa. Cette logique interactive (principe de symétrie) caractérise aussi le rapport entre

le processus de structuration de l'action et sa qualité. Ainsi, le *processus de structuration des programmes*, que nous cherchons à mettre en relation avec leurs attributs de *qualité*, constituent avec les notions de *sociogramme* et de *technogramme* les dimensions conceptuelles fondamentales de l'étude.

Dans le champ de la santé publique, où prédominent les acteurs publics (intersectoriels) et communautaires, quatre types de rapports sociaux sont particulièrement en cause et viennent spécifier le sociogramme, i.e. les enjeux politiques et symboliques de la structuration des programmes et les formes sociales de la coopération. Il s'agit du rapport public / communautaire, articulé en recourant aux notions de complémentarité (de la portion de services du communautaire) et d'interdépendance égalitaire (Panet-Raymond, 1994; Vaillancourt, 1994); du rapport entre acteurs sectoriels, défini par le processus de sectorisation et de contrôle exercé sur un champ de pratique (Degeling, 1995); du rapport entre planification publique et autonomie des communautés locales, soit une approche technocratique et rationaliste, versus participative et adaptative des programmes publics (Berman, 1980; Rogers, 1983; Brunk et al., 1990; Fawcett et al., 1995; Gillies, 1998); enfin, du rapport entre les différents savoirs, scientifiques et d'expérience, institutionnels et communautaires, selon que l'approche est contributive des différents savoirs ou qu'elle consacre la suprématie de certains savoirs (logique de l'expert) (Elden & Leven, 1991; Schön, 1994; Weiss, 1995).

Afin de spécifier le technogramme, nous recourons au modèle d'action du programme, qui en précise les composantes et qui rend compte de la logique de l'intervention, ainsi qu'à l'action réalisée (couverture opérationnelle et populationnelle). Nous référons ici aux techniques de spécification de programmes dans le champ de l'évaluation (Allard, 1996, 2001).

Quant à la mesure de la qualité, elle porte sur les dimensions sociale et technique des programmes. La dimension sociale est la solidité et la force d'entraînement du réseau d'acteurs qui portent le programme, i.e. la capacité des acteurs de soutenir dans le temps la poursuite de l'action et la capacité du programme (et ses acteurs) de rallier les acteurs stratégiques et névralgiques à son développement. Quand à la dimension technique, elle nous est donnée par trois mesures : 1^{e}) l'ancrage du programme dans son milieu, i.e. sa pertinence aux yeux des acteurs des communautés, et son degré d'adéquation eu égard à la forme locale que prend le problème sur lequel on cherche à intervenir et aux possibilités qui sont offertes (ressources, capacités et limites des acteurs) dans le contexte où le programme s'insère (Fawcett et al., 1995; Wandersman et al., 1996; Gillies, 1998); 2^{e}) la solidité du modèle d'action, i.e. sa pertinence devant le problème à résoudre et sa faisabilité dans le contexte, eu égard aux acquis de la recherche et de l'expérience auxquels se réfèrent les acteurs du programme (Allard, 1996; Bilodeau et al., 1998); 3^{e}) la viabilité de la solution, i.e. a-t-on des indications à l'effet que la solution mise de l'avant résout le problème pour lequel elle est déployée, en se basant sur les premiers résultats proximaux observés (Bickman, 1985).

La **figure 1** suivante illustre le cadre conceptuel de l'étude et le **tableau 1** en présente l'opérationnalisation en dimensions, sous-dimensions et indicateurs.

Figure 1 : Cadre conceptuel pour l'analyse du rapport entre le processus de structuration des programmes et leur qualité

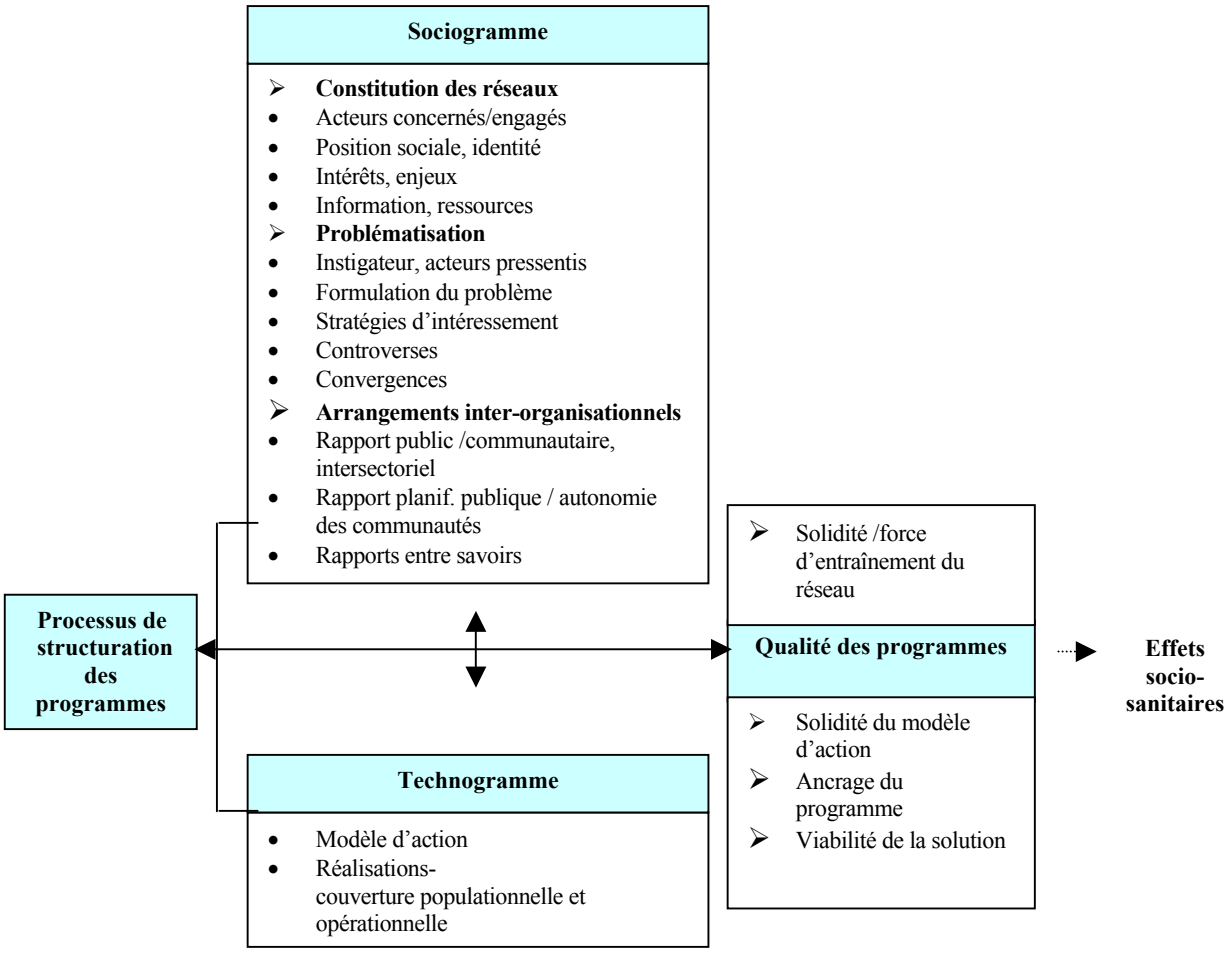


Tableau 1
Opérationnalisation du cadre conceptuel de l'étude en dimensions, sous-dimensions et indicateurs

DIMENSIONS / SOUS-DIMENSIONS	INDICATEURS
A - PROCESSUS DE STRUCTURATION DES PROGRAMMES	
1 – SOCIOGRAMME	
1.1 – RÉSEAU : ACTEURS ET AUTRES ENTITÉS CONSTITUANTES	
1.1.1 Acteurs concernés, mobilisés, engagés.	Composition des réseaux par rapport aux acteurs concernés par le problème. Représentativité intersectorielle.
1.1.2 Position sociale	Acteur public / communautaire; régional / local; sectoriel. Précarité / stabilité des organisations.
1.1.3 Identité / Culture	Mission / Vision des problèmes et des solutions.
1.1.4 Intérêts / Enjeux associés à la structuration du programme	Intérêts respectifs des acteurs : objectifs recherchés vues culture et position sociale. Gains et pertes de pouvoir ou de capacités que les acteurs associent à leur engagement dans le programme.
1.1.5 Ressources	Ressources humaines, matérielles, financières que les acteurs mobilisent pour le programme. Richesse / rareté des ressources des communautés; suffisance et récurrence du financement.
1.1.6 Information	Expérience / connaissance qu'ont les acteurs du champ d'action. Accès / partage / contrôle de l'information.
1.2 – PROBLÉMATISATION	
1.2.1 Instigateur - traducteur / Acteurs à associer et rôles qui leur sont pressentis.	
1.2.2 Formulation du problème et des solutions selon les différents acteurs –lien entre ces discours hétérogènes.	
1.2.3 Stratégies d'intéressement	Stratégies de participation (association des partenaires) mises de l'avant par le planificateur pour : • l'établissement des priorités et voies d'action; • la sélection des partenaires et des projets. Positionnement des acteurs.
1.2.4 Controverses	Éléments de désaccord et de débat entre les acteurs, compte tenu des enjeux.
1.2.5 Convergences / Points de passage obligé	Degré d'interdépendance des acteurs (dans quelle mesure les intérêts poursuivis par chaque acteur ne peuvent être atteints sans le concours des autres). Arrimages incontournables pour la poursuite des intérêts respectifs des acteurs, vu leur degré d'interdépendance.
1.3 - ARRANGEMENTS INTER-ORGANISATIONNELS	
1.3.1 Rapport public / communautaire	Rapport de complémentarité de la portion de services du communautaire avec les établissements publics, dans l'atteinte des objectifs de l'État. Rapport d'interdépendance égalitaire :mission propre / reconnaissance mutuelle / création conjointe des projets.

DIMENSIONS / SOUS-DIMENSIONS	INDICATEURS
1.3.2 Rapport entre les acteurs intersectoriels	Découpage du programme en zones de contrôle. Émergence de zones de décloisonnement.
1.3.3 Rapport entre planification centrale et autonomie des communautés locales	Approches de planification technocratique prp participative Potentiel d'empowerment : • acteurs décisionnels / contrôle de la décision aux différentes étapes de la planification et de l'évaluation (degré de contrôle des acteurs locaux sur les priorités et le développement de l'action); Approche d'implantation adaptative ou programmée des programmes cadre.
1.3.4 Rapport entre les savoirs : • scientif. vs pratiques • inst. vs communautaires	Légitimité des différents savoirs / suprématie de certains savoirs. Approche contributive prp approche de prescription.
A - PROCESSUS DE STRUCTURATION DES PROGRAMMES *2 – TECHNOGRAMME*	
1 – MODÈLE D'ACTION DU PROGRAMME	
	Composantes du programme et logique de l'intervention.
1 – COUVERTURE POPULATIONNELLE ET OPÉRATIONNELLE	
	Populations visées / rejointes. Outils, activités prévues / réalisées.
B – QUALITÉ DES PROGRAMMES	
1 - FORCE D'ENTRAÎNEMENT ET SOLIDITÉ DU RÉSEAU	
	Engagement d'acteurs stratégiques (démission / exclusion d'acteurs). Représentativité des acteurs / secteurs concernés par le problème.
2 – SOLIDITÉ DU MODÈLE D'ACTION	
	Jugement porté sur le programme par ses acteurs, au plan de la vraisemblance d'implantation et d'intervention.
3 – ANCRAGE DU PROGRAMME	
	Priorités et solutions reconnues pertinentes par les acteurs locaux. Théorie locale prp théorie générale des problèmes et des solutions : ♦ concordance avec les données locales du problème; ♦ concordance avec les capacités des acteurs, les ressources et obstacles dans la communauté.
4 – VIABILITÉ DE LA SOLUTION	
	Appréciation des changements (intermédiaires) observés par rapport aux objectifs visés.

CHAPITRE II : LE CADRE MÉTHODOLOGIQUE

La méthodologie consiste en une étude interprétative, longitudinale et explicative cherchant à établir les liens entre les processus mobilisés et la qualité des résultats atteints. Ici, la notion de résultat signifie ce qui résulte des processus, en termes d'acteurs engagés, d'interventions réalisées et d'effets socio-sanitaires[18]. Il s'agit de plus d'une étude comparative fondée sur l'analyse de trois cas.

Le caractère interprétatif, longitudinal, explicatif et comparatif de l'évaluation s'articule de la façon suivante. Les dimensions **interprétative** et **longitudinale** donnent lieu à un récit de la mobilisation des acteurs, de la construction des réseaux, des pratiques planificatrices et partenariales à la base de ces réseaux, de ce que les acteurs ainsi mobilisés ont réussi à produire, et de l'évolution de ce processus dans le temps. Le portrait proposé est une interprétation des événements qui se sont passés, tel que représentés dans les documents consultés, réalisée en vertu d'une théorie de la coopération et de l'innovation, soit la théorie de la traduction, retenue par les chercheurs. L'**explication** consiste ensuite en l'élaboration de liens de causalité entre les processus décrits, réseau et produit, et le degré de qualité de ce résultat. Les critères de qualité appliqués aux résultats, en référence à la théorie de la traduction, sont la force du réseau, l'ancrage du programme, la solidité de son modèle d'action et la viabilité de la solution, i.e. sa capacité à résoudre le problème pour lequel elle a été créée. La dimension **comparative** de l'évaluation porte sur les trois cas à l'étude et conduit à dégager des constats d'un ordre plus général sur les caractéristiques des pratiques planificatrices et partenariales associées à une plus ou moins grande qualité du résultat atteint. Ces constats seront comparés au développement théorique de la recherche antécédente sur les priorités régionales de Montréal-Centre qui, lui-même, découle de l'analyse comparative de quatre cas.

À propos de la validité de l'explication fondée sur une méthodologie qualitative, des experts des méthodologies de la recherche et de l'évaluation en sciences sociales (Huberman & Miles, 1991 ; Yin, 1994 ; Mohr, 1999) rejettent la hiérarchie soutenue entre les méthodes qualitatives et quantitatives où l'expérimentation est la seule manière de faire de la recherche causale. Plutôt, la recherche d'observation (recherche de terrain), où dominent les méthodes qualitatives, est considérée par ces auteurs comme un outil efficace pour élaborer des explications spécifiques à un cas et des explications plus générales. Le travail d'élaboration d'une trame de signification qui assemble de façon cohérente les séquences d'événements ayant conduit à une situation donnée constitue une démonstration des processus qui sont effectivement à l'origine de résultats spécifiques et conduit à des explications vérifiables. L'élaboration de la causalité locale, spécifique à chaque cas, est le point de départ de l'élaboration d'une explication d'un ordre plus général qui s'obtient par l'analyse comparative de données de plusieurs cas. Rappelons ici que l'étude de cas est une méthodologie privilégiée dans des contextes où le chercheur ne peut exercer de contrôle sur les événements, contrôle qui est requis à la tenue d'expérimentation (Yin, 1994).

[18] Nous distinguons ici les résultats opérationnels, soit : 1°) la mise en œuvre des conditions d'implantation, i.e. la mobilisation de l'environnement et des intervenants, et 2°) la réalisation des interventions prévues. Ces résultats se situent en amont des effets socio-sanitaires attendus du programme. Les effets socio-sanitaires se distinguent eux-mêmes en effets proximaux et distaux (Allard et al., 1999).

La méthodologie de l'analyse interne et comparative des cas comporte quatre étapes.

La première étape est celle de la collecte et du traitement des données. Les données proviennent de deux sources : 1) des entrevues semi-dirigées ont été réalisées auprès des acteurs-clé des programmes; 2) les documents administratifs témoignant de l'élaboration, la réalisation et l'évaluation des programmes, à leurs différents stades de développement, ont été colligés. La liste des personnes interviewées et des documents consultés est présentée à l'annexe 2. Des transcriptions intégrales des entrevues ont été réalisées. Puis, les informations ayant trait aux dimensions et sous-dimensions du cadre conceptuel de l'étude ont été recueillies et codées par source de données et par période, de sorte à constituer la **base de données** de l'étude. Les périodes retenues pour le découpage de l'information dépendent de l'histoire de chaque cas et sont déterminées en fonction de leur pertinence pour éclairer la question de recherche.

Au fur et à mesure du recueil de l'information, des remarques ont été rédigées à propos de la signification des informations recueillies, en vertu du cadre conceptuel de l'étude, et suggérant des connexions avec les informations recueillies sur d'autres dimensions. En cours de codage, des mémos comportant des essais de théorisation sur les dimensions et les relations entre elles, sur les récurrences, les « *patterns* », ont été rédigés. Ces **remarques et mémos analytiques** ont été à la base de l'analyse descriptive de la structuration de chaque programme.

L'opération de codage complétée, pour chaque cas, un **matrice chronologique des principaux événements** du sociogramme et du technogramme a été réalisée. Partant de ces outils, soit la base de données, la matrice chronologique des événements et les remarques et mémos, l'analyse interne des cas à été réalisée. C'est la deuxième étape de la recherche. Cette analyse a consisté en une description de l'histoire des programmes, en vertu du cadre conceptuel de l'étude, en montrant l'évolution de l'interaction entre sociogramme et technogramme, jusqu'à leurs attributs de qualité. Puis les informations contenues dans ces narrations ont été présentées de façon systématique et synthétique, pour chaque cas, dans une **matrice mixte**, selon **la chronologie** et **la dynamique processus – qualité du résultat**. Les données sur la qualité du résultat y sont inscrites assorties d'une appréciation selon trois niveaux (+, ±, -). Ces matrices ont consisté à retenir les événements du processus de structuration des programmes, sociogramme et technogramme, et le moment de leur avènement, de même que les attributs de qualité des programmes, préparant l'analyse explicative. Ces matrices sont insérées dans la présentation de chaque cas en deuxième partie.

La troisième étape de l'évaluation causale est celle de l'élaboration, pour chaque cas, d'une explication locale. Cette explication est élaborée selon la logique d'une causalité itérative, i.e. liée à l'antériorité d'un événement par rapport à un autre et à la construction d'un lien logique entre ces réalités (Huberman & Miles, 1991 ; Bernard, 1993). Partant du niveau de qualité des programmes, l'analyse a consisté à remonter aux dimensions antécédentes, à retracer les itérations du sociogramme et du technogramme qui se sont succédées, à repérer les conditions actives du processus qui ont été à l'origine de la qualité du résultat, et à élaborer au plan conceptuel les liens de causalité. Il s'agit ici d'une causalité locale dans le sens des événements et processus qui ont effectivement été à l'origine de

résultats spécifiques. Les propositions explicatives de chaque cas identifient donc les dimensions du processus de structuration qui ont influencé, de manière plausible, les attributs de qualité des programmes. Les propositions explicatives élaborées ont été ensuite représentées dans des **diagrammes de la causalité locale** où figurent les interrelations entre les principales dimensions antécédentes et attributs de qualité.

La quatrième étape est celle de l'analyse comparative. Les résultats de cette analyse sont présentés dans le rapport synthèse de l'évaluation des trois cas[19]. Cette comparaison part des matrices de la dynamique processus – qualité de chaque cas, des propositions explicatives et des diagrammes de la causalité locale qui en ont découlés. L'analyse comparative cherche alors, à partir des explications locales, à dégager des facteurs explicatifs de la qualité des programmes qui sont d'un ordre plus général. Les dimensions antécédentes les plus significatives dans chaque cas sont alors comparées et mises en relation avec les dimensions de qualité de telle sorte à dégager des propositions théoriques explicatives d'un ordre plus général. Ce développement est comparé au développement théorique de la recherche précédente (Bilodeau, 2000), de telle sorte à discuter du potentiel de généralisation des résultats. Il s'agit ici d'une généralisation théorique, plutôt que statistique, dans le sens où ce sont les théories pour la compréhension d'un phénomène dans différents milieux qui sont la cible de la généralisation d'une théorie élaborée pour la compréhension de ce phénomène par l'étude de quelques cas (Yin, 1994).

[19] Bilodeau A., Lefebvre , C., Allard, D (à paraître). *Les priorités nationales de santé publique 1997-2002 : Une évaluation de l'actualisation de leurs principes directeurs*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.

CHAPITRE III : LA DIMENSION PARTICIPATIVE DE L'ÉVALUATION

Deux dispositifs assurent la dimension participative de l'évaluation, soit un comité de pilotage du projet, central et inter cas, et un comité de pilotage interne à chaque cas. Pour comprendre la finalité de ces dispositifs, il faut rappeler l'objet de l'évaluation et la façon dont les chercheurs ont proposé de l'analyser. L'objet d'évaluation est l'actualisation des principes directeurs des *PNSP* dans différents domaines d'intervention. Les chercheurs ont identifié dès le départ un certain nombre de contraintes qui orientaient la connaissance de cette actualisation :

- les principes directeurs ne sont pas directement observables ; ils ne le sont qu'au travers des pratiques de planification et de partenariat qui se sont développées dans les projets sur le terrain ;

- si l'utilité de la recherche est de préciser des indicateurs qui pourront être suivis dans les projets futurs, il faut observer des cas exemplaires qui permettent de repérer et de construire ces indicateurs ;

- ces cas exemplaires ne peuvent être observés qu'en rétrospective ;

- pour être exemplaires, ces cas doivent être jugés avoir produit des résultats d'une qualité suffisante pour justifier l'analyse des pratiques de planification et de partenariat les ayant générés.

Il va de soi que la question initiale du projet et la formulation de ces contraintes ont été discutées avec le prescripteur de l'évaluation, ici le MSSS, qui a été associé à certains choix à l'étape de la conception du devis. Mais les responsables de l'évaluation ont fait accepter dès le départ le fait que les contraintes énoncées impliquaient certaines décisions devant être prises, appuyées et discutées dans le cadre de comités de pilotage.

Il a d'abord été proposé et accepté qu'un comité de pilotage du projet, associant le MSSS, les chercheurs et des représentants des cas, puisse répondre aux questions suivantes :

- Quelles interventions de santé publique, parmi les *Priorités nationales de santé publique*, peuvent rendre le mieux compte de l'actualisation des principes ?

- Quels cas exemplaires choisir et dans quelles régions ?

- Quelles conclusions tirer de l'évaluation comparée des cas exemplaires ? Quelles recommandations adresser aux instances planificatrices, centrale et régionales, en santé publique, quant au renouvellement des pratiques dans l'esprit des principes directeurs ?

- Que retenir comme indicateurs de l'actualisation des principes directeurs ?

Ce comité de pilotage du projet est composé du coordonnateur de l'évaluation annuelle des *PNSP*, M. Pierre Patry ; de la responsable des mesures de soutien pour le suivi des PNSP, Mme Lyne Jobin ; de la responsable du programme de santé publique, Mme Marthe Hamel ; d'un représentant de chacune des trois directions régionales de santé publique des projets étudiés; des deux chercheurs de l'INSPQ responsables du projet, Mme Angèle Bilodeau et M. Denis Allard.

Il a aussi été proposé et accepté qu'un comité de pilotage soit créé pour chacun des cas analysés afin de garantir une évaluation adéquate du cas choisi, à la fois dans les sources d'information qui permettent d'en rendre compte et dans les résultats d'analyse et d'interprétation qui sont tirés de cette information. Pour le cas exemplaire des programmes de prévention du VIH/sida chez les hommes gais dans la région de Montréal-Centre, le comité de pilotage a la composition suivante : Mme Monique Imbleau et M. Benoît Vigneau du Centre québécois de coordination sur le sida, MM René Lavoie et Claude Cyr de Action Séro Zéro, MM Daniel Labesse et Jean Beauchemin de la Direction de santé publique de Montréal-Centre et l'équipe de recherche, soit Angèle Bilodeau, Denis Allard et Chantal Lefebvre de l'Institut national de santé publique du Québec.

À cause de la demande même d'évaluation qui vient du MSSS et qui vise à apprécier l'effet d'orientation générale des principes directeurs sur le partenariat et l'engagement des communautés dans la mise en œuvre des *Priorités nationales de santé publique*, le caractère participatif du projet d'évaluation ne se situe pas au niveau du questionnement initial. En cela, notre projet se rapproche plus d'une évaluation centrée sur l'utilisation (Patton, 1997) qui identifie clairement un utilisateur privilégié, ici les directions de santé publique du MSSS et des régies régionales, avec lesquelles la perspective de recherche et les résultats attendus ont été négociés. Avec la création d'un comité de pilotage du projet qui participe aux décisions sur le choix des cas exemplaires et à l'analyse comparative finale pour des fins d'utilisation des résultats, nous nous approchons de l'évaluation participative pragmatique telle que définie par Cousins et Whitmore (1998). Ce type d'évaluation implique des acteurs organisationnels dans l'orientation et la traduction des résultats d'évaluation à des fins utilitaires par opposition à une évaluation participative émancipatrice qui vise plus l'*empowerment* des bénéficiaires ou des exclus d'un programme. Cela ne signifie pas que notre projet, en ayant des retombées d'amélioration des pratiques planificatrices et de partenariat, ne pourra pas avoir d'effet d'*empowerment* sur les bénéficiaires et les exclus, mais il n'est pas conçu pour produire cet effet en cours de processus d'évaluation. Par ailleurs, les concepteurs, les gestionnaires et les intervenants, surtout ceux des comités de pilotage des cas exemplaires, pourront certainement profiter des effets d'habilitation de leur participation à la démarche d'évaluation pour la suite de leur implication dans le programme évalué. Mais dans le présent projet, l'objectif de la participation dans un comité de pilotage est de tirer des conclusions utilisables par une majorité d'acteurs pour le plus grand nombre possible de programmes actuels et futurs.

Le rôle qu'on demande de jouer aux membres des comités de pilotage des cas est de ce point de vue fondamental. Bien que le cadre théorique et les méthodes de recherche ont été définis au départ en accord avec le prescripteur de l'évaluation, les comités de pilotage des cas ont la responsabilité de valider l'analyse tirée du matériel recueilli sur le terrain par les chercheurs et confronter cette analyse à leurs connaissances, leurs expériences et leurs propres interprétations (Rebien, 1996). Les comités de pilotage ont donc un rôle majeur à jouer dans le produit final qui sera diffusé puisque les chercheurs s'engagent à tenir compte de leurs demandes de modifications et d'ajustements, et si la chose s'avère impossible, à mentionner les limites exprimées. On admet volontiers dans la littérature que le chercheur puisse jouer un rôle de « critique » (Rallis, 2001) de la qualité d'un programme en appliquant sa propre grille d'appréhension de la réalité. Il devient tout aussi pertinent que, dans un comité de pilotage, les autres acteurs puissent avoir le même droit face aux chercheurs. Le défi d'un comité de pilotage devient alors de créer cet espace de dialogue qui est plus qu'un simple échange d'arguments mais qui permet une véritable délibération (House et Howe, 2000), cherchant à fonder l'argumentation sur des preuves empiriques ou logiques et permettant de la faire progresser vers une compréhension commune plus nuancée et des choix pour l'action (Edelenbos et Van Eeten, 2001). Il demeure aussi fondamental que les traces de ce travail de véritable dialogue puisse trouver leur place dans le rapport d'évaluation.

Dans cette perspective, les travaux des comités de pilotage qui portent sur la critique des rapports préliminaires de recherche se déroulent en quatre étapes :

1e) Envoi du rapport de recherche sur le cas aux membres du comité et lecture du document avec le questionnement suivant :

- Etes-vous en accord ou non avec l'analyse produite sur les pratiques de planification et de partenariat de ce cas ? Quelles objections et quelles nuances apporteriez-vous ?

- Etes-vous en accord ou non avec le jugement porté sur la qualité des résultats atteints dans ce cas ? Quelles objections et quelles nuances apporteriez-vous ?

- Etes-vous en accord ou non avec l'interprétation qui est faite du lien entre les pratiques et la qualité obtenue ? Avez-vous une autre interprétation ou des précisions à apporter à celle qui est fournie par les chercheurs ?

2e) Première rencontre du comité où les membres énoncent leurs commentaires, où les chercheurs apportent les précisions qui sont utiles et disponibles, où une décision est prise sur les corrections possibles du rapport.

3e) Envoi du document corrigé aux membres du comité avec indication des modifications effectuées et intégration des traces de délibération.

4e) Rencontre finale visant à valider le document révisé et à obtenir un consensus autour de sa publication. Élaboration des premières pistes quant à la portée des résultats, en préparation de l'analyse comparative des cas.

La possibilité de rendre compte des délibérations dans le rapport final n'oblige pas à obtenir un consensus total pour la publication du rapport. Elle n'oblige qu'à faire état des divergences d'opinion qui subsistent à la fin des discussions et qui ne trouvent pas de solutions dans les données empiriques disponibles à ce moment.

DEUXIÈME PARTIE
L'ANALYSE INTERNE DU CAS : LES PROGRAMMES DE PRÉVENTION DU VIH/SIDA CHEZ LES HOMMES GAIS DE LA RÉGION DE MONTRÉAL-CENTRE

L'étude de ce cas s'étend sur plus d'une décennie, débordant largement en amont la période des *Priorités nationales de santé publique*, de 1997 à 2002. Elle s'ouvre avec l'amorce d'un dialogue entre les acteurs publics et communautaires sur la mise en place des programmes destinés à la population gaie, vers la fin des années 1980, et se poursuit jusqu'à la période actuelle. Ce choix de méthode s'explique par le fait que l'histoire de ces programmes recèle des pratiques planificatrices et partenariales innovatrices et riches d'enseignement sur la portée qu'a pu avoir l'application de l'esprit des principes directeurs bien avant que ceux-ci soient portés en principes de l'action en santé publique.

Le fil conducteur de la présentation du cas est le suivant. Nous présentons d'abord, au **chapitre IV**, le contexte d'émergence des programmes, soit l'importance de l'épidémie de sida au sein de la population gaie et le développement politique et communautaire dans cette population, ainsi que l'amorce d'une réponse des services publics, au cours des années 1980 et le début des années 1990. On y présente également les acteurs qui, tout au long de la période étudiée, seront concernés par la mise en place des programmes. Le contexte étant posé, nous présentons l'évolution du processus de structuration des programmes dans le temps. Nous avons distingué deux moments dans ce processus, donnant lieu, chacun, à un chapitre : le **chapitre V** intitulé *L'actualisation de la phase 3 et la régionalisation de la santé publique : de 1992 à 1997* ; le **chapitre VI** consacré à *La phase 4 et l'ouverture à la participation, à partir de 1998*.

Les chapitres V et VI organisent l'information autour de l'évolution du sociogramme et du technogramme. Le sociogramme y est présenté sous les aspects de la problématisation (façon de poser le problème et les solutions) et de l'intéressement des acteurs (stratégies déployées par les acteurs pour susciter l'adhésion à leur problématisation), des convergences et des divergences de points de vue, voire des controverses, de même que leur négociation et leur issue (résolution ou non résolution). Puis, les arrangements de coopération auxquels parviennent les acteurs sont décrits de même que le technogramme issu de ces arrangements, pour la période afférente, le technogramme étant ni plus ni moins que le produit observable (le programme), modulé par la façon dont les acteurs négocient leurs rapports et notamment leurs conflits pour produire l'action.

Enfin, nous présentons le niveau de qualité des programmes et à l'élaboration des liens entre ce niveau de qualité et les processus mobilisés.

CHAPITRE IV : LE CONTEXTE D'ÉMERGENCE DES PROGRAMMES ET LEURS ACTEURS

1 LE CONTEXTE

Au début des années 1980, le sida est une maladie encore peu connue des instances médicales et de la population. Causé par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), qui s'attaque au système immunitaire des individus atteints, le sida (syndrome de l'immunodéficience acquise) est caractérisé par le développement conséquent de maladies opportunistes et de cancers. L'épidémie se présente d'abord sous forme de symptômes et ses causes n'étant pas encore découvertes, l'épidémie à cette période n'a pas encore de nom. Au Québec, le virus sévit d'abord, à partir de 1978[20], parmi les personnes issues des pays où le sida est endémique. Les homosexuels (et bisexuels) constitueront la seconde vague de l'épidémie puisqu'on observe une propagation rapide du virus au sein de ce groupe entre 1983 et 1986 (MSSS, 2000a, p. 5)[21]. Le traitement médiatique alors réalisé autour de la maladie et de ses causes vient mettre en évidence la virulence avec laquelle le sida frappe la communauté homosexuelle, et la maladie est vite associée, dans l'imaginaire populaire, à l'homosexualité, suscitant du coup tabous et préjugés.

Or, la communauté homosexuelle croise le sida sur son chemin alors même qu'elle est en véritable conquête de son identité et de ses droits. En effet, dira l'un de ses représentants, le sida apparaît au moment où commencent à se cristalliser une identité et une appartenance gaies (Lavoie, 1998, p. 340). Dans la foulée du mouvement identitaire ayant commencé de se former vers la fin des années soixante, plusieurs événements marquent une reconnaissance accrue des droits des gais et des lesbiennes au début des années 1980[22] dont, au pays, le Bill Omnibus promulgué en 1969 qui décriminalise les relations homosexuelles entre adultes consentants et, au Québec, en 1977, une disposition inscrite à la charte québécoise interdisant la discrimination basée sur l'orientation sexuelle[23]. Suivant ces acquis à l'arraché, un climat d'émancipation règne parmi les homosexuels, qui fait que l'on retrouve ouvertement dans la cité des lieux gais, de même que l'on assiste, vers 1982, au développement du *Village gai de Montréal,* milieu de vie habité, fréquenté et adopté par nombre d'hommes homosexuels[24]. Les bars et les saunas se répandent alors rapidement dans l'enceinte du Village et en quelque lieux excentrés dans la ville. C'est donc dans un contexte de liberté civique et sexuelle que se présente le sida au sein de la population homosexuelle, décimant une partie importante de la

[20] Au Québec le premier cas de sida a été diagnostiqué en novembre 1979 et la première déclaration a été acceptée officiellement en octobre 1983 (Rémis et al, 1996, p. 10).

[21] Les personnes hémophiles seront également victimes du VIH et du sida de façon notable au cours de cette période, alors que le sang leur étant transfusé en contexte hospitalier s'avère être infecté par le virus, situation qui aura pour effet de révéler la présence de banques de sang contaminées dans les réserves de la Croix-Rouge (maintenant Héma-Québec).

[22] Aux Etats-Unis, dans les années 1970, l'Association des psychiatres et celle des psychologues américains retirent l'homosexualité de la liste des maladies mentales.

[23] Suivant une descente policière ayant eu lieu dans deux bars gais de Montréal, l'Association pour les droits des gais du Québec (ADGQ), fondée en 1976, exercera des pressions sur le gouvernement, ce qui aura pour effet de voir apparaître dans la Charte des droits et libertés de la personne du Québec une disposition interdisant la discrimination et le harcèlement sur la base de l'orientation sexuelle.

[24] Selon Lavoie (1998) : « *De l'avis de tous, les gais de Montréal ont fait preuve, à partir environ de 1975, d'une exceptionnelle vigueur qui se traduit au fil des ans par la création d'une impressionnante quantité de groupes de toutes sortes, sans compter l'émergence du Village gai, le premier quartier de la ville où l'homosexualité peut s'afficher au grand jour* » (p. 348).

génération des 20-49 ans et plongeant leurs proches et la plupart des autres hommes homosexuels dans les difficultés de l'éprouvante maladie et du deuil, pour certains plusieurs fois répétées.

Au Québec, le premier regroupement à prendre acte de la maladie sera, en 1982, le *Comité sida Québec,* qui fait œuvre de pionnier, au moment où le sida commence à affecter la communauté homosexuelle de Montréal. Il s'agit cependant d'une initiative indépendante et isolée de médecins et autres professionnels regroupés sur la base de préoccupations professionnelles[25]. À partir de 1982, date à laquelle est officiellement déclaré au Canada le premier cas de sida, Santé Canada soutient de façon ad hoc des initiatives en matière de recherche, de surveillance et de développement communautaire pour faire face à la situation. Santé Canada sera dès lors un acteur très actif dans le domaine et ses initiatives, comme nous le verrons plus loin, auront des répercussions au plan provincial. S'engage par ailleurs à cette période un mouvement de recherche scientifique visant à identifier la cause de la maladie et sa provenance, et visant par des essais cliniques à mettre au point un vaccin susceptible d'empêcher la transmission de la maladie et des médicaments pour guérir le sida. Si le drame social associé au sida au Québec frappe d'abord au sein de la communauté Haïtienne, y affectant principalement des personnes hétérosexuelles, la force avec laquelle l'épidémie touche par la suite les homosexuels et le stigmate homosexuel lui étant également associé laissent croire qu'il s'agit d'une maladie des « autres ». Ce n'est qu'autour de 1985 que la recherche sur la transmission du virus établit et que se met à circuler l'idée que tous peuvent contracter le VIH.

C'est dans ce contexte, à partir de 1985, avec l'arrivée de fonds provinciaux (suite aux recommandations du Comité sida Québec), que les premières initiatives communautaires se mettent en place. Au cours de cette période, émerge un réseau d'hébergement et de soutien aux personnes sidéennes, faisant en sorte que les groupes développent une expertise particulière dans le domaine de l'accompagnement aux mourants. La prévention s'effectue de façon transversale par les différents groupes qui, tout en prodiguant aide et soutien, diffuseront également de l'information, feront de la sensibilisation auprès du grand public ou encore auprès de clientèles davantage à risque. Il en va ainsi du *Comité sida aide Montréal* (C-SAM) qui se présente, au cours de cette période, comme une importante figure communautaire de lutte au sida sur la scène montréalaise[26]. Si ce groupe communautaire organise, en 1986 et en 1987[27], les premières campagnes de prévention destinées aux

[25] Ce comité mettra sur pied un premier système volontaire et anonyme de surveillance parmi les microbiologistes (déclaration et échange d'informations). La vision de la santé publique soutenue par ce comité met alors l'accent sur les structures d'accueil et le dépistage volontaire, évitant ainsi la coercition et s'opposant en cela à celle du contrôle de l'épidémie par la recherche de contacts et la notification des partenaires, soutenue par les grands hôpitaux anglophones de Montréal. Autour de 1984, certains membres de ce comité ouvrent, au cœur du Village gai, une première clinique, l'Annexe, dédiée aux MTS et particulièrement au SIDA (Graveline et al., 1998).

[26] On relate que, de 1985 à 1987, le Comité sida aide Montréal est le seul organisme à se préoccuper de l'épidémie de sida, qu'il fournit un éventail de services aux personnes atteintes et à leurs proches, qu'il fait également du travail de prévention et d'éducation dans différents milieux, qu'il tient un centre de documentation et produit un bulletin de liaison et qu'il obtient en 1987 sa première subvention du gouvernement du Québec (Lavoie, 1998, pp. 350-354) Le C-SAM aura été le point de départ de plusieurs groupes voulant se distinguer pour servir des populations particulières.

[27] Ces campagnes ont pour objectif de faire la promotion de pratiques sexuelles sécuritaires dans la population homosexuelle montréalaise des bars et des saunas ainsi que de recueillir des données sur le comportement sexuel et les connaissances de ce groupe face au sida. On rapporte qu'une trentaine de bénévoles ont distribué 10 000 dépliants et condoms avec des tubes de lubrifiant dans 27 bars et 5 saunas gais, sur une période de huit jours. Dans le cadre de cette intervention, le personnel des établissements (serveurs, barmans et préposés au vestiaire) portaient un T-shirt et des macarons indiquant le thème de la campagne : « Jouez sûr », message soutenu par des affiches. Les données recueillies montrent un niveau de connaissance élevé des modes de transmission du VIH au sein de ce groupe et que la campagne influence le comportement sexuel de 50% des répondants. Une année plus tard, suivant des activités ponctuelles de renforcement de l'intervention, les

homosexuels, il ne s'agit toutefois pas encore d'un programme de prévention puisque l'initiative est isolée, suivie d'actions ad hoc (du C-SAM, du mouvement Act-up et de certains CLSC), sans but réel d'assurer une continuité[28].

Puis, le Comité sida Québec est dissout[29] et le ministère de la Santé et des Services sociaux annonce, en 1987[30], la phase I de son plan de lutte contre le sida en sept mesures[31], dont la mise sur pied d'un nouveau groupe de travail sur le sida[32]. Les recommandations produites par ce comité en 1988, dont la mise sur pied d'un organisme central de coordination pour planifier des actions et assurer leur réalisation, seront à la base des mesures adoptées dans la phase II du plan d'action (MSSS, 1990, MSSS, CQCS, 1991). Ces mesures – dont des actions d'éducation et d'information grand public et de dépistage – s'ajoutent à celles déjà en place. Elles sont annoncées par la Ministre lors de la première Journée mondiale sur le sida, le 1er décembre 1988[33].

La plupart des groupes communautaires de lutte contre le sida voient le jour entre 1987 et 1992, de façon concomitante à la mise en place de la phase II qui préconise, notamment au niveau de la prévention, le renforcement des subventions aux organismes communautaires. Des activités sont ainsi réalisées par plusieurs groupes, principalement dans la région de Montréal[34], mais la prévention, dans l'attente d'un médicament qui viendrait résoudre le problème, vise large et demeure moins investie que les activités de soutien. En témoigne le fait que les heures de bénévolat dévolues aux activités de prévention représentent moins de 10% des heures consenties à la cause (COQC-sida, 1991). Par ailleurs, cette émergence d'acteurs communautaires en milieu sida culminera vers un regroupement d'organismes, la Coalition des organismes communautaires sida du Québec (COCQ-sida), ayant des fonctions de représentativité[35].

---

données indiquent une réduction de 10% de la pénétration anale sans condom (Morrison, 1991, p. 135). Il faut par ailleurs noter que ces campagnes sont réalisées en collaboration avec les DSC de l'Hôpital général de Montréal (HGM) et de Verdun.

[28] En 1990, le C-SAM mettra sur pieds des ateliers sur le sexe sécuritaire destinés aux gais, basés sur une expérience américaine. Encourant peu de succès auprès homosexuels, cet outil fut plutôt adapté pour le public en général et le milieu scolaire (Morrison, 1991, p. 136).

[29] Le Comité sida Québec sera dissout le 31 mars 1987. Puis un comité consultatif ministériel est mis sur pied, où se retrouvent quelques membres de l'ex-Comité Sida Québec, qui jettera les bases de la politique québécoise sur le sida (Graveline et al., 1998, pp. 49-50).

[30] Les phases I et de II de Stratégie de lutte au sida sont réalisées sous l'égide de la Direction générale de la prévention et des services communautaires.

[31] Ces mesures sont : 1e la création de trois équipes d'intervention pour offrir les services de dépistage anonyme du VIH ; 2e un soutien à la recherche; 3e la mise au point d'un programme de formation destiné aux professionnels du réseau de la santé et des services sociaux; 4e la création d'un projet pilote d'hébergement; 5e un soutien financier à l'Association des hémophiles ; 6e la consolidation du programme de surveillance épidémiologique du sida; 7e la constitution d'un groupe de travail sur le sida (MSSS, CQCS, 1991, p. 4).

[32] Ce groupe de travail est alors composé de nouvelles personnes à l'exception d'un ex-membre du Comité Sida Québec. Son mandat est d'explorer les éléments pouvant conduire à l'élaboration d'une politique québécoise globale de prévention, de prise en charge et de contrôle de l'épidémie de sida et de l'infection par le VIH (MSSS, CQCS, 1991, p. 4).

[33] En ce qui concerne la prévention, on insiste sur : 1e l'éducation et l'information; 2e la disponibilité de mécanismes d'orientation pour les personnes qui désirent obtenir de l'information; 3e le développement d'activités de formation et de soutien à l'intention des professionnels du réseau; 4e l'extension des services de dépistage anonymes et de counselling; 5e le renforcement des subventions aux organismes communautaires; 6e l'accroissement de la surveillance épidémiologique et la connaissance de l'épidémie; 7e la mise en place d'un mécanisme de surveillance éthique relativement aux enquêtes de séro-prévalence (MSSS,1991, p. 5).

[34] Dressant en 1991 le bilan des activités des groupes communautaires de lutte contre le sida, la COCQ-Sida rapporte que la prévention réalisée entre 1985 et 1991 est concentrée à Montréal. Le bilan indique que les lignes téléphoniques et de références sont les services préventifs le plus largement répandus (COCQ-Sida, 1991).

[35] La Coalition des organismes communautaires sida du Québec (COCQ-sida) voit le jour en 1991.

En 1989, en réponse aux attentes du milieu mais également tel que le préconise le plan d'action de la phase II (tout comme l'OMS[36]), le Ministère de la Santé et des Services sociaux crée le Centre québécois de coordination sur le sida (CQCS) (MSSS, CQCS, 1991, p. 6), une nouvelle instance du MSSS à qui il confie le mandat d'orchestrer l'ensemble des actions de lutte contre le sida et les autres MTS (maladies transmissibles sexuellement) au Québec. À partir de 1989, également, le MSSS subventionne la mise sur pied des Unités hospitalières de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (UHRESS) pour soutenir la recherche dans le domaine. De façon concomitante, le gouvernement fédéral, lance en 1990, la première phase de la stratégie nationale de lutte au sida.

Au cours de cette période, le CQCS, d'une part contesté par la population et notamment par les homosexuels[37], et d'autre part faisant le double constat de l'ampleur de l'épidémie au sein de cette population et du peu d'efforts consentis pour la prévention au sein de ce groupe, interpellera divers acteurs montréalais du champ de la santé ou œuvrant dans le domaine du sida, issus des milieux public et communautaire, en vue de les mobiliser autour de ces enjeux[38]. Compte tenu de la nature du problème, soit la transmission du VIH par des pratiques sexuelles à risque, et la particularité du milieu social visé, il s'établit un consensus à l'effet que la réalisation d'une action préventive dans le domaine nécessite d'avoir recours à des intervenants communautaires. Pour harmoniser les rapports entre la population et l'appareil d'État, le CQCS reconnaîtra qu'il revient aux intervenants du milieu de participer à la planification et à la coordination des activités, que le gouvernement doit les financer et leur faire confiance[39]. En favorisant la création d'une ressource communautaire dédiée à la prévention auprès des gais et en lui laissant l'initiative de l'intervention, le MSSS reconnaît son potentiel d'expertise et la valeur des initiatives issues du terrain.

[36] À cette époque, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) incite tous les gouvernements à se doter de structures de coordination (MSSS, CQCS, 1991).

[37] Des regroupements politiques, tel le mouvement *Act up* (AIDS Coalition to Unleash Power) formé aux États-Unis, interpellent les instances gouvernementales québécoises, et notamment le CQCS, pour réclamer que des mesures concrètes et adéquates de soins et de services soient mises de l'avant vu l'ampleur de l'épidémie et les besoins spécifiques des personnes sidéennes. Il semble qu'à cette époque, les homosexuels, s'ils revendiquaient une action gouvernementale adéquate en lien avec l'épidémie dans le domaine des soins et services, présentaient le problème selon une vision large, comme étant d'abord civique, avant d'être homosexuelle. Dans ces manifestations, bien que les symboles de l'identité gaie se trouvaient présents, ceux-ci figuraient toutefois au second plan. Il semble que les leaders gais cherchaient à l'époque au Québec à ne pas « homosexualiser » le sida puisque l'association avec cette maladie risquait de saper les acquis sociaux émergents pour les gais (notamment la reconnaissance des droits et l'essor d'espaces sociaux gais). On note toutefois que certaines manifestations ont clairement été portées et identifiées comme étant gaies (en témoigne une manifestation tenue en 1992 sous l'égide de Act up ayant comme slogan : « On est écoeurés de crever, pis on n'est pas des caves ! »).

[38] À cette période, le milieu communautaire de la Ville de Québec (notamment l'organisme M.I.E.L.S. Québec) présentait un dynamisme particulier dans le domaine de la prévention de la transmission du VIH/Sida chez les homosexuels avec, notamment, des initiatives de promotion des moyens de protection dans les lieux de rencontre s'adressant aux homosexuels, tels les saunas. Les instances publiques (CQCS) se sont inspirées de ce dynamisme et de ce modèle communautaires pour orienter l'émergence de l'intervention terrain à Montréal.

[39] Cette situation aurait été un précédent puisqu'il était quasi inconcevable à l'époque au MSSS de financer un groupe communautaire pour l'élaboration d'une intervention préventive, bien qu'il était admis de les financer pour la prestation de services. Aussi, aux dires des acteurs de maintenant, des pressions politiques du mouvement gai auraient favorisé une telle prise de position du MSSS.

L'intervention du CQCS, en concordance avec la perspective de renforcement communautaire qui sera inscrite à son plan tactique de 1991, favorise ainsi l'émergence d'une ressource communautaire déjà en voie de se créer, dont la volonté et les porte-parole étaient déjà visibles et actifs dans la communauté, mais non encore clairement positionnés dans le champ de la prévention du sida chez les gais à Montréal[40]. Il s'agit dès lors d'une action fondatrice qui a pour effet de rallier les intérêts émergents et de propulser à l'avant scène un nouvel acteur, le sous-comité Séro Zéro au sein du comité de prévention du C-SAM, dans la région de Montréal, là où l'épidémie continue de frapper fortement la population homosexuelle qui s'y trouve concentrée.

À partir de novembre 1990, le sous-comité Séro Zéro mis sur pied au sein du C-SAM deviendra le maître bâtisseur des programmes de prévention du VIH destinés à la population homosexuelle de Montréal et marquera le début des interventions préventives suivies auprès de cette population (Lavoie, 1998, p. 342), créant du même coup un nouveau champ d'action, celui de la prévention du sida chez les homosexuels. Avec l'essor que connaît le milieu commercial gai au début des années 1990, les lieux de rencontres sexuelles (saunas et bars) sont vites identifiés comme des milieux où véhiculer aux homosexuels un message de *sécurisexe* et offrir sur place des moyens de protection[41].

À cette période, la composante régionale de Santé Canada (région du Québec) offre un soutien professionnel important dans le cadre des appels d'offre liés à son Programme d'action communautaire sida (PACS), en encadrant l'effort de planification. Ce soutien, offert aussi par la suite par le CQCS et la santé publique, sans intervenir directement dans la définition du contenu des interventions, jouera néanmoins un rôle important dans l'élaboration de l'action. Cette approche de soutien, conjuguée à la reconnaissance des savoirs issus du terrain, conduit à un produit étroitement lié à l'identité gaie et cette latitude permet au sous-comité Séro Zéro de développer ses principaux atouts qu'il mobilisera, tout au cours de l'évolution de l'intervention préventive auprès des homosexuels, dans ses rapports aux différents acteurs qui investissent le champ[42].

[40] L'histoire des interventions en milieu gai depuis 1985 indique que « … *Séro Zéro est vraiment la première expérience de mise en commun des efforts pour la prévention / éducation dans la communauté. A partir d'un minuscule budget provenant de dons de certains commerçants gais, de subventions fédérales ou provinciales, Séro Zéro a débuté une série d'interventions dans la communauté. Il s'est lui-même donné le mandat de coordonner des actions en éducation / prévention pour la communauté gaie à Montréal en ce qui concerne le sida et la transmission du VIH. La consultation et la coopération sont les deux mots clés* » (Morrisson, 1991, pp. 137-138).

[41] Séro-Zéro établira alors des collaborations avec des partenaires privés issus du milieu commercial gai, en premier lieu avec les propriétaires / gérants de saunas en 1992, puis dans les années suivantes, avec les bars, discothèques et tavernes qui seront tour à tour sollicités et enrôlés dans la mise en marche d'une dynamique cherchant à réduire à zéro la transmission de l'infection au VIH parmi la population homosexuelle.

[42] A sa création, le sous-comité Séro Zéro au sein du comité de prévention du C-SAM a comme mandat spécifique la prévention de la transmission du VIH auprès des homosexuels. Cette instance n'est pourtant pas au départ formée strictement de gens issus de la communauté. Il s'agit d'un comité à composition mixte, regroupant des intervenants du réseau de la santé et des intervenants communautaires gais issus de groupes communautaires sida ainsi que des gens issus de la communauté gaie. Deux ans après s'être constitué en ressource communautaire autonome (en 1994), les statuts et règlements de l'organisme seront cependant modifiés en 1995-1996 venant changer cette composition et réservant l'ensemble des postes à des gens issus de la communauté.

À cette période, le CQCS est nouvellement chargé non seulement de coordonner l'action au plan provincial mais également d'élaborer les politiques et stratégies dans le domaine. Dans la foulée de son intervention mobilisatrice, il produira en 1991 un rapport sur la prévention, qui préconisera notamment le renforcement de l'action communautaire auprès des personnes homosexuelles et bisexuelles, énonçant qu'il s'agit d'une clientèle prioritaire de l'action préventive, tout en gardant une perspective relativement large d'intervention (MSSS, CQCS, 1991). Ce rapport inclura par ailleurs un plan tactique d'orientation de l'action[43].

La problématisation du CQCS énonce dès lors une réalité jusque là inédite dans les politiques publiques, soit que les homosexuels sont, dans les faits, davantage exposés et victimes du VIH. Cette conception, abordée dans le plan tactique de 1990-1992, sera formellement actualisée aux phases subséquentes, notamment dans la phase III. En effet, alors que les phases I (1987) et II (1988) conçoivent la prévention dans une optique grand public, la phase III (1992-1995) [44] cible explicitement des groupes prioritaires, soit les jeunes, mais également les hommes homosexuels et bisexuels, les personnes en provenance des pays où le sida est endémique et les utilisateurs de drogues injectables (UDI), les deux premiers parce que les plus touchés et le dernier, parce que la présence du virus chez les UDI constitue une situation explosive.

2 LA COMPOSITION DU RÉSEAU D'ACTEURS AUTOUR DE LA PRÉVENTION

La mise en contexte qui précède montre que la mobilisation, tant communautaire qu'institutionnelle, s'est opérée d'abord sur la base des soins aux malades et en soutien aux proches des personnes atteintes. Compte tenu des efforts vains du monde scientifique et médical pour produire un vaccin empêchant la transmission du VIH et des médicaments pouvant éradiquer la maladie, la prévention s'est présentée comme le moyen le plus sûr de contribuer à réduire la transmission du virus. Par ailleurs, affectant les homosexuels et touchant à la sexualité et à la mort, les préjugés et tabous, conjugués à l'émancipation gaie, constituent l'arrière scène sur laquelle prendront forme les programmes préventifs destinés aux homosexuels. Puis, dans l'espace nouvellement créé de structuration de l'action préventive, plusieurs enjeux mobilisent les acteurs, dont le choix d'une approche pour faire face au problème, dans sa complexité et en lien avec l'aspect spécifique qu'il revêt dans la communauté gaie, ou encore l'ajustement de la réponse publique ou communautaire à l'évolution même de l'épidémie. Les rôles respectifs des acteurs et leurs prérogatives sur l'élaboration de l'action, et les rapports entre les différents savoirs, institutionnels et communautaires, sont alors

[43] À cette étape, 26 groupes, catégories ou milieux figurent au nombre des populations devant être rejointes. Le plan tactique de prévention pour la période 1990-1992 prévoit cinq stratégies prioritaires, soit 1e) acquérir des aptitudes personnelles; 2e) réorienter les services; 3e) renforcer l'action communautaire; 4e) créer des milieux favorables et 5e) élaborer des politiques publiques saines. Si les jeunes sont résolument le point de mire de ce plan tactique, le CQCS énonce, en conclusion, que trois autres groupes sociaux sont également des clientèles prioritaires, soit les hommes homosexuels et bisexuels, les populations en provenance des pays où le sida est endémique et les utilisateurs de drogues injectables (MSSS, CQCS, 1991, p. 37). Parmi les mesures de renforcement communautaire, on préconise de « *Encourager la réalisation d'actions éducatives locales auprès des personnes homosexuelles et bisexuelles* » (MSSS, CQCS, 1991, p. 20).

[44] Mentionnons que le groupe de travail mis sur pied par le CQCS pour réaliser le bilan des phases I et II et produire les recommandations en vue de la phase III mobilise des acteurs pertinents de différents milieux concernés, particulièrement la Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-Sida). Le groupe de travail produit par la suite sept rapports desquels découle la phase III de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida (1992-1995).

interpellés par ces enjeux. Le positionnement des acteurs est donc d'importance et la lancée sera ici d'entrée de jeu d'ordre politique.

2.1 Les acteurs institutionnels

2.1.1 Le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et le Centre québécois de coordination sur le sida (CQCS)

L'épidémie de VIH/sida se présente au Québec à un moment où le MSSS est très centralisé et il est de ce fait l'acteur public en premier concerné par ce problème de santé publique. Pour y faire face, il crée en 1989 le CQCS pour concevoir, promouvoir et mettre à jour les orientations et les stratégies relatives au contrôle du sida et des MTS et s'assurer de la mise en œuvre des activités qui en découlent (MSSS, 2000b, p. 30). Le mandat du CQCS, large, est d'agir pour prévenir à la fois la transmission du VIH, la détérioration de l'état de santé des personnes atteintes et les réactions sociales défavorables (MSSS, CQCS, 1991). Dès lors, il propose les grandes orientations de la politique québécoise en la matière (à compter de la phase III, 1992-1995). Il promeut également les orientations à être mises de l'avant par le Gouvernement du Québec, notamment dans sa *Politique de la santé et du bien-être* (1992) et, plus tard, dans les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* (1997). Puis il assure les relations avec l'ensemble de l'appareil gouvernemental québécois (ministères de l'Éducation, du Travail, de la Sécurité publique, de la Justice, etc.), avec les organismes fédéraux chargés de la promotion de la santé et de la coordination sur le sida ainsi qu'avec la communauté internationale dans le domaine du sida (MSSS, CQCS, 1991, p. 8). L'approche du CQCS est de miser 1^{e} sur la régionalisation des programmes, dans le sens de l'établissement de stratégies régionales de prévention fondées sur la connaissance des milieux dans lesquels elles s'insèrent; 2^{e} sur la concertation d'acteurs dans et hors du réseau de la santé et des services sociaux, rassemblés pour et par des projets spécifiques; et 3^{e} sur le développement de stratégies innovatrices, que l'on compte produire par le décloisonnement des disciplines et par la collaboration des établissements du réseau de la santé et des services sociaux (CRSSS, DSC, CLSC, CSS, etc.), des organismes communautaires reliés au sida et d'autres acteurs socio-économiques sollicités selon la nature des projets. On reconnaît là les principes issus de la Commission Rochon et rappelés dans les *PNSP*.

Le CQCS assure également la gestion des fonds publics dévolus par le MSSS pour la lutte contre le sida et son influence s'exercera dans la société québécoise par les exigences attachées à ses politiques. Il sera ainsi un acteur de premier plan dans l'émergence des programmes de prévention du VIH destinés aux homosexuels. Dans l'actualisation de la phase III, un fonds spécifiquement dédiés à la prévention est créé par le MSSS et géré par le CQCS qui en détermine les orientations et les populations-cibles, alors qu'il s'associe les régies régionales pour l'allocation. La gestion régionale de ce fonds, y compris les choix stratégiques régionaux, sera assumée, du moins à Montréal-Centre, par la Direction régionale de la santé publique à la suite de sa création en 1993.

L'enjeu pour le MSSS/CQCS dans le dossier sera de produire, par ses politiques, une réponse des pouvoirs publics qui soit adaptée à la situation, tenant compte des différents groupes de pression, d'assurer que des mesures préventives destinées à toutes les populations atteintes soient mises en place et, eu égard à la population des homosexuels, que ces mesures tiennent compte à la fois de l'importance de l'épidémie au sein de cette population et des revendications portées par ses porte-parole auprès des instances publiques. Un autre enjeu sera, pour le MSSS/CQCS, de se positionner au palier fédéral comme un agent fort de lutte concertée contre le sida et d'être ainsi reconnu comme un acteur actif et pertinent au dossier. Enfin, orchestrer une action concertée et coordonnée au palier central, se déployant efficacement dans les régions, avec des résultats visibles pour contrer au Québec l'épidémie de VIH/sida, constituera pour le MSSS/CQCS un troisième enjeu.

Avec le recentrage de la santé publique au palier central, par la création de la Direction générale de la santé publique en 1993, s'enclencheront les premiers travaux d'élaboration des *Priorités nationales de santé publique*. Le CQCS y participera par le biais des activités entourant le bilan de la phase III de la stratégie québécoise, notamment la tenue d'une vaste consultation, en vue de l'élaboration de la phase IV. Le VIH/sida y figurera parmi les sept priorités nationales énoncées par le MSSS. À compter de 1999, à la faveur d'une réorganisation ministérielle, le CQCS[45] est intégré à la Direction de la protection de la Direction générale de santé publique et devient le Service du Centre québécois de coordination sur le sida. Le CQCS est alors distancié de l'instance décisionnelle centrale faisant maintenant figure de service plutôt que de lieu de décision, perdant de son importance. L'un des enjeux pour le CQCS est alors de maintenir la préoccupation à l'égard du VIH/sida au sein de l'appareil gouvernemental alors même que celui-ci, ayant perdu de sa fulgurance comme épidémie, notamment grâce aux percées médicales, revêt un caractère de maladie chronique touchant les plus vulnérables et les plus démunis. Le CQCS doit par conséquent trouver à agir de façon appropriée sur un problème de plus en plus complexe, frappant davantage dans les espaces de marginalisation sociale qui se font d'ailleurs grandissants, et au sein desquels on trouve le VIH/sida associé à de multiples autres problèmes (toxicomanie, itinérance, prostitution, problèmes de logement et de santé mentale, etc.), et cela avec peu de connaissances sur ces questions.

2.1.2 La santé publique dans la région de Montréal

Au moment de l'apparition de l'épidémie de sida, les instances de santé publique sont intégrées au palier sous-régional à titre de départements de grands hôpitaux et ont un mandat qui couvre l'ensemble des problématiques sanitaires. Leur décentralisation sous-régionale s'accompagne d'une forte autonomie et d'une faible coordination régionale ou centrale, de sorte que la pratique de la santé publique ne présente alors pas une grande cohésion[46]. Ceci est particulièrement vrai de la région montréalaise qui compte sept départements de santé communautaire (DSC).

[45] A ses débuts, le CQCS, vu l'urgence de la situation posée par l'épidémie, relève directement du sous-ministre de la Santé.

[46] L'arrivée de l'épidémie de sida dans les années 1980 contribuera, de l'avis de Desrosiers (1996), à réintroduire le besoin d'une santé publique forte et coordonnée dans l'ensemble du réseau, à partir du palier central.

Avant la régionalisation de la santé publique en 1993, l'épidémie de sida chez les homosexuels est surtout visible sur le territoire du DSC de l'Hôpital St-Luc, où est concentrée la communauté gaie. Si, en 1982, ce DSC s'engage au sein du Comité Sida Québec, cette initiative est individuelle et non le fait d'une action organisationnelle de la santé publique. En 1986, les DSC de l'hôpital général de Montréal (HGM) et de Verdun réalisent, en association avec le C-SAM, la campagne de sensibilisation « *Jouez sûr* » et son évaluation. Cette campagne promeut l'usage du condom et, si elle cible le Village gai, elle n'est pas spécifiquement gaie. Puis, les interventions des DSC de la région montréalaise dans le champ du sida se développent surtout, à cette période, envers les utilisateurs de drogues injectables (UDI). En 1989, le DSC de l'Hôpital général de Montréal met sur pied CACTUS - Montréal, suivi de CACTUS - mobile en 1991, une autocaravane offrant des services préventifs aux UDI de la ville de Montréal[47]. Puis en 1991, le DSC de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont met sur pied Pic-Atouts pour desservir les UDI du quartier Hochelaga-Maisonneuve[48]. Ces projets d'intervention sont accompagnés d'études épidémiologiques et évaluatives permettant de constituer un savoir structurant dans le domaine de la prévention du VIH/sida.

La mutation, en 1993, des DSC en directions de santé publique intégrées aux Régies régionales viendra décloisonner la pratique de la santé publique dans la région montréalaise et ouvrir des enjeux de taille pour ce tout nouvel acteur ayant désormais, dans le champ du sida, à se positionner en planificateur public régional de la prévention et en gestionnaire du fonds du CQCS, décentralisé dans la même opération de régionalisation. Ce n'est qu'après sa régionalisation que la santé publique, comme organisation, se positionnera dans la lutte au sida chez les homosexuels. S'introduisant sur la scène montréalaise de la prévention du VIH chez les hommes gais alors que l'action est déjà enclenchée, un second enjeu sera pour l'instance publique nouvellement créée d'asseoir sa crédibilité dans l'accomplissement de son mandat.

[47] Financé conjointement par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et Santé et Bien-être Canada, le service offre de l'information, du matériel de protection (condoms et matériel de stérilisation et d'injection), un lieu d'échange de seringues, des ressources de référence (Hankins, et al., 1993).

[48] Financé par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (CQCS) et Santé et Bien-être Canada (Centre fédéral sur le sida), ce programme vise, par le travail de rue, à s'intégrer dans le milieu UDI afin d'y instituer des normes plus sécuritaires (Beauchemin et al., 1994).

2.1.3 Santé Canada

Au palier fédéral, Santé Canada, par sa *Stratégie canadienne sur le VIH/sida* participera de façon importante à l'élaboration de programmes et de politiques sur l'infection au VIH et le sida (Ernst & Young, 1996, p. 28). Il soutiendra de façon ad hoc, à partir de 1982, des initiatives en matière de recherche, de surveillance et de développement communautaire au regard du sida[49]. Il sera sans contredit l'acteur institutionnel le plus prompt à réagir à la situation et à favoriser la cristallisation des efforts et des volontés communautaires autour d'actions concrètes. En 1991, le Programme d'action communautaire – SIDA (PAC-SIDA) soutient déjà le travail de plusieurs organismes communautaires non gouvernementaux –119 projets sont alors financés au Canada (Santé et Bien-être social Canada, 1991). Son domaine d'intervention s'élargira au fur et à mesure des différentes phases de la Stratégie nationale de lutte au sida qui seront successivement mises en place, à partir de 1990 (phase I[50]), puis en 1993 (phase II[51]), jusqu'au renouvellement actuel de la Stratégie canadienne, lancé en 1998, et intitulé *Ensemble nous irons plus loin*[52] [53].

Au Québec, en ce qui concerne la mise en place des programmes s'adressant aux homosexuels, l'influence de Santé Canada s'exerce surtout par le financement, le soutien professionnel accordé pour la planification associé à son Programme d'action communautaire sida (PACS) et le travail réalisé en concertation avec l'ensemble des acteurs provinciaux et nationaux, dont la COCQ-Sida. Santé Canada sera également l'instigateur des premiers programmes de prévention destinées aux UDI en initiant des projets à financement partagé dans le domaine entre les paliers de gouvernement fédéral et provincial. La mise sur pieds des programmes CACTUS et Pic-Atouts, par les Départements de santé communautaire de l'hôpital Général de Montréal et de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont sont des expériences pilotes de ce type, où le gouvernement fédéral assume le coût des évaluations et les provinces celui des services. Par ailleurs, depuis l'adoption par l'OMS en 1986 de la Charte d'Ottawa

[49] Information tirée du site internet de Santé Canada (http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/vih_sida/strat_can/f_strat_admin/index.html). Une étude d'Ernst &Young (1996) relate que « …*au début, les fonds alloués aux programmes pour l'infection à VIH et le Sida étaient dispersés parmi plusieurs directions du ministère fédéral de la Santé et du Bien-être social, et qu'ils visaient des projets précis plutôt que de faire l'objet de budgets annuels ou à long terme. On relève également le peu de fonds disponibles pour lancer des initiatives d'éducation et de prévention et le peu de ressources pour coordonner les activités. Les groupes communautaires pouvaient communiquer avec la Direction fédérale de la promotion de la santé pour obtenir des fonds limités* » (Ernst & Young/Hoffmann-LaRoche, 1996, p. 23).

[50] En 1990, la première phase de la Stratégie nationale sur le sida vient en aide aux groupes de la base et aux organisations non gouvernementales de lutte contre le sida. Cette stratégie cherche la coordination des efforts de ces organisations avec ceux des ministères et des organismes provinciaux et fédéraux. Dans le cadre de cette première phase, 112 M$ sont engagés sur une période de trois ans (37,3M$/an) (Santé Canada, 1998).

[51] La phase II de la Stratégie nationale sur le sida prend le relais de la phase I, cette fois pour une période de cinq ans. Tout en voulant consolider les efforts déjà consentis, cette deuxième phase met l'accent sur l'éducation et la prévention, les soins et les traitements aux personnes vivant avec le VIH/Sida et la recherche multidisciplinaire portant sur l'infection à VIH et le sida. Un budget de 211 M$ est alors consenti, soit 42,2M$/an.

[52] Santé Canada (1998). La stratégie canadienne sur le VIH/sida : Ensemble nous irons plus loin. Ministère de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. 16 p. En ligne. <http://www.hsc.gc.ca/hppb/vih_sida/strat_can/f_pdf/strategie/french.pdf>. Consulté en mars 2001.

[53] La réalité changeante du sida amène, en 1998, le gouvernement fédéral à renouveller sa stratégie nationale, proposant une nouvelle approche de la maladie. Cette approche vise à promouvoir l'adoption de pratiques sans danger au sein des populations vulnérables ou marginalisées par leur situation socio-économique, soit les autochtones, les femmes, les utilisateurs de drogues injectables, les jeunes hommes homosexuels et les détenus. Cette stratégie s'assortit de la mise sur pied d'un conseil ministériel sur le VIH/Sida, regroupant des experts dans tous les domaines liés au VIH/Sida et notamment un échantillon de personnes vivant avec le VIH/Sida. Un budget annuel reconduit de 42,2M$ est associé à la mise en œuvre. Il s'agit désormais d'assurer la poursuite des efforts pendant une partie du XXIe siècle (Santé Canada, 1998).

pour la promotion de la santé, Santé Canada endosse cette approche, ce qui aura une influence au plan des référents théoriques, des stratégies et des cibles à mettre de l'avant dans les actions préventives destinées aux homosexuels à Montréal.

2.2 Les acteurs communautaires

2.2.1 La Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-Sida)

La Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida regroupe depuis 1991 la trentaine d'organismes communautaires québécois impliqués dans la lutte contre le sida, incluant les organismes engagés dans les soins et services aux personnes atteintes. Son mandat consiste à favoriser l'émergence et le soutien d'une action concertée. Il s'agit d'un acteur provincial, d'un interlocuteur privilégié du MSSS et d'un partenaire officiel et actif du CQCS à partir de 1994[54].

Pour la COCQ-Sida, les principaux enjeux qui concernent les groupes dont elle représente les intérêts, notamment auprès du MSSS, sont la reconnaissance et le renforcement de l'action communautaire, traduits dans un partenariat avec les instances publiques qui tienne compte de la réalité des organismes (COCQ-Sida 1991, p. 4) ainsi que par un financement adéquat dévolu sur une base triennale.

2.2.2 Action Séro Zéro

Action Séro Zéro est d'abord né en 1990 comme sous-comité au sein du comité de prévention du C-SAM. Ce sous-comité est alors formé d'intervenants du réseau de la santé, de membres de groupes communautaires gais et de personnes appartenant à cette même communauté[55]. En mai 1994, suivant la dissolution officielle du C-SAM[56], ce comité devient Action Séro Zéro, soit le premier organisme sida à se définir comme un groupe gai et le premier à se donner comme mandat principal la prévention du VIH chez les homosexuels (Lavoie, 1998, p. 342). Il tire son financement de fonds publics, provincial et fédéral, de même que de sources privées (fondations et autofinancement). Il est un acteur participant de la culture gaie, actif au plan politique, qui se définit grâce et à travers les savoirs issus de cette communauté[57]. Au fil des ans, il s'est impliqué dans la recherche ayant trait à la transmission du VIH/sida chez les hommes homosexuels[58] et est maintenant présent sur les tribunes scientifiques

[54] La collaboration entre le CQCS (MSSS) et la COCQ-Sida sera formalisée en 1994 par un protocole d'entente stipulant la tenue de rencontres bi-annuelles de suivi et qui engage cet organisme, au même titre que les autres instances du réseau de la santé et des services sociaux, dans la consultation pour l'élaboration de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida. La COCQ-sida sera, pour le MSSS, un des lieux de validation de ses orientations face au sida.

[55] De 1991 à 1994, le C-SAM est fiduciaire des fonds mais Action Séro Zéro agit en promoteur de l'intervention.

[56] En effet, « *La fermeture du C-SAM a amené certains membres du sous-comité à se constituer en Conseil d'administration provisoire et à demander une charte selon la loi des compagnies du Québec. Nous avons reçu cette charte en date du 30 mai 1994. L'assemblée de fondation s'est tenue le 13 décembre 1994 afin d'élire un Conseil d'administration et, en mai 1995, se tenait sa première assemblée annuelle* » (http://www.sero-zero.qc.ca/).

[57] Action Séro Zéro (1995). Demande de subvention pour fins de financement d'une programmation intégrée. Montréal : Action Séro Zéro, 17 p.

[58] À titre d'exemple, notons la participation active de l'organisme dans la Cohorte Omega. Il s'agit d'une recherche psychosociale et épidémiologique, lancée en 1996, qui s'effectue à Montréal auprès d'une cohorte d'environ1400 hommes ayant des relations affectives et

nationales et internationales. Il s'agit d'un acteur dont la crédibilité s'est établie et accrue au fil des ans, tant dans la communauté que dans les établissements de soins de santé et les instances gouvernementales de santé publique.

Le but visé par Action Séro Zéro est de réduire à zéro la transmission du virus dans la population homosexuelle. Son engagement dans le dossier est motivé par la survie et la vitalité de la communauté gaie, l'éradication du sida apparaissant comme une condition essentielle de la reproduction dans le temps de cette communauté fortement menacée par l'épidémie. Il s'agit d'un angle lui permettant d'envisager le maintien de son groupe et de sa culture, lesquels existent tant et aussi longtemps qu'il y a des individus pour se dire ouvertement gais sur le plan social et affirmer leur identité, bref, tant et aussi longtemps qu'il y aura des individus pour vivre leur « vie gaie ». Conscient de ces enjeux et du mal irréversible déjà infligé à la communauté, Action Séro Zéro se propose de contribuer dans le temps au maintien de cette vitalité en investissant et en tentant de structurer tout un aspect de la vie gaie, celui du sécurisexe. Il se positionnera face aux instances publiques en revendicateur de la marge de manœuvre nécessaire au développement et à la mise en place des actions qu'il juge appropriées pour atteindre ses objectifs.

2.3 Les acteurs du domaine privé

Acteurs de l'essor du milieu commercial gai du début des années 1990, les établissements commerciaux entrent en scène, sollicités par Action Séro Zéro pour réaliser en ces lieux de rencontres des interventions visant à limiter la propagation du VIH parmi les homosexuels. Les propriétaires de bars et de saunas sur l'île de Montréal possèdent cependant peu en commun sinon d'être généralement d'orientation homosexuelle et d'être des acteurs individuels exploitant un commerce dans le but d'en tirer un profit.

Leur intérêt est de maintenir et d'augmenter la fréquentation de leurs établissements par les clientèles visées. La survie et la vitalité de cette clientèle leur apparaît donc un enjeu à considérer, certains se reconnaissant une responsabilité du moins morale dans la lutte au sida. Par ailleurs, plusieurs propriétaires, eux-mêmes homosexuels, sont affectés par la maladie. Ainsi, l'engagement social envers leur communauté, tout autant que le maintien d'une image sociale positive et la compétition avec leurs pairs du milieu, figurent au nombre des enjeux identifiés par ces acteurs et motivent leur ouverture aux actions de Action Séro Zéro dans leurs établissements.

sexuelles avec des hommes (HARASAH). Les objectifs de l'étude sont 1e d'étudier sur une longue période l'évolution des comportements des HARASAH et leurs valeurs ainsi que les processus et contextes qui entourent les rapports émotifs et sexuels qu'ils établissent entre eux; 2e d'identifier les facteurs de risque pouvant entraîner l'infection au VIH, qu'ils soient socio-économiques, relationnels, psychologiques, sexuels ou autres et 3e d'estimer le nombre annuel de cas de transmission du VIH dans cette partie de la population masculine, en particulier chez ceux qui ont moins de trente ans (Source : http ://omega.gre.ulaval.ca/francais/1f.htm). Les membres de Action Séro Zéro participent également comme chercheurs à des recherches évaluatives portant sur leurs interventions et recevant du financement public.

Tableau 2
Intérêts fondamentaux des acteurs des programmes de prévention du VIH/sida destinés aux homosexuels en fonction de leur position sociale et de leur identité

Secteur	Acteurs		Intérêts fondamentaux / Enjeux associés à la structuration du champ de la prévention du VIH/sida auprès des hommes gais à Montréal	Position sociale / identité
Communautaire	COCQ-Sida		▪ Contribuer à la mise en valeur de l'action communautaire de lutte au sida et à la mise en place d'un partenariat égalitaire avec les instances publiques ▪ Obtenir un financement adéquat et sur une base triennale pour les organismes communautaires de lutte au sida	Regroupement d'organismes communautaires québécois de lutte au sida / Représentation des intérêts / Interlocuteur privilégié du MSSS (CQCS) dans le dossier
	Action Séro Zéro		▪ Assurer le maintien de la vitalité de la population homosexuelle en faisant échec à la transmission du VIH parmi celle-ci; ▪ Positionner une approche gaie dans le champ de la prévention du VIH/sida ▪ Faire reconnaître les savoirs développés par la communauté gaie pour l'intervention auprès des gais ▪ Positionner, dans le domaine de la prévention, l'action sur les aspects individuels et sociétaux de l'acceptation et l'affirmation de l'homosexualité	Organisme communautaire gai / promoteur du « sécurisexe » et de la santé gaie
Privé	Propriétaires de commerces gais (sauna, bars, etc.)		▪ Maintien du profit par le maintien de la vitalité de leur clientèle ▪ Soutien social à la communauté gaie/ Renforcement de leur image ▪ Concurrence entre les commerces ▪ Participation limitée / bénéfice du condom sur place sans frais	Acteurs individuels qui dirigent des établissements commerciaux gais, lieux de rencontres sexuelles
Public	Santé Canada		▪ Contribuer à la réduction de la transmission du VIH/sida au Canada par son Programme d'action communautaire sida (PACS). ▪ Favoriser le dialogue inter-provincial sur cette question	Instance du Gouvernement fédéral du Canada
	MSSS CQCS		▪ Prévenir la transmission du VIH et du sida / Identifier les voies d'actions prioritaires ▪ Produire des politiques adaptées aux besoins, compte tenu du contexte social et des enjeux soulevés par l'évolution du sida ▪ Pour le CQCS maintenir sa pertinence au dossier	Instances du Gouvernement du Québec : concepteurs / planificateurs des politiques publiques et bailleurs de fonds
	Santé publique	DSC 1971-1994	▪ Peu d'intérêt manifesté par les DSC pour la prévention de la transmission du VIH/sida chez les homosexuels, sauf pour le DSC de l'Hôpital général de Montréal (HGM)	Instance publique / Mandat large de recherche, coordination et collaboration à la mise en œuvre de programmes de prévention.
		DSP 1994-	▪ Réduire l'incidence de l'épidémie de sida à Montréal, toutes populations à risque confondues ▪ Gérer adéquatement les fonds décentralisés du CQCS en prévention du VIH/sida / asseoir sa crédibilité dans l'accomplissement de son mandat ▪ Développer et mettre en place un plan régional de lutte au sida	Instance publique de planification socio-sanitaire régionale en prévention–promotion de la santé et du bien-être

CHAPITRE V : LE PREMIER MOMENT : L'ACTUALISATION DE LA PHASE III ET LA RÉGIONALISATION DE LA SANTÉ PUBLIQUE, 1992- 1997

Avec la régionalisation de la santé publique en 1993, cette nouvelle instance sera notamment investie du mandat régional de protection de la santé publique. Il lui revient comme DSP, et à son équipe de maladies infectieuses (MI), la responsabilité de gérer le fonds du CQCS en prévention du VIH/sida, prenant le relais de la Direction de la programmation de la Régie régionale. Cette décentralisation de la gestion ne signifiera pas pour autant un désengagement provincial dans la lutte concertée au sida. De fait, le MSSS/CQCS continue d'orienter l'action en prévention du VIH/sida par le biais ses politiques (phases III et IV) et par l'affection de fonds dédiés à certaines populations.

La régionalisation de la santé publique crée ainsi une nouvelle scène et y institue un planificateur public régional aux prérogatives accrues, ouvrant dès lors de nouveaux enjeux. D'abord celui de la détermination des priorités et orientations régionales de prévention, et son corollaire, le contrôle de l'attribution des fonds en vertu de la réalité montréalaise du VIH/sida. Puis, plus particulièrement dans le champ de la prévention du sida chez les homosexuels, l'enjeu du leadership de l'action préventive et de la marge de manœuvre de son promoteur, Action Séro Zéro.

1 L'ÉVOLUTION DU SOCIOGRAMME DANS LE CONTEXTE RÉGIONAL

1.1 Au carrefour de deux problématisations

La phase III, couvrant les années 1992-1995 et qui sera prolongée jusqu'en 1997, sera actualisée dans ses deux premières années par la Direction de la programmation et de la coordination (DPC) de la Régie régionale, alors que le mandat sera repris à partir de 1994-1995 par la Direction de santé publique nouvellement créée. C'est dans ce contexte qu'évolue et se structure le sous-Comité Action Séro Zéro au C-SAM pour qui ce fonds, comme pour plusieurs autres acteurs terrains, constitue une possibilité importante de financement. Les des premiers moments du processus de structuration de l'action opéré par la régionalisation seront importants dans les rapports instaurés entre l'instance publique régionale (DSP) et l'acteur communautaire Action Séro Zéro.

Le CQCS lance la phase III en octroyant à la Régie deux enveloppes budgétaires, respectivement pour les populations cibles suivantes : 1e les hommes homo et bisexuels, les UDI, les jeunes en difficultés, les femmes à risques, puis 2e les personnes incarcérées, les personnes itinérantes, les communautés culturelles et autochtones [59]. Le CQCS appelle de plus la Régie à gérer des fonds spéciaux dédiés à des projets spécifiques, visant notamment les utilisateurs de drogues injectables (UDI)[60].

[59] En 1992-1993, ces fonds totalisaient 540 000$ pour la région de Montréal-Centre et en 1993-1994 et 1994-1995, 640 000$.

[60] En 1992-1993 les sommes allouées à des projets visant les UDI totalisent 616 000$, tandis qu'elles s'élèvent à 428 210$ pour 1993-1994. (cf. Lettre du CQCS à la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre, le 26 novembre 1992, 2 p. et Direction de la santé publique de Montréal-Centre. Subventions pour des projets de prévention du VIH et autres MTS. Bilan des activités 1993-1994. Montréal : Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre).

La Régie (sa DPC) amorce alors son mandat par la répartition du fonds alloué entre les huit populations cibles définies par le CQCS. Elle produit une proposition de répartition autour de deux critères, l'importance du problème et l'action déjà réalisée[61], qu'elle soumet à un comité aviseur composé de quatre membres de la Régie et trois du CQCS. Elle spécifie de plus, pour la région de Montréal, des sous-clientèles prioritaires, à l'intérieur des balises émises par le CQCS, ainsi que des types de projets (stratégies) auxquels elle donnera priorité pour le financement. Parmi la population des hommes homosexuels et bisexuels, la Régie identifie cinq sous-clientèles prioritaires, où figurent les lieux de rencontres sexuelles gais (saunas, bars, lieux publics -parcs, toilettes, cinémas, etc-.) et où sont admis des projets qui visent la sensibilisation et l'information autour des pratiques à risque, des normes sécuritaires et des comportements préventifs[62]. Puis la Régie met sur pied un second comité pour la sélection et la recommandation des projets au CQCS[63]. Cette première année de fonctionnement, cruciale puisqu'elle comporte une première répartition du fonds, se distingue par le caractère interne des mécanismes de décision. Une ouverture vers un mécanisme d'allocation plus transparent sera faite l'année suivante (1993-1994) où le comité de sélection comporte un intervenant de CLSC et un intervenant communautaire, mais où la majorité des membres (4/7) sont des professionnels de la Régie-DSP. Il faut voir ici que les DSC, et particulièrement leurs unités des maladies infectieuses, parmi d'autres acteurs tels les organismes communautaires, les CLSC, les Centres de services sociaux ou les Centres de réadaptation, à qui s'adressait l'appel d'offres de la Régie en 1992-1993, sont devenus avec la régionalisation de la santé publique les gestionnaires mêmes du fonds. C'est pourquoi la DSP s'attardera dès 1994-1995 à rendre plus transparent le mécanisme d'allocation des fonds en associant au comité des membres externes provenant des universités, du milieu communautaire ou des CLSC et également des membres internes provenant d'autres unités organisationnelles que celle des maladies infectieuses.

La mise en place de mécanismes d'allocation plus transparents s'accompagne, à l'interne, de la structuration de l'équipe MTS/VIH/sida à partir de l'expertise issue des ex-DSC, inégalement impliqués dans la lutte au sida, et d'un effort de planification régionale. Ce premier effort sera, en 1995, l'élaboration et la mise en place d'un plan régional de prévention du VIH/sida destiné spécifiquement à la clientèle UDI et assorti d'une demande financière adressée au MSSS pour accroître l'offre et la récupération de seringues (150 000 $). Cette planification prend appui sur

[61] Plus précisément, les documents mentionnent trois critères : 1e le taux d'infection et l'importance des comportements à risque ; 2e les efforts déjà consentis ; 3e le degré de planification atteint (cf. Régie régionale de Montréal-Centre (Février, 1993). Plan de répartition budgétaire pour les fonds affectés à la prévention du VIH, du Sida et autres MTS. Montréal (document interne), 10 p. et annexe (Guide d'utilisation du Programme de subvention des projets de prévention du VIH, du Sida et autres MTS, 8 p. et annexe). (p. 2).

[62] Pour les HARSAH, les clientèles visées sont 1e les jeunes homosexuels ne se sentant pas concernés par le problème et les messages utilisés ; 2e les hommes fréquentant les bars et les lieux de rencontres gais ; 3e les hommes fréquentant les saunas ; 4e les hommes ayant des activités sexuelles avec d'autres hommes dans des lieux publics (parcs, toilettes, cinémas, etc.) et 5e les hommes faisant de la prostitution masculine, toxicomanes et jeunes de la rue. Puis les types de projets priorisés (stratégies) sont ceux qui visent 1e la modification des comportements sexuels chez les hommes homosexuels ; 2e la modification précoce des comportements sexuels chez les jeunes homosexuels, ou encore des projets qui visent 3e l'information sur les activités sexuelles à risque et la valorisation de l'estime de soi et 4e la sensibilisation conjointement avec d'autres communautés d'hommes homosexuels/bisexuels (renforcement de la motivation et de la norme acceptable (cf. Régie régionale de Montréal-Centre (Février, 1993). Plan de répartition budgétaire pour les fonds affectés à la prévention du VIH, du Sida et autres MTS. Montréal (document interne), 10 p. et annexe (Guide d'utilisation du Programme de subvention des projets de prévention du VIH, du Sida et autres MTS, 8 p. et annexe). (p. 6).

[63] Plus précisément, des comités chargés de faire la présélection des projets sont mis pieds pour chacune des clientèles cibles. Les responsables désignés par clientèles cibles, issus de la Régie et des DSC (DSP en création) ainsi qu'une responsable associée à la DSP formeront un comité qui fera la sélection des projets aux fins de financement.

l'expertise concentrée en VIH/sida chez les UDI, émanant des ex-DSC HGM et HMR où se trouvait concentrée la population UDI. À cette époque, la situation chez les UDI inquiète les instances publiques. La proportion de tous les cas de sida déclarés appartenant à ce groupe est passée de 2% en 1991 à 8 % pour la période 1992-1994 (elle passera à 14 % pour la période 1995-1997 et à près de 21% pour la période 1998 à juin 2000 (en 1996, 45 % des nouveaux cas de sida déclarés appartiennent à ce groupe) (MSSS, 2000a, p. 5). Il s'agit d'une progression importante et cette situation est potentiellement explosive. Alors qu'au sujet des homosexuels, la DSP parle du groupe qui « *reste le plus touché* » et de « *propagation significative et continue* », au sujet des UDI, la DSP parle de « *très haut niveau d'incidence de l'infection* » et de « *risque extrêmement important* » (DSP, 1996, p. 4). Étant donné le comportement de l'épidémie à ce moment, les choix se feront alors davantage en vertu de l'incidence de l'infection dans les différentes populations à risque qu'en vertu de sa prévalence[64].

Bien que dans la gestion des fonds du CQCS, la nouvelle DSP fasse, au 31 août 1994, un appel d'offre en continuité de ceux menés par la Régie, et visant l'ensemble des clientèles, la population des UDI bénéficie d'une attention particulière : elle dispose d'un budget protégé dévolu par le CQCS en même temps qu'un accès égal à celui des autres groupes cibles au fonds régulier du CQCS ; elle se trouve portée à la DSP par une équipe de chercheurs et de planificateurs ayant développé une expertise, une crédibilité et une programmation dans le domaine et disposant d'un groupe d'action régional UDI[65] créé par la DSP dans la foulée de cette programmation ; elle dispose des ressources mises en place par les DSC avant la régionalisation. En lien avec leurs expertises déjà acquises, des porteurs de dossiers s'imposent dans certains champs, notamment en ce qui a trait aux clientèles UDI, alors que chez les hommes gais, on observe moins de leadership institutionnel au dossier[66]. Dans ce contexte, l'espace de concertation des partenaires régionaux de la lutte au VIH/sida que soutiendra la DSP sera autour des UDI. Et c'est par le biais d'un projet visant les prostitués masculins que Action Séro Zéro y sera associé en 1996 (octobre). Ce contexte de la répartition des fonds régionaux consentis à la prévention du VIH/sida, et de la répartition des efforts de la DSP, sera le prélude à une controverse de fonds, que l'on évoquera à la section suivante, sur les priorités et la part relative du financement accordée à la population homosexuelle.

[64] Les données de 1996 (Rémis et al., 1999) indiquent que si 62% du total des cas d'infection au VIH, pour la région de Montréal, sont des homo/bisexuels, ceux-ci ne comptent que pour 27% des nouveaux cas de VIH, alors que les UDI, s'ils ne comptent que pour 24% du total des cas de VIH, représentent 52% des nouveaux cas de VIH (dans cette comparaison, les homo/bisexuels-UDI ont été assimilés aux UDI). L'infection au VIH n'étant pas à déclaration obligatoire au Québec, les données - sur lesquelles est basé le calcul des proportions présentées - sont des estimations de la prévalence et de l'incidence de l'infection au VIH à partir de différentes méthodes statistiques.

[65] Ce groupe créé en 1995 rassemble les organismes œuvrant auprès des UDI en prévention du VIH/Sida.

[66] À cet égard, le bilan de la phase III de la stratégie québécoise remis par la DSP de Montréal-Centre au CQCS inscrit notamment parmi les difficultés le faible intérêt manifesté pour la prévention auprès des homosexuels dans les ex-DSC et dans l'ensemble du réseau de la santé, de même qu'un manque de leadership institutionnel régional dans le dossier. Dans les mesures à mettre de l'avant pour la phase IV, la DSP propose de mettre en priorité la prévention du VIH chez les homo/bisexuels (Régie régionale de Montréal-Centre, 7 mars 1996).

Par ailleurs, la DSP endosse son mandat de planificateur régional, et de gestionnaires des fonds du CQCS, non seulement avec des objectifs de transparence et d'efficience mais aussi avec une préoccupation marquée pour l'efficacité[67] qui transparaîtra dans la gestion du fonds, depuis l'appel d'offre jusqu'à la reddition de comptes. Cela se reconnaît, dès l'appel d'offres de 1994-1995, dans le renforcement des critères d'évaluation ayant trait à la pertinence des stratégies proposées (ex : est-ce la meilleure façon possible d'intervenir ?) et à la cohérence entre les objectifs des projets, les problèmes qu'ils cherchent à résoudre, les interventions proposées et les résultats escomptés. Le même souci pour l'efficacité se reconnaît dans les recommandations du premier comité d'évaluation des soumissions sous la gouverne de la DSP, soit qu'un support technique aux promoteurs de projets soit mis en place et que de l'information sur les interventions efficaces leur soit communiquée[68]. Soutenant cette visée d'efficacité, l'approche planificatrice de la DSP se distinguera alors par son caractère technocratique : l'intéressement des acteurs du champ à l'étape opérationnelle, par la voie de l'appel d'offres, alors que les orientations stratégiques, i.e. le choix des populations cibles et des types de projets à être financés, sont définies par la DSP ; le cadre uniforme prescrit pour la soumission des demandes, autour des paramètres de la planification de la santé[69] et de la gestion par projet, et le niveau de spécification de l'intervention qui doit être documenté[70] ; un contrôle serré des dépenses dans le cadre de la gestion par projet . Cependant, l'appel d'offre est annuel, vu la non-récurrence des fonds du CQCS, faisant figure d'obstacle à cet effort d'efficacité. L'intéressement, s'il réussi à mobiliser les acteurs pertinents, est toujours à renégocier et conduit à des ententes ponctuelles autour de projets devant être réalisés au cours d'une même année financière.

Au moment où la DSP se voit investie du mandat de la gestion du fonds du CQCS, le sous-comité Séro Zéro au C-SAM devient un organisme communautaire autonome (1994), qui s'est doté au cours des années d'un cadre d'intervention de mieux en mieux campé, soutenu en cela par les bailleurs de fonds provincial et fédéral au début de ses activités (Santé Canada et le CQCS). Puis, à la faveur d'un renouvellement au sein de la Direction de l'organisme, et de la consolidation de ses activités, celui-ci entend exercer un certain leadership sur les actions préventives à réaliser auprès de la population homosexuelle. Également, la notoriété de Action Séro Zéro s'est accrue au cours des années. Il s'agit d'un acteur communautaire important dans le domaine dont la DSP peut difficilement se passer pour la réalisation de l'action. Si les premières années de l'actualisation de la phase III se réalisent par des projets à la pièce appuyés d'un financement non récurrent, ces actions donnent lieu au développement de l'expertise communautaire dans le domaine. Ainsi, au cours de cette période Action Séro Zéro

[67] L'efficience réfère à la gestion du processus de sorte à tirer un parti optimal des ressources alors que l'efficacité réfère à l'atteinte de résultats, ici en termes de réduction de la transmission du VIH.

[68] Au terme de l'exercice 1994-1995, ce comité recommande « Que des alternatives soient développées à court terme pour soutenir les promoteurs des projets dans la planification des interventions de prévention et leurs évaluations en l'attente de l'implantation de l'unité de support technique régionale prévue dans les priorités régionales 95-98 et que les champs d'intervention en promotion/prévention efficaces soient clairement définis et que cette information soit véhiculée aux promoteurs potentiels des projets pour l'utilisation du budget 1995-1996 »(Régie régionale de Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre (6 février 1995). Subventions pour des projets de prévention du VIH et autres MTS 1994-1995. Montréal : Régie régionale de la Santé et des Services sociaux, 3 p. et annexes).

[69] L'ouvrage classique de Pineault & Daveluy (1986, 1995) rassemble ces fondements.

[70] Le cadre appelle des soumissions par projet où les objectifs généraux et spécifiques doivent être définis et chacune des activités, en lien avec ces objectifs, décrites selon leur fréquence et leur durée; les résultats attendus et les moyens de les documenter doivent être décrits; des descriptions de tâches sont demandées et le budget doit être ventilé par activité.

développe ses premiers projets continus de prévention, grâce au financement reconduit d'une année à l'autre. Et si les appels d'offres successifs de la DSP emportent l'intéressement de l'organisme, cet intéressement est avant tout financier. L'organisme se conforme périodiquement aux conditions des appels d'offres, cet exercice mettant en relief, surtout à ses débuts, l'écart des visions, mais éventuellement, les rapprochements possibles avec la DSP.

Action Séro Zéro propose une programmation visant à développer, coordonner et offrir à la population homosexuelle montréalaise un ensemble d'activités et d'outils d'éducation[71] et de prévention concernant la transmission du VIH/sida. L'organisme prend appui sur un modèle d'action global, où l'analyse du problème de la transmission du VIH parmi les homosexuels se fait en lien avec l'identité homosexuelle et la culture de cette communauté, alimentée par la littérature sur la question et l'expérience, et qui s'appuie sur les préceptes de la promotion de la santé (notamment, la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé de l'OMS, 1986). Il puise également à des modèles théoriques spécifiques (par exemple, sur les changements de comportements) pour fonder différents aspects de ses projets[72]. Par ailleurs, l'approche de Action Séro Zéro est résolument une approche terrain où l'on procède selon une vision pragmatique et itérative de l'élaboration de l'action, soit l'expérimentation et le ré-agencement constant des différents savoirs, théoriques, cliniques et empiriques[73], cherchant à demeurer pertinent à mesure de l'évolution du problème et des connaissances[74]. Cet espace de réflexivité (ou d'autocritique) est en fait partie inhérente du modèle d'action développé par Action Séro Zéro qui se veut le plus adapté possible au problème et au contexte[75]. Cette intervention, qui se définit au fur et à mesure qu'elle se fait, constitue une part de l'originalité de l'action en prévention du VIH développée par des homosexuels, en lien avec la communauté gaie. L'approche du comité Séro Zéro au C-SAM montrait déjà, dès son origine, qu'il s'agissait de faire la promotion du *sécurisexe* et de l'homosexualité en recourant à l'humour, au plaisir et à l'érotisme, puis de promouvoir l'idée du *sécurisexe* comme norme sociale et comme comportement désirable. Il s'agissait aussi d'augmenter au sein de la communauté les connaissances sur la transmission du VIH et la capacité de négocier, entre partenaires, un comportement sexuel sécuritaire. En continuité de ces fondements, Action Séro Zéro promeut l'accès aux moyens de protection (condoms et lubrifiant) dans les lieux de rencontres sexuelles. Pour ce faire on préconise de valider et d'adapter les outils utilisés provenant d'ailleurs, de porter une attention particulière aux jeunes, d'établir le lien entre les campagnes d'État et les autres interventions communautaires et de s'associer aux événements socioculturels. Bref, il s'agit de renforcer et d'assurer la continuité des messages par une variété de stratégies et de nouveautés, en complémentarité et en collaboration avec les autres groupes et intervenants (Morrisson, 1991, p. 138).

[71] Burelle (1998), se représentant l'action de Action Séro Zéro, évoquera l'étymologie du terme éduquer (ducere : conduire) pour dire que l'organisme est préoccupé d'accompagner (sinon conduire) la population gaie vers des modes de vie intégrant des conduites désignées par le néologisme de sécurisexe.

[72] cf. Action Séro Zéro (1995). Demande de subvention pour fins de financement d'une programmation intégrée. Montréal : Action Séro Zéro, 17 p.

[73] Ainsi, les projets Au sauna… On s'emballe ! et Bars en bars ont émergé comme pertinent à mesure que le milieu commercial gai s'est imposé dans la culture au début des années 1990.

[74] À cet égard, Action Séro Zéro s'est construit, en conséquence de son implication dans le domaine de la recherche, un accès privilégié à la connaissance par les contacts internationaux qu'il entretient avec les milieux de recherche (ex : participation à des congrès internationaux) et par son implication dans la recherche faite ici.

[75] Dans son essai de représentation de l'action de Action Séro Zéro, Burelle (1998) soutient qu'au moment où l'organisme est entré en scène, les certitudes étaient minces sur la manière de faire de la prévention. Devant le dilemme du « faire » avant de « voir » ou du « chercher à voir » avant de « faire », Action Séro Zéro a opté pour « faire » et « voir » en même temps, d'où cet effort réflexif imprégné dans l'action.

Ainsi, au moment de la régionalisation de la santé publique, la vision de l'action préventive destinée aux hommes homosexuels en territoire montréalais développée par Action Séro Zéro a atteint une certaine maturité et un degré d'intégration certain, ce qui porte à croire que la situation est relativement prise en charge par la communauté. De son côté, la DSP cherche à élaborer une problématisation transversale, eu égard aux besoins relatifs des différents groupes, dont on reconnaît qu'ils ne sont ni étanches ni homogènes, où les UDI demeureront une clientèle plus investie. Si pour cette clientèle les avenues en prévention primaire (réduction de l'incidence), et particulièrement les stratégies d'*outreach* et de réduction des méfaits, sont connues et appliquées bien qu'elles engendrent des coûts considérables, les interventions préventives pouvant réduire l'incidence auprès de la population homosexuelle ne sont pas aussi documentées par les experts de la santé publique, ce qui rend l'acteur communautaire gai à la fois indispensable et difficile à gérer dans le cadre des appels d'offre et du type de partenariat qui en résulte. La DSP tente de contenir le paradoxe que présente une vision régionale à la fois transversale, pour l'ensemble des populations cibles, mais qui dispose d'une problématisation davantage approfondie et supportée pour l'un de ces groupes à risque, en tentant de définir des balises également applicables à tous et en tentant de rééquilibrer son expertise entre les différentes populations ciblées.

Ainsi l'évolution des rapports entre l'instance publique régionale et cet acteur communautaire engagé témoigne-t-elle d'un difficile mais possible renouvellement des pratiques de planification et de réalisation de l'action en santé publique. Les controverses qui auront cours entre ces deux acteurs sont ici particulièrement édifiantes, d'une part en raison de leur intensité, étant portées par un acteur communautaire des plus engagé dans la revendication de son autonomie et du droit de sa communauté au financement; d'autre part, par la façon dont ces controverses trouveront à se résoudre, de sorte à créer un modus vivendi acceptable de part et d'autre, climat encourant éventuellement une qualité accrue de l'action, tant du point de vue de sa vraisemblance que de son intégration.

1.1.1 Première controverse : l'approche d'élaboration et de gestion de l'action

L'enjeu de l'autonomie de l'organisme communautaire Action Séro Zéro devant le planificateur régional donne lieu à une controverse de fond, où le caractère technocratique des appels d'offres, les contraintes lui étant associées, ainsi que leur caractère ponctuel et toujours à renégocier, s'harmonisent difficilement aux visées préventives de consolidation et de développement axées sur le long terme, défendues par l'acteur communautaire, ainsi qu'à son modèle d'action intégrée.

Le cadre uniforme de soumission par projet convient plutôt bien à la plupart des organismes soumissionnaires, surtout impliqués auprès des UDI et des jeunes de la rue, qui tiennent des activités organisées autour de la promotion des moyens de protection[76], réalisées sur plusieurs sites, mais ayant la dimension d'un projet. Ce cadre est plus contraignant pour Action Séro Zéro qui déploie en différents lieux des stratégies multiples allant de la promotion des moyens de protection (accès à

[76] Information, accès à du matériel de protection (seringues propres, condoms), récupération de seringues, écoute, accompagnement, référence et suivi, activités réalisées dans la rue, dans des unités mobiles ou dans les piqueries.

l'information et aux condoms dans les lieux publics d'échanges sexuels) à la promotion de l'identité collective homosexuelle, des droits collectifs et de la norme sociale de *sécurisexe*. Le bien fondé de la soumission d'un plan global d'action plutôt qu'un fractionnement par projets, revendiquée par Action Séro Zéro, repose d'ailleurs sur cette combinaison de différentes stratégies en différents lieux. Les appels d'offres par projets sont contestés parce qu'ils empêchent la continuité de l'intervention et le développement de nouveaux projets, ces conditions étant vues par l'acteur communautaire comme garantes de succès. En lieu et place d'une planification axée sur des projets ponctuels, Action Séro Zéro cherche la possibilité de poursuivre ses interventions, de laquelle dépend d'ailleurs sa survie. En ce sens, Action Séro Zéro a beaucoup a proposer et conteste la marge de manœuvre lui étant consentie.

Dès le premier appel d'offres émis par la DSP en 1994, Action Séro Zéro soutient que l'approche de financement par projet lui semble inadéquate et il présente une demande de financement globale, d'une durée de trois ans, totalisant près de 1 M $, s'inscrivant dans le sens des demandes exprimées par la COCQ-Sida dès 1991[77]. Il se présente auprès de la DSP comme un interlocuteur de premier ordre pour rejoindre la population homosexuelle et fait valoir l'aspect dynamique du partenariat souhaité et le travail déjà accompli en prévention du VIH/sida chez les homosexuels.

Au départ, devant cet acteur communautaire qui tente de l'intéresser à sa problématisation en lui faisant une contre-offre sur le mode de financement et sur ce qui est à financer, la DSP ne propose pas d'ajustement, jugeant plutôt cette demande irréaliste dans le contexte de non-récurrence des fonds du CQCS[78]. Les démarches visant la standardisation des appels d'offres et une plus grande transparence du processus d'allocation des fonds, réalisée à la DSP, entraîne une lenteur dans l'évolution des modes de gestion, qui est interprétée par l'organisme communautaire comme un irritant à l'instauration de rapports harmonieux et comme une nouvelle occasion (source de financement oblige) de défendre son point de vue, son identité, ses atouts. Ce faisant, l'organisme communautaire, pour contourner la lenteur du processus, adresse ses demandes directement au Directeur de la DSP, de sorte à tenter d'influencer le processus décisionnel[79] [80]. Devant ces demandes répétées et adressées sur plusieurs fronts, la DSP rappelle les contraintes du mode de financement (base annuelle, enveloppe fixe), l'efficacité des projets qui doit être annuellement démontrée, et qu'elle veut soutenir en priorité la continuité de projets présumés efficaces ou ayant démontré leur efficacité. Elle réaffirme par ailleurs à Action Séro Zéro qu'elle apprécie le travail accompli et désire poursuivre le partenariat engagé. L'organisme doit se conformer et répondre aux appels d'offres, tous types d'organismes et toutes populations à risque confondues ; il doit documenter et souvent pour plusieurs projets une même problématique, et attendre sans y être associé les résultats de l'évaluation des demandes présentées.

[77] Dans le bilan de l'activité communautaire de lutte au sida, la COCQ-sida expose des recommandations au ministère à l'effet qu'il faille consolider le financement de base des organismes communautaires engagés dans la lutte au sida par un financement triennal (COCQ-Sida, 1991).

[78] À cette époque, le fonds du CQCS est octroyé sur une base annuelle et, si la DSP favorise la continuité des projets, elle n'est pas en mesure d'assurer un financement récurrent.

[79] La correspondance de Action Séro Zéro adressée à la DSP entre juillet 1995 et novembre 1996, qui discute de ce positionnement de l'organisme par rapport à la DSP, est adressée directement au Directeur de la santé publique plutôt que de l'être à l'Unité des maladies infectieuses chargée de l'administration du programme.

[80] Au fondement de cette stratégie, il s'agit pour Action Séro Zéro de continuer à agir ici et maintenant, pour éviter que des homosexuels ne continuent de mourir par manque ou par insuffisance d'actions ou de mesures préventives.

Également en cours de réalisation des projets, il doit évoluer dans un cadre où l'instance publique exerce un contrôle administratif serré, par le versement en tranches des subventions, sur réception de rapports d'étape, où tout transfert de budget d'un projet à l'autre doit être préalablement autorisé.

En contrepartie, le processus d'évaluation des soumissions amène l'organisme à spécifier et à systématiser davantage son action. Les conditions que la DSP attache au financement cherchent à rendre les plans plus rigoureux et plus évaluables du point de vue de leur efficacité, dans la perspective de maximiser leurs effets. Ces conditions ont trait soit à la spécification des objectifs en des termes mesurables, incluant la formulation d'indicateurs à cet effet, à la définition opérationnelle des stratégies et activités, à la précision du volume et des caractéristiques de la population visée, à la justification et la spécification des tâches des intervenants, ou encore à la planification d'études évaluatives[81]. L'approche rationaliste de la DSP exige ainsi un niveau de spécification de l'action inattendu de Action Séro Zéro qui conçoit plutôt l'élaboration de l'action de façon pragmatique, où les stratégies prévues se précisent de façon opérationnelle in situ. Ce faisant, la DSP opère un encadrement de l'action où on assiste à une appropriation graduelle des schèmes de planification de la DSP par Action Séro Zéro. Si les demandes de spécification de la DSP interpellent le caractère émergent et moins planifié de l'élaboration de l'action communautaire, Action Séro Zéro s'ajustera largement à ces demandes dans la mesure où elles respectent la réalité gaie et communautaire de son action. Il y puise au fil du temps des façons de construire et de réaliser l'action, précisant les objectifs et stratégies à déployer et intégrant des stratégies proposées par la DSP[82]. La dynamique innovante de Action Séro Zéro se trouvera stimulée par les demandes de précisions de la DSP, révélant des savoirs implicites que l'organisme actualise dans ses pratiques, dans le sens d'un réalisme plus grand.

L'intégration des savoirs n'est toutefois pas en avant plan et les tensions résident surtout dans la marge de manœuvre consentie à Action Séro Zéro pour consolider ses activités à long terme, selon une vision intégrée de la prévention du VIH chez les gais. L'irritant majeur demeure la gestion par projet et le financement non-récurrent et limité, voire réduit, ce qui se donne à voir comme un partenariat utilitaire, dont on semble pouvoir disposer, sans reconnaissance des spécificités et sans entente qui vienne corroborer une vision partagée de l'action. Cette controverse évoluera au fur et à mesure de la marge de manœuvre plus grande à laquelle accédera le planificateur régional avec la perspective d'une récurrence des fonds qui se dessine au CQCS dans le prolongement de la phase III.

[81] Par exemple, dans l'appel d'offres de 1995-1996, la DSP demandera à Action Séro Zéro de préciser, pour le projet Bars en bars, les objectifs du programme en vue de son évaluation, de préciser les stratégies d'intervention qui seront utilisées et de décrire l'opérationnalisation de certaines activités et événements spéciaux, de mieux décrire la population visée, de justifier et spécifier les tâches de l'intervenant. Pour le projet Au sauna… On s'emballe !, il est demandé de soumettre le plan détaillé pour rejoindre les propriétaires de saunas récalcitrants, d'ajuster le projet en vertu des résultats de l'évaluation déjà réalisée et de justifier et spécifier les tâches de l'intervenant. Concernant le projet de Marketing social, on demande de préciser les objectifs de la campagne, de développer le volet évaluation et de soumettre un plan de travail et un échéancier.

[82] Par exemple, il accédera à la demande de la DSP d'introduire dans le projet Bars en bars le travail de milieu (appel d'offres 1996).

À la faveur du prolongement de la phase III jusqu'en 1997, la DSP procède à une analyse stratégique où trois clientèles sont retenues prioritaires pour la région de Montréal-Centre : 1e les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) ; 2e les utilisateurs de drogues injectables (UDI) et 3e les jeunes en difficultés[83]. L'appel d'offre de novembre 1995 procède selon des orientations remaniées où l'on voit apparaître une marge de manœuvre dans le sens de la continuité et de l'intégration, se traduisant en une marge de manœuvre plus grande pour le promoteur. Trois catégories de projets sont en effet recevables : A. Continuité de projets en cours de réalisation ; B. Demandes intégrées[84] et C. Expérimentation de nouvelles méthodes d'intervention. Ce faisant, la DSP fait une place à la vision et au modèle d'action que veut soutenir Action Séro Zéro. L'évaluation est réalisée par un comité mixte (réseau – communautaire) et les projets sont admissibles pour une période 12 mois, avec une possibilité d'étendre le financement sur deux ans, moyennant la reconduction du budget du CQCS pour 1996-1997. De plus, tel que recommandé par le comité d'évaluation l'année précédente, la DSP offre un support aux organismes pour la rédaction de leur projet, sous la forme de sessions d'information (ateliers) et d'une assistance téléphonique sur demande auprès des professionnels du module MTS/sida. Au cours de cette période, la DSP désignera au sein de son équipe un répondant pour les programmes de prévention destinés aux hommes gais, notamment chargé de réaliser l'interface avec le promoteur Action Séro Zéro. Cet effort de médiation de la DSP facilitera l'appropriation de ses schèmes rationalistes par l'organisme, lequel se montrera plus satisfait de ses rapports avec le secteur public, mentionnant avoir enfin trouvé écho à ses préoccupations et un intérêt réel aux projets qu'il conçoit et met en place.

Toutefois, les mécanismes de gestion ne suivent pas ces ajustements et si les demandes « intégrées » sont autorisées, celles-ci sont néanmoins gérées par projets indépendants qui devront être présentés, chacun, sur des formulaires différents. En réponse à l'appel d'offres de 1995-1996, Action Séro Zéro devra donc fractionner son plan global d'action en neuf projets[85], en vertu du cadre prescrit, dont cinq seront financés[86]. Cet arrangement demeurera alors insatisfaisant pour l'acteur communautaire puisque

[83] Trois stratégies sont également établies comme étant prioritaires : 1e l'approche milieu ; 2e la formation d'agent multiplicateurs et 3e les approches d'empowerment. (Direction de la santé publique (octobre 1995). Subventions pour les projets de prévention de la transmission du VIH et autres MTS 1995-1996. Montréal : Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique, 13 p. et annexes).

[84] Le cadre de l'appel d'offres de la DSP précise que « *Les demandes intégrant des interventions complémentaires articulées les unes aux autres au sein d'une programmation globale, et s'adressant à une population spécifique et/ou desservant un secteur géographique précis sont souhaitables* ». (Direction de la santé publique (octobre 1995). Subventions pour les projets de prévention de la transmission du VIH et autres MTS 1995-1996. Montréal : Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique, 13 p. et annexes).

[85] Cette programmation globale, organisée selon les 5 axes de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Certaines de ces composantes sont déjà en cours, soutenues financièrement par des fonds fédéraux (PACS) ou provinciaux (CQCS) alors que d'autres composantes sont nouvelles. Ce plan met l'accent sur deux axes, soit 1e) la création d'environnements favorables (projets dans les bars -35A et 35B-, dans les saunas -35C- et de communication informative / marketing social -35D) et 2e) le développement des habiletés et ressources personnelles (projets en ateliers -35E-, dans les parcs -35G- et relatif à la prostitution -35F-). L'axe de renforcement de l'action communautaire comprend un projet de soutien aux organismes communautaires -35H-. L'axe de réorganisation des services est aussi abordé -35I- alors que celui visant les politiques saines n'est pas traité.

[86] Il s'agit des projets Au sauna…on s'emballe !, Bars en bars, Parcs en parcs, Atelier et Communication informative/Marketing social, lequel sera financé uniquement dans sa composante de Marketing social. Notons par ailleurs que la demande de financement de 1995 était assortie de lettres d'appui de 25 organismes ou entreprises du milieu gai ayant des collaborations avec Action Séro Zéro soit : cinq saunas (le 456, Le Palace St-Marc inc., 5018, Le Grand palace inc., Sauna Verdun), 11 bars (Cabaret l'Entre-peau, Paco Paco, l'Aigle noir, la Track, Katakombes, le K. O. X., le Gambrinus, le Bar Météor, la Taverne du Village, le Sky, le Max) une librairie gaie (l'Androgyne), un Centre de villégiature (Le Domaine plein vents, Cantons de l'Est), un regroupement politique (l'Association des gaies et lesbiennes de l'UQAM), cinq groupes de soutien gais (le Groupe de discussion pour gais, Gai écoute, l'Association des pères gais de Montréal, Gay line, l'Anonyme) et un

la DSP, tout en admettant le label d'une demande intégrée, n'admet pas la notion d'intégration, les projets demeurant traités séparément tant à l'étape de leur soumission, de leur évaluation que de leur gestion[87]. Et cette allocation par projet sera reconduite lors de l'appel d'offres de 1996-1997.

Au cours de cette période l'acteur communautaire continue de faire valoir que cette programmation intégrée, gérée par projets, et le statu quo du financement, limitent l'approche terrain qu'il promeut pour adapter les différents volets de l'intervention et atteindre la synergie d'une action préventive globale. Elle constitue de plus à ses yeux un vase clos qui laisse peu de place au développement de nouvelles stratégies, devant une réalité changeante qui appelle à l'innovation[88]. La spécification de l'action par projet (projet bars, projet saunas) constitue plutôt pour lui un effort de planification inutile du point de vue de l'élaboration et de l'amélioration d'une action qui se veut globale pour la population homosexuelle. De plus, le contrôle administratif exercé a des effets contre-productifs pour l'organisme à cause de sa lourdeur et du manque de souplesse de l'action vu le cloisonnement entre les projets[89].

L'évolution dans les rapports entre la DSP et Action Séro Zéro et une issue à cette controverse commencent à se dessiner en 1996 avec l'identification de groupes prioritaires pour la région, la perspective d'un financement récurrent avec la phase 4 et l'affectation d'un répondant institutionnel dans le dossier. Ce repositionnement de la DSP fera en sorte de créer un arrimage plus complémentaire entre les parties. En même temps, à la faveur des visées de continuité et de consolidation des expertises endossées par la DSP et de l'appel d'offres en renouvellement de 1996-1997, la ligne administrative paraît plus souple : le bilan des activités en cours et le renouvellement des projets sont évalués simultanément. Puis, à l'automne 1997, avec le renouvellement annoncé de la stratégie québécoise (phase IV) et l'élaboration en cours d'un nouveau cadre régional de priorités en VIH/sida, la DSP reconduit le financement des projets, cette fois sans appel d'offres, et introduit, pour Action Séro Zéro, le financement d'une programmation globale pour les activités dans les bars, les saunas, les parcs et en ateliers. La flexibilité administrative, l'arrimage entre les projets et la polyvalence des intervenants sont dès lors autorisés, à la satisfaction de l'organisme. Ce qui vient en partie résoudre

groupe communautaire (Le groupe de recherche et d'intervention sociale gaies et lesbiennes –G. R. I. S.). Le partenariat prend alors l'une ou plusieurs de ces formes : mise en disponibilité de condoms, d'information sur le VIH/Sida et de matériel promotionnel, formation continue, facilitation de l'évaluation des activités, participation au comité consultatif de Action Séro Zéro, entente de référence de la clientèle, éducation préventive dans un journal interne, service d'avis professionnel, participation à des soirées thématiques de sensibilisation, échange d'expertise professionnelle.

[87] À cet égard, relevons que Action Séro Zéro n'est pas le seul organisme communautaire à présenter des demandes de subvention en lien avec la prévention du VIH/Sida auprès des homosexuels dans le cadre des appels d'offre lancés par la DSP. D'autres projets, tels le Projet 10 ou d'autres groupes tels le G.R.I.S (Groupe de recherche en et d'intervention sociale gaies et lesbiennes – organisme communautaire) et ACCM (Aids Community Care Montreal) sont en lice. Action Séro Zéro est cependant le seul organisme à présenter simultanément plusieurs projets pour fins de subvention, ce qui implique qu'il soit le seul à rencontrer la lourdeur évoquée, par exemple, la nécessité de documenter la même problématique pour chacun des projets présentés.

[88] Une stratégie proposée par Action Séro Zéro à la DSP sera à cet égard de transférer le financement d'activités récurrentes vers le programme de Soutien aux organismes communautaires (SOC) afin de libérer une marge manœuvre dans le budget de la programmation intégrée aux fins du développement.

[89] La correspondance témoigne d'autorisations demandées et obtenues ou refusées, en vertu de ce cadre, pour le transfert d'un projet à l'autre, ou d'une année financière à l'autre, de montants de l'ordre de 2 à 3 milles dollars (lettres des 3 février 1997, 10 mars 1997, 10 avril 1997, 2 mai 1997).

cette controverse sur le rapport de pouvoir entre le planificateur public et l'organisme communautaire en orientant ce rapport dans le sens d'une autonomie plus grande de l'organisme.

L'ouverture à la participation qui se dessine alors s'imposait parmi les constats découlant de la consultation supportant le bilan de la phase III, menée par la Régie pour le CQCS. La DSP y soutiendra que l'arrangement actuel n'est pas optimal et inscrira l'instauration d'un leadership partagé avec le milieu communautaire parmi les mesures que doit retenir en priorité la phase IV (Régie régionale de Montréal-Centre, 7 mars 1996). Cette marge de manœuvre consentie à l'acteur communautaire sera reçue comme une preuve de confiance et comme la possibilité de réaliser à l'avenir des actions sur la base d'une meilleure entente avec le secteur public. Des formes nouvelles de partenariat en découleront dans les années suivantes.

1.1.2 Deuxième controverse : la part relative du financement accordée à la population homosexuelle

La question du partage des fonds entre les différentes populations à risque donne lieu à une controverse latente, mais persistante, entre Action Séro Zéro et la DSP, controverse d'autant plus complexe qu'elle se nourrit de considérations historiques et actuelles ayant trait tant à l'évolution de l'épidémie au Québec qu'à l'action des pouvoirs publics face à celle-ci.

En effet, au cours de la régionalisation, en plus de critiquer l'approche de planification de la DSP, Action Séro Zéro critique la part relative des fonds disponibles octroyée aux homosexuels dans les appels d'offres de 1995 et de 1996. Il souligne à la DSP que cette communauté a déjà été trop longtemps laissée pour compte dans la lutte au sida et qu'il souhaite maintenant « *amorcer des discussions franches sur la prévention du VIH dans notre communauté* » (lettre du 4 juillet 1995), et ce, dans l'esprit de négocier avec la DSP les modalités de sa collaboration tout comme la part de son financement.

Cette controverse trouve son fondement dans le rapport entre les ressources consenties et les besoins, selon la représentation que l'on s'en fait. L'ampleur des besoins peut être rendue par les données relatives aux personnes infectées parmi les différents groupes à risque, encore que ces données ne figurent que pour la dimension quantitative du besoin. À cet égard, dans la région de Montréal-Centre en 1996 (Rémis et al., 1999[90]), la prévalence estimée du VIH chez les hommes homo/bisexuels et chez les UDI est comparable (15%) alors que l'incidence du VIH est cinq fois plus élevée chez les UDI (5,1% contre 0,9%)[91]. Étant donné que la taille de la population des homo/bisexuels est largement supérieure à celle des UDI, le nombre d'hommes homo/bisexuels porteurs du VIH demeure largement

[90] Étant donné que l'infection au VIH n'est pas à déclaration obligatoire au Québec, ces données sont des estimations de la prévalence et de l'incidence de l'infection au VIH à partir de différentes méthodes statistiques. La prévalence mesure le taux de personnes infectées parmi la population à risque alors que l'incidence mesure le taux de nouveaux cas –année parmi la population à risque.

[91] Chez les hommes homo/bisexuels et UDI, la prévalence est de 30% et l'incidence de 8%.

supérieur au nombre d'UDI (6 074 contre 2387[92]), mais vu l'incidence, les UDI (incluant les homo/sexuels – UDI –82 personnes) composent en 1996 une plus large part des nouveaux cas de VIH (607 contre 310)[93]. La dimension qualitative du besoin tient quant à elle au niveau de désorganisation personnelle et de marginalisation sociale dans lequel se situent les différentes populations à risque et à cet égard, les UDI sont de loin les plus affectés. Le portrait de la distribution des ressources peut quant à lui être rendu par le financement du CQCS alloué aux différentes populations à risque. Lors de l'appel d'offres de l'automne 1995, les UDI se voient attribuer 47% des fonds, les jeunes en difficulté, 22%, et les homosexuels, 20% (ce taux est passé de 15% à 20%, de l'appel d'offres de 1994 à celui de 1995) (DSP, 1997)[94]. Ce qui inclut les fonds protégés du CQCS destinés aux UDI[95]. À cette répartition des fonds du CQCS consacrés au VIH/sida s'ajoute, du point de vue de Action Séro Zéro, le difficile accès au financement issu de sources privées et la difficulté de faire financer ailleurs l'action sur les déterminants distaux ayant trait au renforcement de l'identité et à la défense des droits, alors qu'en comparaison, des fonds publics sont dédiés spécifiquement à la prévention des toxicomanies[96].

C'est à cette disparité, du moins apparente dans le rapport quantitatif entre ressources et besoins, que s'attaque Action Séro Zéro. Dans un esprit de défense des intérêts collectifs de sa communauté, Action Séro Zéro revendique la réparation d'un tort historique causé par le manque d'engagement des pouvoirs publics québécois au cours de la première décennie de l'épidémie alors qu'elle sévissait particulièrement chez les homosexuels. L'enjeu est, pour l'acteur communautaire gai, de voir reconnus, par le niveau de financement octroyé, la prépondérance historique des homosexuels parmi les victimes de l'épidémie et le potentiel très actuel d'explosion de l'infection parmi ceux-ci, étant donné l'élargissement du bassin de personnes infectées (vu l'allongement de la période de latence) et la fragilité des acquis en matière de pratiques sexuelles sécuritaires. Du point de vue de l'acteur communautaire, un tel contexte indique que la prévention doit se redéfinir, se repositionner et surtout, être maintenue. Et le plafonnement de son financement au niveau actuel ne permet pas à l'organisme de répondre, de la manière qu'il le souhaiterait, aux nouvelles réalités qui appellent de nouvelles stratégies. Si dans les appels d'offres successifs, la DSP continue de privilégier la continuité, elle consent peu de marge de manœuvre pour le développement de nouvelles interventions qui seraient adaptées à l'évolution du problème. Cette question du développement fait d'ailleurs problème à mesure que la DSP soulève les nouveaux besoins et que Séro Zéro cherche surtout à consolider ses

[92] Dans cette comparaison, les homo/bisexuels- UDI ont été assimilés aux UDI vu que le comportement de l'épidémie dans ce sous-groupe se rapproche davantage des UDI que des homo/bisexuels.

[93] En considérant l'ensemble des populations à risque, la proportion d'homo/bisexuels parmi les personnes infectées est de 62% contre 20% d'UDI et 4,5% d'homo/bisexuels-UDI. Parmi les nouveaux cas, la proportion d'homo/bisexuels est de 27% contre 45% d'UDI et 7% d'homo/bisexuels-UDI (Rémis et al., 1999).

[94] L'intervention développée à ce jour auprès des UDI comporte une infrastructure lourde et coûteuse (site fixe, unité mobile), ce qui explique entre autre la part importante des fonds qui leur sont consacrés.

[95] En excluant le fonds « Intervention – prévention UDI », et en considérant le seul fonds « prévention –information », on relève que 30% de cette enveloppe est attribué à la clientèle HARSAH, 21% à la clientèle UDI - milieu carcéral - itinérants, tandis que 33% de cette enveloppe est alloué à la clientèle des jeunes en difficulté. Enfin 16% de ce fonds est attribué aux clientèles des femmes à risque et des communautés culturelles ainsi qu'au support au réseau communautaire (DSP, 1997).

[96] Un fonds d'action intersectorielle dédié à la prévention des toxicomanies chez les jeunes, géré par les conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS), a découlé des *Orientations ministérielles à l'égard de l'usage et de l'abus des psychotropes*, lancées par le ministère de la Santé et des Services sociaux en 1990 (Ministère de la Santé et des Services sociaux (1990). *Orientations ministérielles à l'égard de l'usage et de l'abus des psychotropes.* Québec : Gouvernement du Québec, 35 p.).

acquis. Alors que les deux acteurs sont conscients de la nécessité de développer de nouvelles interventions[97], Séro Zéro cherche d'abord à consolider son financement, puis à obtenir un financement supplémentaire pour répondre aux nouveaux besoins. Si Action Séro Zéro a fait valoir à quelques reprises son point de vue auprès de la DSP, appuyé par la COCQ-Sida, et a questionné la DSP sur l'efficacité ou les évaluations faites des projets UDI, celle-ci n'a, à ce moment, jamais donné suite et justifié ses choix auprès de l'organisme. Cette controverse s'accentuera et trouvera une issue partielle avec la phase IV de la stratégie québécoise alors que les fonds du CQCS dévolus à la prévention du VIH/sida seront accrus.

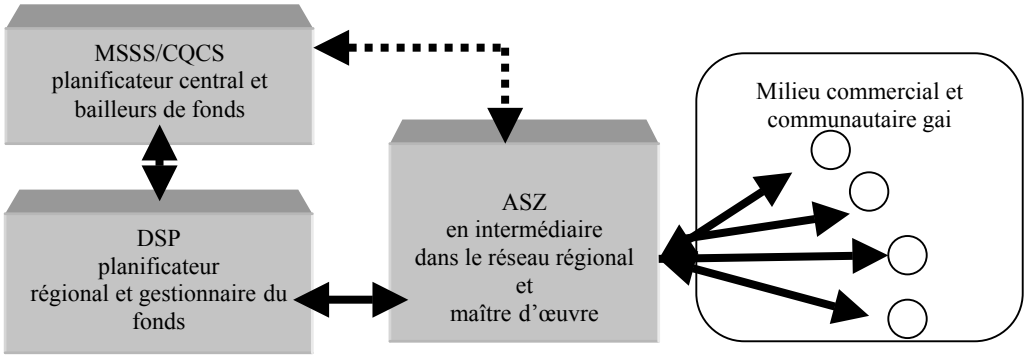
1.2 L'arrangement inter-organisationnel mis en place : Action Séro Zéro en intermédiaire

La phase III de la stratégie de lutte au VIH/sida du MSSS/CQCS associe le palier régional (DPC, puis DSP) pour l'actualisation de ses orientations, alors même qu'il s'agit de réaliser des actions de proximité dans les milieux. Pour rejoindre la population des homosexuels, le milieu commercial gai sera associé de façon extensive à l'action. Ici, la description des arrangements inter-organisationnels adoptés veut rendre compte du type de rapport qui s'installe dans cet espace de coopération public – communautaire – privé. L'intérêt que présente l'arrangement de coopération dans ce cas réside, d'une part, dans la vitalité de l'acteur communautaire à soutenir les controverses évoquées, de manière à faire évoluer, par ses demandes et les atouts dont il dispose, l'espace restreint de participation lui étant initialement accordé; d'autre part, dans le soutien professionnel des acteurs publics (CQCS, DSP) et l'effort d'ajustement de la DSP, de manière à réorienter le rapport de complémentarité[98] initial dans le sens d'un partenariat plus égalitaire et davantage productif, tel qu'on le discutera en abordant la qualité de l'action. L'arrangement inter-organisationnel mis en place peut être représenté par la **figure 2**.

[97] En témoigne un communiqué de presse conjoint de la DSP, de la COCQ-sida et du Comité des personnes atteintes du VIH du Québec, en juillet 1997, soulignant la fausse sécurité associée aux nouvelles thérapies et la nécessité de renforcer la prévention (Direction de la santé publique de Montréal-Centre (9 juillet 1997). *New therapies are not a miracle cure. Prevention is still the best way to fight AIDS*. Communiqué de presse, Montréal, 3 p.).

[98] Dans leur typologie du partenariat public / communautaire, Panet-Raymond (1994) et Vaillancourt (1994) conçoivent deux pôles, l'un, en termes d'interdépendance égalitaire, fondée sur le respect de l'intégralité des pratiques communautaires, des différences de culture et de modes d'intervention et la reconnaissance mutuelle des contributions; et l'autre, en termes de rapport utilitaire ou de complémentarité de la portion de services du communautaire avec les établissements publics, dans l'atteinte des objectifs de l'État.

Figure 2
Diagramme de l'arrangement inter-organisationnel, programmes de prévention du VIH chez les hommes gais de Montréal pour la période entourant l'actualisation de la phase III de la Stratégie québécoise de lutte au VIH/sida



Dans cet arrangement, les univers du communautaire et du public, bien que motivés par des principes d'action différents, l'un surtout guidé par des principes de défense des droits et intérêts collectifs, l'autre surtout par des principes de rationalité et d'efficacité de l'action des pouvoirs publics, trouvent à s'allier autour de l'intérêt supérieur des populations qu'ils ont à desservir en commun. Puis, avec l'association de partenaires commerciaux du milieu gai, on assiste à la mise en place d'un arrangement tripartite, sphères publique, associative et privée, d'un type plutôt rare dans le champ de la santé publique en ce qu'il associe à l'action directe le secteur privé[99]. Dans cette alliance à trois, le monde marchand, mu par les principes de la concurrence et du profit, trouve aussi intérêt à se rallier au principe supérieur de la vitalité des homosexuels, toujours menacés par le sida[100]. À cette fin, Action Séro Zéro déploie d'ailleurs des efforts substantiels et continus pour entretenir les alliances et maintenir le rapport coûts / bénéfices avantageux pour les établissements commerciaux. Sur cette base, Action Séro Zéro a construit avec le privé et continue de solidifier un réseau fait d'ententes bilatérales associant, concurrence oblige, des acteurs individuels. Mais c'est par cette préoccupation commune pour la prévention du VIH, matérialisée dans leurs établissements respectifs, que les acteurs commerciaux se trouvent mis en réseau. Et c'est l'action intermédiaire de Action Séro Zéro qui crée le réseau. L'enrôlement des acteurs privés, bien qu'individuel et limité[101], est tangible et significatif. Le rôle qu'ils jouent est essentiel pour réaliser l'action qui ne pourrait par ailleurs l'être sans eux.

[99] Il sera moins rare en santé publique de voir le secteur privé associé indirectement à l'action à titre de bailleur de fonds.

[100] En effet, les propriétaires / gérants voient en leur participation leur réponse à une obligation sociale de prévention, en même temps qu'ils y voient le triple avantage d'un service offert gratuitement, qui favorise leur image sociale et la protection de leurs clients, et qui leur demande très peu d'efforts et d'investissements (Morrison, 1996; Dupont et al. 1997).

[101] Action Séro Zéro aura bien tenté, mais en vain, de doter ce réseau d'une dimension formelle, au-delà des ententes bilatérales, mais les établissements privés ont décliné cette invitation. En effet, quel intérêt pourraient-ils avoir à investir efforts et ressources dans un mécanisme d'échange inter établissements, visant une gestion plus collective du programme, alors même qu'ils considèrent la prévention du VIH comme étant de responsabilité publique, que Action Séro Zéro assume en chacun de leurs établissements le service à même des fonds publics, et qu'ils sont par ailleurs en concurrence pour la clientèle et le profit.

En plus d'agir en intermédiaire parmi les acteurs privés, Action Séro Zéro agit en traducteur des intérêts et de la vision de la sphère privée à l'endroit de l'acteur public, intérêts qui transparaissent d'ailleurs dans les coûts de l'intervention assumés par le public. Action Séro Zéro agit aussi en intermédiaire[102] entre le public et le privé, créant ce réseau public – communautaire – privé mobilisé autour de la prévention du sida chez les homosexuels. Si la préservation des intérêts marchands façonne l'arrangement avec le privé, la préservation des principes d'action du planificateur public façonne pareillement l'arrangement avec celui-ci. Dans l'arrangement public – communautaire – privé mis en place, Action Séro Zéro en est l'acteur central qui élabore les compromis requis à cette alliance. Il compose, d'un côté, avec l'engagement calculé du privé en cherchant à satisfaire ses intérêts marchands et, d'un autre côté, avec les exigences du public en rationalisant son action.

Entre le public et le communautaire, le double rapport qui s'installe au plan du pouvoir et entre les savoirs peut être décrit de la façon suivante.

En élaborant les orientations de sa politique, sur la base d'une vaste consultation impliquant les acteurs communautaires (notamment la COCQ-Sida) et institutionnels (les Régies régionales et leurs directions régionales de santé publique), le MSSS/CQCS agit en arrière-scène, mais de façon structurante, sur les arrangements public-communautaire régionaux, notamment par l'octroi de fonds annuels non-récurrents dédiés à certaines populations cibles puis par l'évolution de ces orientations (choix stratégiques). Puis le palier régional (d'abord la DPC) procède selon une ligne technocratique où l'organisme communautaire est associé, à l'étape des choix tactiques, pour l'élaboration et la réalisation locale de l'action. Au moment de la régionalisation, le rapport de pouvoir entre la DSP et Action Séro Zéro est plutôt caractérisé par une dynamique de revendication communautaire et de contrôle institutionnel que par une dynamique de négociation, tel qu'en témoignent les règles des appels d'offres successifs et les termes des contrats qui sont établis unilatéralement par l'acteur public[103]. On observe par ailleurs peu de leadership institutionnel au dossier, reflétant le peu d'investissements de la santé publique, jusqu'alors, dans la prévention du sida auprès des homosexuels. Bien qu'il les conteste, Action Séro Zéro se résout aux contraintes imposées par la DSP et au fait qu'elle ne subventionne qu'en partie sa programmation. À cette ligne technocratique s'adjoint une ligne de soutien professionnel[104] par laquelle le CQCS, puis la DSP, veille à l'actualisation des orientations de la politique sur le terrain[105]. Ainsi s'établit l'espace de coopération pour réaliser l'action.

[102] Les établissements commerciaux et la DSP ne seront jamais reliés autrement que par Action Séro Zéro qui agit en intermédiaire, tel qu'en fait foi l'initiative de Action Séro Zéro avec la DSP invitant, en décembre 1998, les propriétaires / gérants de saunas à une rencontre visant à faire le point sur l'intervention et où un seul propriétaire s'est présenté (Action Séro Zéro, rapport d'activités 1998-1999).

[103] Le contrôle s'exerce par les contraintes administratives stipulées aux contrats, par le cloisonnement du financement par projet et par le choix non négociable des projets subventionnés, définis en vertu des principes et priorités de la DSP, restreignant d'autant, tel qu'on l'a discuté au chapitre sur les controverses, la marge d'autonomie de l'organisme.

[104] L'ouverture à la participation par le biais de la formation, sans modifier les fondements de l'approche technocratique, est une approche dominante en planification publique depuis les années 1980 (Bilodeau, 2000).

[105] Notamment au cours de la période charnière de 1992 à 1994, le CQCS (tout comme Santé Canada), qui participe aux activités de structuration du sous-comité Action Séro Zéro au C-SAM, lui fournira un soutien et un encadrement professionnel substantiel pour la mise en forme et la présentation de ses plans d'actions, ensuite soumis pour fins d'évaluation à la Régie (DPC). L'offre de soutien sera reprise en 1996 par la DSP .

Dans ce contexte, la persistance et l'évolution des controverses (de même que l'évolution des orientations du fonds au palier central), tout au long de la reconduction des cycles annuels d'intéressement par appel d'offres et de réalisation de l'action, feront en sorte d'amener la DSP à se repositionner face à l'organisme. En 1996, la reconnaissance des HARSAH comme clientèle prioritaire dans la région, l'admissibilité de projets intégrés destinés à ces clientèles, de même que la désignation d'un répondant au dossier feront évoluer le rapport de pouvoir dans le sens d'un assouplissement des règles. L'acteur public, compte tenu des atouts de l'acteur communautaire, dont son autonomie et son leadership dans le domaine, et afin de soutenir l'intérêt et l'harmonie des rapports, réduira les contrôles administratifs et abandonnera la gestion fractionnée d'une action préventive se voulant globale.

Dans cet espace de coopération, malgré le rapport conflictuel, les savoirs communautaires sont reconnus par la DSP et les savoirs institutionnels sont mis à profit pour améliorer l'action sans en altérer, dans sa substance, l'originalité et le sens. Cette conjugaison des savoirs a pour effet d'entraîner l'acteur communautaire à systématiser ses actions récurrentes et à produire une programmation plus précise et évaluable, effort qui se répercute dans le développement du domaine de l'évaluation. Action Séro Zéro associera en effet des chercheurs universitaires et des chercheurs de la DSP autour de la conduite d'évaluations formatives indépendantes sur ses actions[106]. Ici, Action Séro Zéro prend l'initiative de la recherche en prévention du VIH/sida chez les homosexuels et si la DSP s'y trouve associée, cette association est plus rarement initiée par la DSP. Au plan des savoirs, la contribution de la DSP (comme du CQCS) sera ainsi plus tangible au niveau de la planification qu'elle le sera au niveau de l'avancement des connaissances quant aux meilleures façons de faire la prévention.

2 L'ÉVOLUTION DU TECHNOGRAMME : VERS UN PROGRAMME BIEN EN PLACE ET ÉVALUÉ

2.1 L'émergence

Après les premières initiatives ponctuelles de prévention organisées par le C-SAM à partir de 1985, on assiste à compter de 1992, avec le début de l'actualisation de la phase III, à la mise en place d'actions continues sur plus d'un front. Cette action débute dans les lieux de rencontres sexuelles, d'abord dans les saunas en 1992 (financé par le CQCS en 1992-1993 et 1993-1994), puis dans les bars du Village gai en 1994 (financé en 1994-1995 par le PACS)[107]. En 1993, une première campagne de

[106] La quasi totalité des composantes de l'action de action Séro Zéro a ainsi été l'objet d'études évaluatives relativement à leur faisabilité et leurs premiers résultats. C'est le cas du projet Au sauna… On s'emballe ! (Morrison, 1996), du projet Bars en bars (Dupont et al., 1997), de la campagne de marketing social Ma vie gaie (Kishchuk et Beauchemin, 1998), du projet Parcs en parcs (Otis et al., 1998), du projet Ateliers (Otis et al., 1999). En mobilisant une telle diversité de sources d'information, les avis du Comité d'évaluation de la DSP ne constituent pas la seule source d'information accessible à Action Séro Zéro pour alimenter le retour critique sur son action, contribuant à maintenir son autonomie et sa capacité de contrôle de son action.

[107] Si Action Séro Zéro intervient plus particulièrement dans ces lieux, c'est que les études canadienne et québécoise Au Masculin (Myers et al,1993) et Entre hommes 1991-1992 (Godin et al ,1993) ont montré l'importance des bars pour les HARSAH en tant que lieux de rencontre de partenaires sexuels. En fait, les bars et les discothèques se situent au premier rang des lieux et des moyens de rencontre de partenaires sexuels. Ainsi, ce sont dans des proportions variant de 36 % à 51 % que les HARSAH de 18 à 40 ans préfèrent ces lieux à tout autre (Godin et al, 1993). De plus, il semble que les HARSAH qui fréquentent avec une certaine régularité les bars ont un plus grand nombre de relations anales que les autres HARSAH (Myers et al, 1993) » (Dupont,1997, p. 1) (HARSAH : hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes).

communication sociale est lancée sous le thème *Le droit d'aimer sans peur et sans reproche*. Par ces initiatives, les principaux jalons de l'intervention préventive communautaire gaie sont dès lors placés. Et cette intervention se développe sous l'enseigne de la promotion des moyens de protection, que l'on cherche à installer en norme sociale, en étroite interdépendance avec la revendication de l'identité gaie et l'affirmation de l'homosexualité.

2.1.1 Au sauna… On s'emballe !

Implanté dès 1992 et inspiré d'une initiative de M.I.E.L.S. dans la région de Québec[108], *Au sauna… On s'emballe !* s'adresse aux hommes, homosexuels et bisexuels, qui fréquentent les saunas à Montréal. Il s'agit de créer sur les lieux un environnement propice à l'adoption et au maintien de comportements sexuels sécuritaires, par la diffusion d'information sur la prévention de la transmission du VIH et l'accessibilité au matériel de protection, soit les condoms et le lubrifiant. Il s'agit également de promouvoir et de renforcer, en ces lieux, l'idée du *sécurisexe* comme norme sociale. Pour sa mise en place et son maintien, ce programme nécessite la participation active des employés et des propriétaires / gérants de saunas[109]. En 1994, outre les cinq saunas avec lesquels la collaboration s'est stabilisée, Séro Zéro s'associera huit autres saunas de l'île de Montréal qui s'impliquent en distribuant du matériel de protection et par l'affichage de matériel éducatif. Une évaluation d'implantation du programme sera réalisée dès 1994 (Morrison et al, 1996).

2.1.2 Une première campagne de marketing social : Le droit d'aimer sans peur et sans reproche (1993)

En 1993, la campagne de marketing social, produite sous le thème *Le droit d'aimer sans peur et sans reproche*, est de niveau régional et cherche à promouvoir le sentiment de solidarité dans la population homosexuelle, atteinte ou non du VIH, et à contribuer à sa prévention. Plusieurs outils sont utilisés : affiches, T-shirts, miroitants collants et placements publicitaires. L'affiche de la campagne sera par la suite diffusée au niveau provincial, donnant lieu à la campagne *Le droit d'aimer II*, en continuité de ce qui avait été produit à Montréal.

[108] Si le programme s'inspire des initiatives conduites par l'organisme M.I.E.L.S Québec, qui faisait déjà la promotion de moyens de protection dans les saunas par la mise en place de condoms (pochettes) sur les serviettes distribuées aux clients, ces initiatives ne faisaient pas encore figure de programme formalisé.

[109] En échange du soutien actif de Séro Zéro, leur contribution sera de rendre disponible à la clientèle le matériel informatif et de protection, de contribuer au financement du matériel de protection, de libérer leur personnel pour de la formation et sa participation au programme, de fournir leur expertise sur les us et coutumes de la clientèle en ces lieux. Ainsi, dans le cadre du programme, le personnel des saunas reçoit une formation et un soutien actif du comité Séro Zéro et s'implique dans la réalisation d'activités promotionnelles. Il s'agit, par exemple, de la distribution de sachets avec condoms et lubrifiant, ou de dépliants, d'affiches, de vidéo clips, etc., lors d'événements spéciaux à la St-Valentin ou à Noël, ou encore du recrutement et de la formation de bénévoles. Des présentoirs pour le matériel informatif sont installés dans les établissements à des endroits qui favorisent leur consultation par les clients; du matériel de protection est distribué gratuitement (un condom gratuit à l'admission) ou à faible coût (condoms additionnels et lubrifiant) dans tous les saunas participants; des affiches sur le *sécurisexe* de différents organismes de lutte au sida sont installées à l'entrée et en différents endroits dans les établissements. Un bulletin de liaison est également créé par Séro Zéro (3 à 4 numéros par année), bien qu'il soit peu connu du personnel (Morrison et al., 1996).

Action Séro Zéro rapporte que, par son slogan, cette première campagne indique l'affirmation d'un droit et qu'elle est, en ce sens, revendicatrice. Ce sera la première fois qu'une campagne de prévention s'adressant aux gais utilisera des placements médiatiques grand public. Cette expérience a permis d'exiger du MSSS, lors de sa campagne provinciale subséquente, la production d'une affiche gaie et sa diffusion de façon semblable aux affiches destinées aux hétérosexuels[110].

2.1.3 L'intervention dans les bars

Dans les bars, tavernes et discothèques gais, l'intervention débute à l'été 1994, d'abord comme l'une des composantes d'un projet de Mobilisation sociale financé par Santé Canada (PACS). Elle consiste à rendre accessible, dans les bars gais du Village, les moyens de protection (condoms, lubrifiant), ainsi que de l'information sur le VIH/sida et sa transmission, sous forme d'affiches et dépliants. Il s'agit également de travailler, en collaboration avec le milieu gai, auprès des gérants et du personnel de bars, dans le but de les impliquer dans le programme et de créer des agents multiplicateurs.

Ce réseau d'établissements commerciaux, saunas, bars et hébergement, se solidifiera au cours des années, avec le soutien ininterrompu de Action Séro Zéro, de sorte à constituer, tel qu'on le discutera plus loin, une des assises de la qualité du programme. L'intervention est réalisée par un intervenant se rendant, plusieurs fois par semaine, dans chacun des milieux participants, pour remplir les boîtes à condoms et à dépliants et renégocier périodiquement le maintien des acquis[111]. De façon concomitante, une foule d'activités ponctuelles d'*entertainement*, autour du thème du sexe sécuritaire, sont réalisées et constamment renouvelées. En 1994, le programme emporte la participation de sept bars du Village gai et dès 1995, le réseau compte 14 établissements[112].

2.2 La consolidation des premières initiatives et le développement

Après les premières actions dans les saunas, les bars et en communication sociale, Action Séro Zéro travaille à leur consolidation avec le soutien de la DSP, devenue gestionnaire du fonds en 1994-1995. Le technogramme est alors marqué par la récurrence des actions. C'est le cas des activités routinisées[113] dans les établissements commerciaux (disponibilité d'information et de matériel de protection), qui sont accompagnées d'activités promotionnelles constamment renouvelées, soit les activités de sensibilisation et de promotion, réalisées dans ces mêmes établissements. C'est également le cas de la communication sociale. Puis d'autres activités sont développées, en ateliers vers 1994 et

[110] Action Séro Zéro. Pochette d'information promotionnelle portant sur les campagnes de marketing social d'Action Séro Zéro, incluant un historique et la programmation de l'organisme. Montréal : Action Séro Zéro.

[111] Mentionnons qu'en plus des intervenants rémunérés, une équipe de bénévoles travaille activement à réaliser les projets développés et implantés par Action Séro Zéro.

[112] Ce nombre sera, par la suite, plus ou moins maintenu (13 bars en 2000).

[113] La notion de routine réfère à de nouvelles pratiques qui sont intégrées à la culture organisationnelle, telle qu'employée dans les théories sur l'apprentissage organisationnel (Pluye et al., 2000).

dans les parcs publics à compter de 1995. Au tournant de l'année 1996, les projets saunas, bars et parcs deviennent le projet « milieux », c'est-à-dire qui vise l'environnement social et les lieux de proximité. Combiné à ce trio de projets milieux, le projet Atelier vise les individus, dans une perspective de développement de compétences.

2.2.1 Intervention en ateliers

Le projet Ateliers, vise les hommes homosexuels/bisexuels séronégatifs de Montréal en s'adressant à la dimension identitaire et à la protection. Il consiste, depuis 1994, à animer des groupes de 8 à 10 participants autour de thèmes touchant l'homosexualité et le sexe sécuritaire. Chacun des ateliers est limité à une période de 4 à 5 semaines (3 heures / semaine). Le projet veut 1e promouvoir estime et affirmation de soi; 2e aider les participants à développer des habiletés de communication et 3e faciliter l'utilisation du condom par la négociation du sexe sécuritaire. On y propose des outils sans y offrir de psychothérapie[114]. Tous les participants sont vus en entrevue individuelle avant le début du groupe pour s'assurer du sérieux de leur démarche, de leur motivation, de leur état présent et de leurs attentes[115]. Le projet implique peu de collaborateurs, si ce n'est pour le recrutement des participants. Ce recrutement se fait par le biais de dépliants ou d'annonces en divers lieux et médias visant la clientèle gaie (revues, babillard de commerces, émission de radio, associations collégiales et universitaires, groupes communautaires gais), dans certains hebdomadaires (Voir, Ici) et dans certains CLSC.

Intervention en ateliers

En 1996-1997

- Trois sujets d'ateliers ont été offerts (condom, affirmation de soi et estime de soi).
- 14 groupes ont été réalisés, rejoignant environ 124 participants (moyenne d'âge : 36 ans).
- Une collaboration a été établie avec trois CLSC (Plateau Mont-Royal, Métro, Des Faubourgs) pour le recrutement des participants.

En 1997-1998

- Trois sujets d'ateliers ont été offerts (condom, affirmation de soi et estime de soi).
- 28 groupes ont été réalisés rejoignant 240 personnes et le projet, en demande, maintient une liste d'attente.
- En collaboration avec l'UQAM et la DSP, une étude évaluative du projet est réalisée.

[114] Action Séro Zéro (juin 2000). Rapport Santé publique. Projet milieux et Ateliers 1999-2000. Montréal : Action Séro Zéro.

[115] Étant donné les thèmes abordés dans les groupes, il est approprié d'exclure, par exemple, les gens n'ayant pas fait leur coming out ou se trouvant en état de crise (en les référant toutefois à d'autres ressources), de sorte à éviter les abandons et à donner au groupe une plus grande chance de survie pour la durée de l'activité.

2.2.2 Une nouvelle campagne de marketing social : Tous réunis pour la vie *(1995)*

À l'automne 1995 (septembre et novembre), une deuxième campagne de marketing social est réalisée, financée conjointement par la DSP et Santé Canada (PACS), sous le titre *Tous réunis pour la vie*[116]. Cette seconde campagne ne revendique plus un droit, tel que c'était le cas de la première en 1993 sous le thème *Le droit d'aimer*, mais affirme une réalité en montrant des gens s'assumant dans leur homosexualité. Quatre affiches sont alors utilisées pour illustrer une réalité diversifiée, soit tour à tour l'amour nouvellement rencontré et le couple stable, de même que le dévoilement de son orientation sexuelle et le fait d'avoir un ami ou un amant séropositif[117].

2.2.3 Intervention dans les parcs

Le projet *Parcs en parcs*, que Santé Canada (PACS) a d'abord financé dans sa phase initiale à l'été 1995, a été financé par la DSP à partir de l'été 1996. Il se déroule dans les parcs de la région de Montréal fréquentés par des hommes homosexuels et bisexuels, mais ne s'identifiant pas nécessairement comme homosexuels. Mettant de l'avant des stratégies de démarchage (*outreach*), l'action réalisée par des intervenants et des bénévoles vise la prévention du sida tout en assurant une écoute sur les difficultés vécues comme homosexuel. L'action dans les parcs comporte l'intervention directe (écoute, counselling sur les pratiques sexuelles sécuritaires et l'orientation sexuelle, etc.) et la distribution de matériel (condoms, trousses parcs condom, dépliants sur les ateliers de Action Séro Zéro, sur la violence, le sexe sécuritaire, les MTS, les drogues, le dépistage du VIH).

Intervention dans les parcs

En 1995
- 241 interventions ont été réalisées dans cinq parcs.

En 1996
- 358 interventions ont été réalisées dans cinq parcs.
- Un coordonnateur, deux intervenants, 12 bénévoles.

En 1997
- 703 interventions dans cinq parcs.
- Huit bénévoles / attention spéciale portée à l'encadrement et au soutien.
- On couvre le terrain par équipe de deux.
- Participation à l'évaluation provinciale des projets parcs.

[116] Une diffusion provinciale de cette campagne sera également réalisée, financée par le CQCS (Lettre de la sous-ministre adjointe de la santé publique adressée au directeur de Action Séro Zéro, le 6 décembre 1995, 1 p.).

[117] Cette campagne fut nommée publicité de la semaine par le journal *La Presse* (Action Séro Zéro. Pochette d'information promotionnelle portant sur les campagnes de marketing social d'Action Séro Zéro, incluant un historique et la programmation de l'organisme. Montréal : Action Séro Zéro).

2.2.4 Évolution et maintien de l'intervention dans les saunas et les bars

Intervention dans les saunas

1996-1997

- L'intervention dans les saunas s'est stabilisée avec six saunas participant plus activement[118].
- Volume moyen de distribution est environ 325 000 condoms.
- Le maintien du programme requiert de une à huit visites mensuelles d'environ trois heures par établissement.
- En novembre 1996, Action Séro Zéro introduit dans les saunas l'intervention individuelle[119] : Environ 300 interventions réalisées.

En 1997-1998

- Présence dans cinq saunas.
- Volume moyen de distribution est environ 325 000 condoms.
- L'intervention individuelle est maintenue et cinq milieux participent : 314 personnes rencontrées, pour un total de 461 interventions.
- Le maintien du programme requiert de une à huit visites mensuelles d'environ trois heures par établissement.
- Des boîtes de récupération de seringues souillées ont été installées dans cinq établissements.

Intervention dans les bars

En 1996-1997

- Maintien des acquis/15 établissements participants / 115 700 sachets de condoms distribués.
- Activités ponctuelles : Performance sécurisexe; tenue d'un kiosque lors de l'événement Divers/Cité; soirée thématique Cuir au bar Katakombes; participation à la journée du 1er décembre (journée sur le Deuil collectif dans la communauté gaie); création d'une mascotte Action Séro Zéro (Madame Condom), en collaboration avec le CLSC Métro; participation au bal des Boys au bar Home; lancement de la campagne de marketing social de Action Séro Zéro dans un bar du Village; fin de semaine de sensibilisation et d'autofinancement.
- Évaluation du projet Bars en bars.

En 1997-1998

- Maintien des acquis/ 13 établissements participants / 118 450 sachets de condoms distribués.
- Activités pontuelles : participation à six soirées dans divers bars; participation aux activités du Bad Boy Club par la présence de Action Séro Zéro à leur gros partys (Wild & Wet, Black & Blue, etc.); organisation de soirées thématiques ou de financement; présence à la fin de semaine Divers/Cité (soirées spéciales, marches, kiosque); réalisation d'activités dans plusieurs Bed & breakfast montréalais.
- Action Séro Zéro introduit l'intervention individuelle dans sept bars participants et y rejoint ainsi 78 personnes[120].
- Puis l'organisme cherche à diversifier ses lieux d'intervention en développant en 1997-1998 du matériel d'information et de protection destiné aux touristes qui fréquentent des hôtels et B&B (sachets de condoms et lubrifiant, style billet d'avion, et cartes postales sécurisexe) et aux gens d'ici, sous forme de passeport sécurisexe.

[118] Ce sont Le 456; l'Oasis; Le 5018; le St-Marc; le Verdun; le Centre-Ville.

[119] L'intervention est réalisée dans une chambrette fournie par les propriétaires des saunas et les intervenants sont identifiés par un chandail Action Séro Zéro et de grandes affiches indiquent leur présence. L'intervenant offre de l'information sur le VIH-sida et les MTS, de l'écoute active, des références et distribue du matériel préventif et informatif (condoms, lubrifiant, gants, dépliants, affiches). Pendant les périodes d'intervention, le personnel des saunas distribue à chaque client, à la caisse, un sachet de condom/lubrifiant sur lequel on annonce la présence de Action Séro Zéro. Ces sachets sont achetés par les saunas, mais l'achat est géré par Action Séro Zéro. Par ailleurs, l'intégration de l'intervention individuelle fut progressive, cinq saunas l'ayant accueilli en 1997-1998 et huit en 1999-2000.

2.2.5 Une troisième campagne Ma vie gaie *(1997)*

En février 1997, une troisième campagne de marketing social, supportée par la DSP, est réalisée sous le titre *Ma vie gaie*[121]. Il s'agit dans cette campagne de proposer un lien direct entre estime de soi et protection. On veut également contribuer à briser l'isolement et promouvoir le groupe, plutôt que seulement le couple. Cette campagne sera évaluée en 1997 et sera la dernière à être financée au palier régional par la DSP.

Ainsi, dans le cadre de l'actualisation des orientations de la phase III, la programmation de Action Séro Zéro, supportée par la DSP, couvre trois types d'intervention, suivant en cela les orientations stratégiques définies par l'instance publique, soit 1e les interventions d'outreach dans les milieux de socialisation ou de rencontre entre hommes gais et bisexuels ; 2e les interventions individuelles ou de groupes visant à renforcer le potentiel des individus pour se protéger contre l'infection au VIH par le développement d'habiletés et de compétences liées aux comportements préventifs et 3e les stratégies de développement communautaire qui visent à créer un environnement social propice à l'adoption et au renforcement des comportements sécuritaires (Régie régionale de Montréal-Centre, 7 mars 1996, p. 31).

Toutefois, à compter de 1997-1998, la DSP, après une entente avec les autres partenaires, se retirera du financement des projets de communication sociale pour les remettre au palier central, ce qui sera le prélude d'un repositionnement des acteurs avec l'arrivée de la phase IV de la stratégie québécoise de lutte au sida, annonçant un découpage davantage marqué des aspects de l'intervention à investir eu égard aux mandats respectifs et à l'identité des différents acteurs.

2.3 Une programmation évaluée

Au cours de cette période on observe la réalisation de l'évaluation de plusieurs interventions, bénéficiant d'un financement séparé, obtenu par Action Séro Zéro auprès de différents bailleurs de fonds.

[120] Dans ces rencontres individuelles, les sujets abordés peuvent être regroupés en trois thématiques : 1e le VIH et sa transmission (pratiques sexuelles à faible et haut risque, condom et lubrifiant, négociation du port du condom, sérodiscordance, dévoilement de son statut sérologique, vivre avec le VIH); 2e l'homosexualité (relations de couples, estime de soi, comming out, rejet et discrimination, solitude et isolement); et 3e les problèmes sociaux (prostitution, drogues).

[121] Les objectifs de cette campagne sont 1e de contribuer au processus de prévention de l'infection à VIH; 2e de stimuler la création d'un environnement propice à soutenir l'adoption et le maintien d'une vie sexuelle saine et sécuritaire; 3e de rejoindre des clientèles nouvelles; et 4e de sensibiliser la communauté montréalaise en général à la présence de la réalité homosexuelle (in Action Séro Zéro. Pochette d'information promotionnelle portant sur les campagnes de marketing social d'Action Séro Zéro, incluant un historique et la programmation de l'organisme. Montréal : Action Séro Zéro).

CHAPITRE VI : LE DEUXIÈME MOMENT : LA PHASE IV ET L'OUVERTURE À LA PARTICIPATION, À PARTIR DE 1998

Au moment de renouveler la stratégie provinciale en 1997, le contexte entourant la lutte au sida a beaucoup évolué (MSSS, 1997). Des progrès thérapeutiques entraînent un meilleur contrôle de la réplication du virus et de la progression vers l'état de sida de sorte que les personnes séropositives réintègrent ou maintiennent une vie normale. De plus, le VIH touche davantage les groupes sociaux les plus vulnérables dans un contexte social où s'accroissent la pauvreté et la marginalisation sociale[122]. Ce contexte, c'est-à-dire le visage changeant du sida et son extension vers les groupes socialement marginalisés, comporte de nouveaux enjeux, notamment pour les acteurs publics, celui de s'adresser à des problèmes sociaux complexes par des programmes de lutte au sida jusque là centrés sur les moyens de protection et/ou de réduction des méfaits, et pour les acteurs communautaires, celui de redéfinir leur identité et leur mission[123]. L'absence d'un traitement curatif et de vaccin pour une maladie toujours mortelle mais également évitable fait en sorte que les efforts pour la réduction de sa transmission demeurent de mise.

En même temps que les *Priorités nationales de santé publique*, en 1997, viennent redire l'importance accordée au sida par le MSSS, celui-ci lance la phase IV de sa politique pour 1997-2002 (MSSS, 1997), suite à une vaste consultation. Les régies régionales orchestreront, pour le CQCS, la consultation des acteurs régionaux et émettront leurs propres recommandations quant aux mesures à adopter. Élaborée à partir des résultats de cette consultation qui, comme le CQCS, soulèvent les limites de l'intervention préventive et la nécessité d'agir davantage en amont du problème, un virage vers la promotion de la santé, selon l'esprit de la *Politique de la santé et du bien-être* (1992), caractérise l'intention de la phase IV de la stratégie de lutte au sida[124]. Celle-ci, tout en proposant la consolidation et l'optimisation des mesures ayant obtenues des résultats positifs, dépasse l'idée de cibler les groupes à risques et enclenche un double virage, d'une part vers les populations les plus vulnérables, UDI, jeunes de la rue, prostitué(e)s, population carcérale, jeunes hommes homosexuels en

[122] Les visages de la pauvreté et de la marginalisation sociale sont multiples, jeunes en difficulté, itinérants, malades mentaux, population carcérale, communautés autochtones, hommes et femmes prostitués, tous ces groupes étant particulièrement touchés par la toxicomanie et à risque de contracter le VIH.

[123] Une tournée provinciale réalisée en 1998 par la COCQ-Sida vise à faire le point sur la mission des groupes, compte tenu des nouvelles thérapies qui changent le visage du sida et de la présence accrue des personnes toxicomanes et à problèmes complexes et multiples dans leurs services (COCQ-Sida, 1998). Interpellant leur mission première d'accompagnement et de soutien aux malades du sida, très majoritairement des homosexuels, cette nouvelle réalité impose aux groupes de faire des choix à défaut de quoi, et peut-être en dépit de quoi, ils entrevoient être bientôt conviés par les bailleurs de fonds à diversifier leur action pour s'ajuster au nouveau profil du sida. Le choix se pose en ces termes : 1e réorienter leurs activités vers l'information et le suivi auprès de leurs usagers traditionnels, porteurs du VIH et majoritairement homosexuels, alors même que ces derniers désertent leurs services au profit d'une intégration à la vie normale; ou bien 2e réorienter leurs activités en soutien aux toxicomanes qui se font, eux, de plus en plus présents et demandeurs (près de 50% des usagers des groupes), entraînant la perte d'une expertise spécifique, un alourdissement du travail et sa complexification, à la hauteur de la désorganisation personnelle et sociale de ces nouveaux usagers et de la complexité des problèmes sociaux (COCQ-Sida, 1998). On constate que les bailleurs de fonds devront faire des choix et que les gais ne seront pas nécessairement le point de mire des nouvelles politiques. Alors que la stratégie fédérale évoque la multiplicité des populations cibles, sans spécifier les homosexuels, du côté du Québec, on laisse plus de latitude pour une action ciblée auprès des homosexuels, mais au niveau de la région de Montréal les toxicomanes occupent l'avant-scène. L'enjeu de se diversifier afin de se maintenir dans ce nouveau contexte apparaît alors évident aux yeux de la Coalition et ceci est aussi vrai pour un organisme tel Action Séro Zéro, voué à la prévention auprès des homosexuels.

[124] De l'avis des acteurs, le bien fondé de ce virage procède du constat des limites associées aux mesures préventives déployées dans le cadre de la phase III. La recherche de nouvelles façons d'agir sur le problème de même que l'omniprésence du modèle de promotion de la santé ont incité un virage en ce sens.

processus de sortie, homosexuels prostitués ou UDI et d'autre part, vers des stratégies plus globales qui considèrent les conditions de vie dans lesquelles ces personnes se trouvent. En ce qui a trait aux homosexuels, le MSSS préconise de mettre l'accent sur l'éducation à la sexualité abordée de façon large (incluant l'orientation sexuelle) de sorte à donner du sens aux comportements sécuritaires et à soutenir les groupes dans la défense de leurs droits; afin de rendre l'environnement social plus favorable aux comportements sécuritaires, le MSSS préconise d'appuyer la reconnaissance sociale de l'homosexualité (notamment le statut de conjoint de fait)[125]. Ces mesures sont d'ailleurs inscrites aux *PNSP* (1997). La phase IV est assortie d'un plan d'action (MSSS, 1998) et d'un budget rehaussé à être distribué aux régions socio-sanitaires. S'inscrivant à l'enseigne de la transformation du réseau (régionalisation et partenariat), ces sommes seront attribuées selon les priorités d'action que retiennent les décideurs régionaux afin d'actualiser les orientations de la politique et le MSSS invite ces derniers au partenariat pour le choix et la mise en œuvre de ces actions[126], reprenant ici les principes directeurs des *PNSP*.

En 1999, malgré son repositionnement en unité administrative de la DGSP, le CQCS doit maintenir l'intérêt du MSSS face au VIH/sida et malgré une « chronicisation » du problème. Reprenant les orientations de la phase IV, et particulièrement son virage vers la promotion de la santé, le CQCS produit en 1999 un cadre de référence pour la prévention de la transmission du VIH chez les homo/bisexuels (MSSS, 1999), adressé au réseau et à ses partenaires, réaffirmant que les hommes homosexuels demeurent particulièrement affectés par le sida et qu'il faut notamment favoriser la reconnaissance de leur statut social. C'est sur les objectifs de reconnaissance des droits pour les homosexuels et d'accès aux services que le CQCS focalisera son action en ce qui a trait au virage promotion de la phase IV.

1 L'ÉVOLUTION DU SOCIOGRAMME : UN PARTENARIAT QUI SE DYNAMISE

1.1 Problématisation et intéressement

Avec l'arrivée de la phase IV, disposant d'un budget régional de 1 084 000$ récurrent pour 1998-2002 et d'une marge de manœuvre pour décider des priorités d'action, la DSP procède à une nouvelle planification de l'action préventive (DSP, 1998a), dans le cadre de la planification plus large d'un continuum de services préventifs et curatifs menée par la Régie[127]. Cette planification donne priorité à la continuité des actions efficaces et à la consolidation de l'expertise, le but recherché étant alors de réduire les coûts des actions dans les milieux commerciaux (réduire l'*outreach* dans les saunas et

[125] Dans le même esprit de rendre l'environnement social plus soutenant envers les UDI, le MSSS inscrit à la politique (phase IV) la promotion de l'approche de réduction des méfaits et la documentation de politiques telle la légalisation de l'usage de certaines drogues.

[126] Dans cet esprit d'ouverture au partenariat, la politique de lutte au sida, phase 4, affirme épouser les principes directeurs des PNSP qui appuient justement un renouvellement des pratiques planificatrices des instances publiques en mettant l'accent sur la participation des acteurs sociaux avec lesquels elles entrent en interaction.

[127] Cette planification conjointe de la Régie (DSP et DPC) a été initiée en 1997 et est issue de la consultation auprès de l'ensemble des partenaires réalisée par les régies à la demande du CQCS pour le bilan de la phase III de la politique québécoise en février 1996.

l'intervention auprès des gérants de bars) et d'optimiser les fonds alloués au matériel de protection en tentant de réduire l'accès gratuit aux condoms aux seuls homosexuels connaissant des difficultés d'adaptation ou d'accessibilité à ce matériel. Cette planification ne sera toutefois pas traduite au plan opérationnel, à la faveur d'une vision renouvelée au sein de la ligne administrative de la DSP, sauf sa dimension de contrôle des coûts des condoms dont la mise en place sera tentée, sans succès[128].

La DSP se dote plutôt d'un cadre de gestion du programme de subventions (DSP, 1998b), qui sera remis à jour en 2000 (DSP, 2000), et partant duquel elle sollicitera à nouveau ses partenaires. Le cadre de gestion du programme de 1998 (DSP, 1998b) conçoit l'option B pour les projets ponctuels, où peut figurer le développement, à côté de l'option A, la plus importante, dédiée aux services continus. Ce cadre opérationnel reconduit les termes de la planification stratégique de 1996 et réitère que l'action s'adresse d'abord à trois groupes prioritaires, soit les UDI, les HARSAH et les jeunes en difficulté. Ce cadre établit également des priorités d'action régionales avec lesquelles les demandes de financement doivent concorder, tant dans l'Option A que dans l'Option B. À cet égard, on relève que la DSP exclut désormais nommément les activités de sensibilisation[129]. La DSP y reconnaît la prévalence de l'épidémie parmi les gais et réaffirme les risques liés au relâchement des comportements sexuels sécuritaires vu l'optimisme ambiant observé avec l'arrivée de nouveaux médicaments.

Les critères d'acceptation des soumissions sont reconduits, soit la pertinence, la faisabilité par l'organisme et le potentiel d'impact sur l'épidémie, l'effort d'évaluation (questions et méthodes privilégiées) ainsi que la complémentarité avec les autres organismes agissant auprès des mêmes populations cibles, souscrivant en cela à l'objectif des continuums de services préventifs – curatifs de la Régie. Il est alors demandé aux organismes de faire la preuve, dans leur demande de financement, de leur concertation avec les autres acteurs concernés par le projet présenté[130]. Se dessine ici pour Action Séro Zéro un appel à la concertation avec des organismes intervenant auprès des UDI ou des prostitué(e)s, et une voie de diversification devant les enjeux que soulève pour lui le visage changeant du sida, là où l'homosexualité chevauche la toxicomanie et la prostitution, dans la marginalisation sociale.

Le cadre de gestion du programme de subventions de 1998 (entré en vigueur pour l'année administrative 1999-2000), révèle un contexte ayant évolué dans le sens de rapports plus égalitaires avec les acteurs communautaires. Il stabilise les partenariats en remplaçant la formule des concours annuels ouverts à tous (l'appel d'offres) par une formule de renouvellement des subventions allouées en priorité à des partenaires clés. Un rapport annuel financier et d'activités entériné par le conseil d'administration de l'organisme est demandé, introduisant la reconnaissance de la valeur des instances

[128] La remise en cause de l'universalité du programme d'accès gratuit aux condoms est exprimée non seulement dans la planification de 1998 (DSP, 1998a) mais à plusieurs reprises dans la correspondance à partir de juin 1998 (lettres des 23 juin 1998, 29 décembre 1998, 14 avril 1999, 11 mai 2000 de la DSP à Action Séro Zéro).

[129] Dans la priorisation des actions, il est entre autres stipulé : «*Les interventions centrées exclusivement sur la diffusion d'information ou le développement d'outils ou d'activités de sensibilisation ne seront pas admissibles*» (DSP, 1998b, p. 6).

[130] Le cadre précise que les organismes présentant une demande « *devront se concerter avec les différents partenaires déjà impliqués dans cette problématique en plus d'initier et de renforcer les liens de collaboration avec tout associé susceptible de contribuer au développement et à la réalisation des activités à financer. Cette collaboration devra être démontrée dans la soumission* » (Correspondance, 19 juin 1998).

de contrôle internes aux organismes communautaires. Le mécanisme d'allocation des fonds est reconduit avec le formulaire de demande, évalué par un comité interne à la DSP, qui est précédé de consultations et d'échanges préparatoires entre les répondants et les partenaires (pour l'option A[131]). Cependant, si ce mécanisme interne d'allocation des ressources est assorti d'un mécanisme de révision des décisions de la DSP, il lui confère un large contrôle sur les choix stratégiques. En outre, le cadre de gestion introduit, suite à l'acceptation des demandes, une rencontre avec la DSP sur les dimensions administratives et une autre, dans une optique d'échange, sur le plan d'action. Enfin, ce cadre administratif introduit l'appel d'offres aux cinq ans, assorti d'appels d'offres limités et ciblés pour des populations ou des secteurs géographiques définis, favorisant ainsi la continuité des actions et la consolidation des expertises.

1.1.1 L'évolution de la controverse sur la part du financement ou sur les priorités de la DSP dans les suites de la phase IV

Pendant cette période de consolidation des priorités, devant un budget régional accru[132], la controverse sur la part de financement à être accordée à l'action préventive auprès des homosexuels demeure aussi vive. Le budget séparé destiné à la clientèle UDI en même temps que son accès au fonds régional de prévention du CQCS continuent de nourrir ce débat, au début de la mise en place de la phase IV.

A l'automne 1998, suivant le dépôt de sa demande de financement dans l'option A, Action Séro Zéro sera en effet informé par la DSP d'un financement équivalant à trois postes pour 1999-2000, ce qui s'avère inférieur au statu quo, la subvention de 1998-1999 équivalant à quatre postes et demi. Dans une lettre du 8 septembre 1998, l'organisme exprime son indignation et cherche une révision des visées de rationalisation de la DSP. Il rappelle à la DSP que le travail de prévention auprès de la communauté gaie est loin d'être terminé, arguant qu'il faille plutôt construire sur les acquis et qu'à cet égard, il a démontré depuis sa création en 1994 une capacité à réaliser beaucoup avec peu. Il invoque les nombreuses initiatives qu'il a prises pour mieux comprendre la problématique et mieux intervenir. Il cite en exemple les évaluations de ses interventions (dont certaines sont réalisées avec le concours de la DSP), la réflexion sur les façons de faire, les recherches auprès de la clientèle homosexuelle et la production d'un exercice de planification stratégique. L'organisme estime devoir maintenant raffiner et amplifier son travail pour favoriser le maintien des acquis en matière de pratiques sexuelles sécuritaires, pour faire face à la lassitude de la communauté gaie face à l'usage du condom et face au sida, pour rejoindre davantage les groupes encore peu rejoints (jeunes homosexuels en processus de sortie, homosexuels des communautés ethniques, nouveaux arrivants à Montréal) et les groupes plus réfractaires aux changements de comportements, pour envisager l'impact des multi-thérapies sur la prévention, pour tenir compte de l'ampleur du milieu commercial gai qui place Montréal parmi les capitales mondiales du tourisme gai. D'autres enjeux sont aussi soulignés, telles la transmission de virus résistants aux traitements, la prophylaxie post-exposition sexuelle, sans oublier la récente criminalisation de la transmission du VIH, autant de questions qui appellent un repositionnement de la

[131] Un comité externe d'évaluation est maintenu pour les demandes de l'option B.

[132] Rappelons que l'enveloppe régionale du CQCS a été portée de 640 000$ en 1994 à 1 084 000$ en 1998.

prévention. Aussi Action Séro Zéro sollicite-t-il une rencontre avec la DSP afin de revoir les orientations à prendre et les ressources requises.

Dans son effort pour confronter la position de la DSP, Action Séro Zéro ouvre cette controverse sur la place publique en tenant, le 26 novembre 1998, une conférence de presse intitulée : « *On est écœuré de crever pis on n'est pas des caves : Coupure de 50 % dans la prévention du VIH auprès des gais* ». Devant plusieurs médias montréalais, il explique qu'en 1999-2000 seulement 14 % du montant global attribué à la prévention du VIH/sida pour la région de Montréal sera destiné aux hommes gais alors qu'ils représentent 70 % des personnes vivant avec le VIH[133]. En décembre 1998, la DSP confirmera les trois postes alloués à Action Séro Zéro pour 1999-2000 en spécifiant que ce sous-financement sera compensé par le SOC[134] et en invitant l'organisme à rationaliser ses activités récurrentes dans les milieux commerciaux afin de faire face aux nouveaux besoins. Sans donner suite, du moins formellement, à la lettre du 8 septembre 1998, ni à la conférence de presse, grâce à la disponibilité de sommes non attribuées la première année de fonctionnement (1994-1995) et à une vision renouvelée au sein de la ligne administrative de la DSP, l'instance publique dégagera enfin une issue à cette controverse, estimant, tout comme l'acteur communautaire, que le financement attribué ne reflète pas suffisamment l'ampleur de l'épidémie au sein de la population homosexuelle et qu'en l'absence d'évidences quant aux bénéfices perçus eu égard aux interventions actuelles, et devant une situation complexe où la problématique traverse les différents groupes vulnérables, développer de nouvelles interventions s'avère souhaitable. Des fonds supplémentaires seront ainsi attribués pour le développement face aux nouveaux besoins, ce qui vient répondre aux demandes répétées de Action Séro Zéro. Ce développement se fera vers les jeunes homosexuels (par le biais d'un financement accordé pour un projet de site internet) et vers les communautés ethniques. Action Séro Zéro se verra donc octroyer un financement équivalent à cinq postes, pour l'année 2000-2001, qui s'ajoute au financement de base du SOC. En fait, cette solution advient dans un contexte ayant évolué vers un rapport plus égalitaire avec l'acteur communautaire, tel que nous l'aborderons à la section suivante.

[133] Selon Action Séro Zéro, la Santé publique a retranché annuellement environ 15 % de son budget pour en arriver, après trois ans, à des coupures de 50%. Action Séro Zéro a vu fondre son budget depuis 1996 et voit mal comment il pourra maintenir ses services à l'aube du nouveau millénaire. Il note : « *C'est un retour en arrière, car, au début des années 1990, à peine 10 % des sommes investies en prévention l'étaient auprès de la communauté gaie. Après un travail acharné et bien des efforts, nous réussissions, en 1996-1997, à obtenir environ 23 % des sommes totales investies en prévention. Il est inacceptable en l'an 2000 de revenir au même niveau qu'il y a 10 ans*». Il relève également que le programme d'accessibilité/dépannage de condoms est remis en question. L'un de ses arguments est à l'effet que : « *Alors que l'on parle de virage ambulatoire, de coupures dans les soins de santé, il est insensé de couper dans la prévention d'une maladie encore mortelle. La prévention est encore notre meilleure arme contre le VIH et, surtout, la moins dispendieuse* » (Action Séro Zéro (1998). Conférence de presse : « on est écoeuré de crever pis on n'est pas des caves ». Montréal : Parc de l'Espoir.)

[134] Programme de soutien aux organismes communautaires du MSSS administré par les régies régionales. Dans le cas de Action Séro Zéro, le SOC finance les frais d'infrastructure, d'opération et d'encadrement (lettre du 11 mai 2000 de la DSP à Action Séro Zéro).

1.1.2 Une issue à la controverse sur le rapport entre le planificateur public et l'acteur communautaire

Le cadre de référence pour la gestion du programme de subventions introduit en 1998 et réédité en 2000, témoigne, tel qu'évoqué précédemment, de l'effort de la DSP en vue de construire un rapport plus égalitaire avec ses partenaires. En introduisant l'option A qui renouvelle en priorité les subventions aux partenaires – clés, en réduisant les contrôles administratifs pour les activités récurrentes, en prévoyant une procédure de révision de ses décisions et en introduisant des espaces d'échange sur l'administration de la subvention[135], la DSP rend la ligne administrative moins directive, plus participative, s'harmonisant avec la ligne de soutien professionnel.

Les efforts en vue de réduire ces irritants et, ce faisant, instaurer un rapport plus égalitaire au palier régional sont manifestes à partir de 1999 alors que la DSP invite formellement (dans une lettre du 18 janvier 1999) Action Séro Zéro à un exercice « informel » sur le plan d'action actuel et les perspectives d'avenir, ayant pour but de rechercher un arrimage entre les objectifs et actions des deux organisations. Cette ouverture va dans le sens de la participation des partenaires aux choix stratégiques alors qu'à ce jour, la DSP avait considéré qu'établir les priorités était une prérogative exclusive alors que leur mise en œuvre pouvait être réalisée en partenariat. L'association des organismes partenaires du programme à la planification est aussi manifeste dans une rencontre, tenue en octobre 2000, suite au souhait exprimé par plusieurs, afin de partager collectivement les bilans annuels et échanger sur les préoccupations face à la problématique du VIH/sida, ce qui, tenu sous forme d'ateliers, fait office de bilan participatif des actions réalisées sur le territoire en prévention du VIH/sida, et ce de façon transversale, et collectivement par les acteurs oeuvrant auprès des différentes populations cibles. Cette rencontre se veut aussi une occasion de rapprochement entre les organismes et de consolidation du partenariat, qui aura d'ailleurs des suites dans la tenue de trois rencontres subséquentes pour poursuivre les échanges. La DSP se trouve par là même à assumer un rôle dans la construction du partenariat nécessaire à la complémentarité souhaitée entre les actions, là où se chevauchent les populations-cibles.

Ainsi un espace de dialogue est-il mis en place, où les organismes peuvent contribuer à faire le point sur l'ensemble de l'action et possiblement influencer le sens de l'action dans le domaine de la prévention du VIH/sida. Pour Action Séro Zéro, le financement global pour la reconduction des projets, introduit en 1998-1999, lui laisse une plus grande latitude et sa reconnaissance comme un partenaire dans l'Option A de financement indique que la DSP œuvre à mettre en place un partenariat davantage égalitaire tant en ce qui a trait à la gestion des subventions, qu'à la définition des orientations. Le renouvellement des subventions pour 2001-2002 témoigne de ce nouveau rapport alors que le plan déposé par Action Séro Zéro fait suite à une rencontre entre la DSP et Action Séro Zéro et qu'il comporte un volet continu et un volet exploratoire (lettre du 25 janvier 2001 de Action Séro Zéro à la DSP). Apparaît ici une approche plus dynamique de la planification où le renouvellement de l'action face aux besoins et contextes changeants se conçoit de façon plus

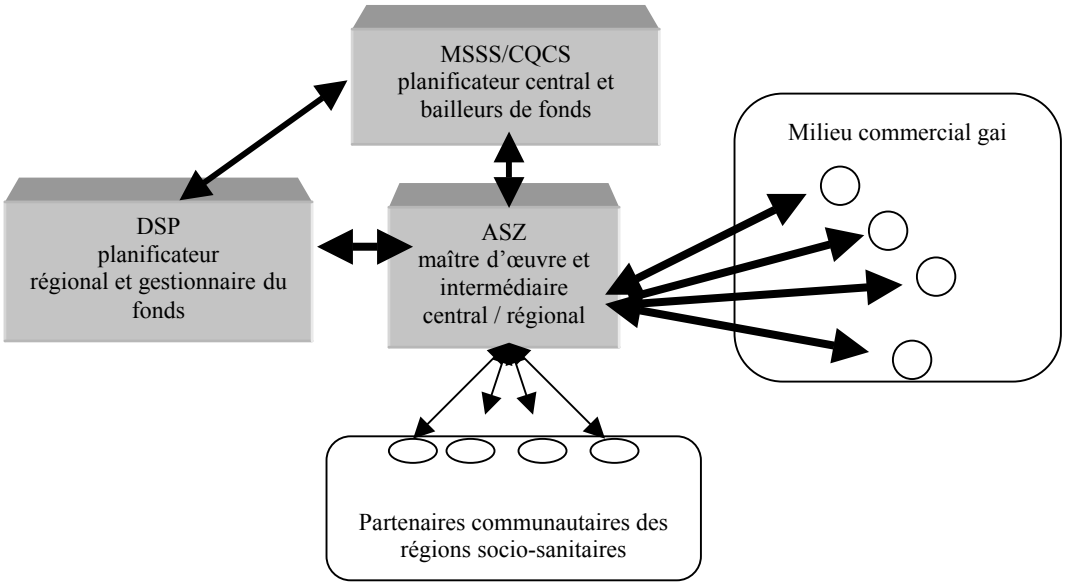
[135] La procédure de renouvellement des subventions pour l'année 2000-2001 annoncée dans la lettre du 2 décembre 1999 inscrit à l'agenda ce mécanisme participatif (lettre du 2 décembre 1999 de la DSP à Action Séro Zéro).

pragmatique et itérative, par l'expérimentation, et où l'input des organismes est accueilli. Cette dynamique prend forme dans une interaction continue entre les répondants clientèle et les organismes communautaires et dans des forums spécifiques (ex : pour les projets en développement et autour des nouveaux besoins).

1.2 L'évolution de l'arrangement entre les acteurs

Avec la phase IV, on assiste à un réel effort des acteurs régionaux afin de trouver des issues aux principales controverses qui les opposent et harmoniser leurs rapports. L'arrangement observé lors de la régionalisation, décrit au moment précédent, s'est modifié sous deux aspects. D'abord dans le rapport entre la planification publique et l'action communautaire. Ensuite par le rayonnement de l'action de Séro Zéro au palier provincial, après entente tripartites entres les acteurs, pour un aspect de l'action préventive, celui de la promotion de l'identité homosexuelle et de la norme sociale de sécurisexe (particulièrement, les projets de marketing social et de site Internet). Ce leadership provincial est accompagné du développement d'un réseau d'organismes communautaires de différentes régions du Québec, soutenu par le CQCS. Quant à la dimension de l'arrangement qui associe le secteur privé, Action Séro Zéro maintient son rôle d'intermédiaire et de traducteur auprès de la DSP. La figure 3 illustre l'arrangement entre les acteurs.

Figure 3
Diagramme de l'arrangement inter-organisationnel
programmes de prévention du VIH chez les hommes gais de Montréal
pour la période entourant la phase IV de la stratégie québécoise de lutte au VIH/sida



À propos du rapport entre le planificateur régional et l'acteur communautaire, on voit apparaître un assouplissement de la ligne administrative et l'ouverture d'espaces d'échange sur les orientations et le bilan de l'action. Quatre transformations indiquent qu'un passage s'est opéré vers un cadre formel de reconnaissance des partenaires. D'abord, avec la phase IV, la DSP transforme le statut des organismes participants en introduisant le renouvellement du financement à des partenaires-clés pour leurs activités courantes (DSP, 1998b, DSP, 2000); deuxièmement, le rapport de contrôle précédemment observé s'est assoupli, tel qu'en témoigne l'allègement des règles de renouvellement et de gestion des subventions qui admettent maintenant un espace de négociation et une procédure de révision des décisions; troisièmement, une dynamique de participation s'est installée entre la DSP et Action Séro Zéro pour l'élaboration de l'action; enfin, la DSP accepte maintenant de jouer un rôle dans l'animation de la concertation régionale non seulement comme elle fait auprès des UDI depuis 1995 mais également entre les acteurs auprès des différentes populations cibles.

De façon concomitante à l'évolution des rapports régionaux, le financement des activités de Action Séro Zéro par le palier provincial pour la conduite de l'action sur les dimensions informatives et identitaires s'annoncera lors de la campagne provinciale de marketing social 1999-2001. Une clarification des responsabilités entre les trois paliers (fédéral, provincial, régional) engagés dans cette action confirmera le rôle du CQCS comme bailleur de fonds. Dans ce contexte, Action Séro Zéro produira du matériel sur une base régionale, dont certains aspects seront repris et diffusés par des acteurs des autres régions[136]. Au départ, Action Séro Zéro s'appuiera sur le réseau provincial que constitue la COCQ-Sida en utilisant son comité de prévention formé de représentants régionaux comme lieu de consultation pour la conception, la réalisation et la diffusion des campagnes de marketing social. A compter de septembre 2000, le CQCS financera la mise en place d'un comité consultatif provincial autonome concernant le marketing social, incluant des groupes sida ainsi que des groupes gais. Ce type de collaboration se poursuivra dans d'autres projets à portée provinciale réalisés par Action Séro Zéro, telles l'animation de son site internet (Rezo) et la réalisation de matériel informatif. Action Séro Zéro étend ainsi le rayonnement de son expertise dans les régions, rayonnement qui se nourrit des acquis développés au fil des ans dans le domaine, mais également qui se fait fort du soutien public.

[136] À ce chapitre, mentionnons que cette clarification des rôles respectifs des acteurs et la reprise par le CQCS du financement des activités de marketing social, au palier provincial, vient institutionnaliser une pratique établie de longue date. En effet, les campagnes de marketing social conçues et diffusées à Montréal par Action Séro Zéro ont successivement bénéficié d'un financement du CQCS pour une diffusion de certaines de leurs composantes (par exemple les affiches) dans d'autres régions du Québec.

2 L'ÉVOLUTION DU TECHNOGRAMME : OÙ LE DÉVELOPPEMENT DE NOUVELLES INTERVENTIONS EST FINANCÉ

À partir de la phase IV et du budget récurrent lui étant associé pour 1998-2002, le technogramme prend un autre air d'allée où, reflétant un partenariat plus dynamique et égalitaire, les activités de Action Séro Zéro sont financées globalement dans l'Option A et se dégage progressivement un espace de développement afin de répondre aux nouveaux besoins. En 1998-1999, le plan d'action de Action Séro Zéro sera reconduit avec un financement global pour les activités dans les bars, les saunas, les parcs et en ateliers. En 1999-2000, en vertu du cadre de gestion introduisant les options A et B, le renouvellement du financement se fera dans l'option A (accent sur la continuité), mais en 2000-2001, apparaît au plan de Action Séro Zéro un volet de développement où la DSP est associée à l'élaboration de l'action en ce qui concerne les gais des communautés culturelles (2000-2001 et 2001-2002). Le projet internet (Rézo) reçoit également un financement de la DSP pour l'année 2001-2002. Émerge, à cette étape, la possibilité d'actualiser des préoccupations transversales aux différents projets, telles des actions ciblant les gais séropositifs. Action Séro Zéro réalise une quatrième campagne de marketing social ayant comme thème les relations entre sépositifs et séronégatifs.

2.1 Les projets continus

2.1.1 Intervention dans les saunas et les bars

De 1998 à 2001, période à partir de laquelle les interventions dans les établissements commerciaux, dans leur forme actuelle, commencent à être remises en question, le promoteur observe en 1999-2000 que de nouveaux investissements sont requis pour actualiser les présentoirs et le matériel d'information. Cette requête sera entendue par le bailleurs de fonds qui, en 2000-2001, dégagera une marge de manœuvre pour cette mise à jour.

Au cours de cette période, la participation des saunas se maintient avec huit établissements[137] qui accueillent aussi l'intervention individuelle de Action Séro Zéro. On relève cependant que la participation, si elle est maintenue, demande à être continuellement renégociée[138]. Action Séro Zéro a augmenté ses heures de présence dans les saunas attirant la clientèle hors Village afin de rejoindre les hommes bisexuels, mariés ou issus des minorités culturelles et l'organisme a distribué dans les saunas du matériel informatif sur la fidélité à la médication destiné aux séropositifs, signe que Action Séro Zéro diversifie son intervention dans ses lieux traditionnels d'action afin de s'adresser aux nouveaux besoins.

[137] Ce sont : le St-Hubert, le St-Marc, le Millenium, le 5018, le 456, le Centre Ville, l' Oasis, le S. D. P.

[138] Par exemple, la présence de l'organisme, occupant gratuitement une chambrette à des heures de fort achalandage, l'affichage et les présentoirs d'information sont périodiquement à renégocier.

Intervention dans les saunas

En 1998-1999

- Présence dans six saunas.
- Deux saunas additionnels, situés à l'extérieur du Village, participent au programme.
- Maintien des acquis (matériel informatif et préventif) / environ 325 000 condoms distribués.
- 409 interventions ont été réalisées.
- Développement de nouvelles interventions. Ex. : semaines thématiques sur sujets spécifiques.

En 1999-2000

- Présence dans huit saunas.
- Huit saunas accueillent l'intervention individuelle.
- Maintien des acquis (matériel informatif et préventif) / environ 325 000 condoms distribués.
- 534 personnes ont été rencontrées pour un total de 680 interventions.
- Développement et diffusion de nouveau matériel informatif.

Quant au réseau de bars et établissements d'hébergement participants, il se maintient à 13 bars, trois centres de jour, un restaurant et un hôtel. Au total, 144 150 condoms y ont été distribués en 1999-2000, ce qui est 14 fois plus qu'en 1995 pour un nombre comparable de bars (14 bars en 1995). L'accueil toujours favorable des bars aux activités diverses que Action Séro Zéro y réalise témoigne du maintien de leur appui. En même temps, la diversité des activités réalisées témoignent de la vitalité de l'intervention de Action Séro Zéro, qui incarne le renouvellement dans la continuité. L'intervention individuelle, qui dure en moyenne 15 minutes par personne, s'y poursuit avec 180 interventions réalisées en 1999-2000. Des campagnes d'affichage ont été réalisées dans les bars en même temps que dans les saunas[139].

[139] Ces affiches visaient à sensibiliser les clients des saunas sur les pratiques sexuelles à risque : le sexe oral, la pénétration anale, le « rimming », être jeune et en couple.

Intervention dans les bars

En 1998-1999

- Maintien des acquis / 17 établissements participants / 146 150 sachets de condoms distribués.
- Activités ponctuelles de masse / présentation de spectacles sécurisexe et présentations visuelles (vidéos, diapositives, affiches, etc.); présence accrue de Madame Condom (mascotte Action Séro Zéro); pour la période plus d'une quinzaine d'activités sont réalisées dans différents bars, dont une grande partie des kiosques, composés de dépliants, d'affiches, de dildos et d'une variété de condoms.
- Maintien de l'intervention individuelle; 135 interventions ont été réalisées, dont 20 auprès de barmans.
- On maintien le travail auprès des Hôtels et Bed & Breakfast du secteur gai de Montréal.

En 1999-2000

- Maintien des acquis / 18 établissements participants / 144 150 condoms distribués.
- 180 interventions individuelles.
- Activités ponctuelles : intervention auprès des jeunes de moins de 25 ans au bar Unity; campagne de financement dans les bars et restaurants du Village gai; distribution de matériel dans 15 Bed & Breakfast du Village gai (activités visant les touristes); distribution de plus de 1 750 billets d'avion (matériel d'information destiné aux établissements d'hébergement, incluant condoms et lubrifiant); activité Wild & Wet réalisée au CEPSUM de l'Université de Montréal, incluant la production d'une affiche ayant pour thème « Un condom avec lui ou des pilules à VIH?/Condoms tonight instead of pills for life? »; projections de messages sécuritaires se rapportant aux drogues et pratiques sexuelles sur écran géant dans des salles de danse; installation d'affiches sur le sécurisexe dans les salles de bains; levée fond effectuée par Action Séro Zéro, avec l'aide de la mascotte Madame Condom; participation à l'événement Divers/cité (kiosques dans les bars, montage et projection de cassettes à message préventifs, projection de diaporama, etc.).
- Maintien du travail auprès des Bed & Breakfast de Montréal.

2.1.2 Intervention dans les parcs

À partir de l'été 1998, le nombre d'interventions réalisées auprès des usagers des parcs diminuent, avec 441 interventions en 1998 et 217 interventions en 1999[140]. Enfin, on observe à l'été 2000 une saturation du milieu[141].

[140] Action Séro Zéro relève que le projet parcs de l'été 1999 s'est plus ou moins bien déroulé. On note : « *Personne n'a précisément été nommé en charge du projet au départ, si bien que les mêmes tâches reliées au projet ont incombé à différentes personnes au cours de l'été. Les vacances des employés de l'équipe Milieux ont été prises en début de projet. De plus, un des intervenants a dû prendre un congé de maladie. Cela a eu pour conséquence que peu de support était disponible pour les étudiants, les bénévoles et les intervenants* » (Action Séro Zéro (2000). Rapport Santé publique Projet milieux et Ateliers 1999-2000. Montréal : Action Séro Zéro).

[141] Action Séro Zéro (2001). Rapport d'activités 2000-2001, présenté à l'assemblée générale annuelle. Montréal : Action Séro Zéro, 18 p. En ligne. <http://www.sero-zero.qc.ca/RapAnn2001.pdf>. Consulté en septembre 2001.

Intervention dans les parcs

En 1998

- 441 interventions ont été réalisées dans quatre parcs.
- Distribution de 213 sachets de condom et lubrifiant / 130 dépliants.
- Trois bénévoles, un intervenant et deux étudiants[142] réalisent l'intervention.
- On continue de couvrir le terrain par équipe de deux.

En 1999

- 217 interventions réalisées dans quatre parcs.
- Un intervenant, deux étudiants et des bénévoles.

2.1.3 Le projet Ateliers

Intervention en ateliers

En 1998-1999

- Trois sujets d'ateliers ont été offerts (condom, affirmation de soi et estime de soi), ainsi qu'un atelier sur les couples sérodiscordants réalisé à titre expérimental en collaboration avec la COCQ-Sida.
- 17 groupes ont été réalisés, rejoignant environ 120 personnes.
- L'étude réalisée en collaboration avec l'UQAM et la DSP permet de tracer un portrait de la clientèle fréquentant les ateliers[143].

En 1999-2000

- Quatre nouveaux objectifs visant certains cofacteurs de prise de risque ont été ajoutés au programme, soit : 1e offrir des groupes sur l'estime de soi en anglais; 2e soutenir les individus dans leurs réseaux sociaux; 3e améliorer la communication auprès des couples sérodiscordants; 4e soutenir la communication auprès des couples. Deux nouveaux ateliers, Mes relations avec les autres et Ma sexualité[144], cherchent à répondre à ces nouveaux objectifs.
- Huit sujet d'ateliers ont ainsi été offerts au programme : Estime de soi, Affirmation de soi; Mes relations avec les autres, Ma sexualité Ma sexualité séropositive. Un autre atelier s'adressant aux anglophones : Self-Esteem, a également été offert. Les nouveaux ateliers, portant sur les couples sérodiscordants et sur la communication dans le couple n'ont cependant pas eu lieu, faute de participants.
- 21 groupes ont été réalisés, rejoignant 152 participants, alors que 220 personnes avaient été rencontrées en entrevue de sélection[145].
- Ces ateliers ont été préparés et co-animés par deux intervenants de Action Séro Zéro et par six bénévoles qui ont été sélectionnés en vertu d'une procédure standardisée. Les intervenants sont supervisés par un psychologue du Centre Dollard-Cormier (2 heures aux 6 semaines).

En 2000-2001

- Cinq sujets d'ateliers sont offerts : Estime de soi, Affirmation de soi, Mes relations avec les autres, Mon nouvel âge, Ma sexualité.
- 24 groupes d'ateliers ont été données, à un total de 187 inscriptions.
- Pour la première des rencontres ont été offertes, s'adressant à 22 personnes, dont neuf vivant en couples sérodiscordants.
- L'atelier *Mon nouvel âge* a été créé cette année par un intervenant et un bénévole, s'adressant aux personnes gaies de 45 ans et plus, suivant en cela les recommandations du rapport d'activités de l'année précédente[146].

[142] Ces deux étudiants ont pu être embauchés grâce au programme d'employabilité pour étudiants (durée de 9 semaines).

2.1.4 Une quatrième campagne de marketing social : Campagne provinciale de prévention auprès de la communauté gaie du Québec 1999-2001

S'étalant sur 2 ans (1999-2000 et 2001-2002), cette campagne de marketing social vise à informer le public, et en premier lieu les homosexuels, sur des thèmes en émergence liés à la prévention et à contribuer à la création d'un environnement propice à l'adoption et au maintien d'une vie sexuelle saine et sécuritaire. Ces thèmes sont la communication interpersonnelle, les nouveaux gais et les rapports entre séronégatifs et séropositifs.

En 1999-2000, au nombre des activités réalisées, mentionnons un déjeuner de presse avec les représentants de six médias gais (incluant le journal Voir), où l'on présente la prochaine campagne et les activités de Action Séro Zéro; cinq groupes de discussion tenus dans différentes régions du Québec pour valider les concepts et outils (deux affiches sur les deux premiers thèmes, des cartes postales, des publicités destinées aux médias gais ainsi que la rédaction de trois textes sur le thème de la communication interpersonnelle). Le lancement de la campagne provinciale a été fait le 2 mars 2000, en présence d'une centaine de personnes, où les outils du premier thème furent présentés et les affiches distribuées parmi les groupes sida à travers le Québec, dans les RRSSS, dans certaines cliniques médicales de Montréal, dans les bars, les saunas, etc. On distribue également 12 000 cartes postales dans des restos et bars du Village gai et du Plateau Mont-Royal. De plus, une soirée d'improvisation est réalisée au bar Unity, ciblant les 18–35 ans, sous le thème de la communication interpersonnelle. Il y a aussi la réalisation, en version française et anglaise, d'un dépliant sur le sexe oral et la transmission du VIH, distribué à plus de 10 000 exemplaires dans les groupes sida, les CLSC, les RRSSS, dans certaines écoles, dans les bars, etc. Action Séro Zéro a aussi préparé une publicité et un texte sur le sécurisexe pour le Guide gai du Québec et un dépliant sur les vaccins anti-VIH. Il semble que cette campagne, du moins durant sa première année de réalisation, ait rejoint les groupes ciblés, à savoir les

[143] On y rapporte que l'âge moyen des participants aux ateliers Estime et affirmation de soi se situe autour de 40 ans, que la grande majorité de cette clientèle réside à Montréal, que sa langue maternelle est le français, que plus de 50% des participants ont un niveau de scolarité universitaire, que 40% a un revenu dépassant le seuil du 20 000$ et que 75% de cette clientèle est célibataire et que plus de 15% des participants ont des enfants. Également au nombre des difficultés vécues par les participants, on relève le deuil (54%) et la connaissance d'un ami ou amant vivant avec le VIH (25%). D'autres difficultés sont rencontrées : dépendance affective (71 %), peine d'amour (66%), état compulsif (61%), problème de couple (44%), idées ou tentatives de suicide (43%) (Action Séro-Zéro (mars 1999). Rapport d'activités final 1998-1999. Projet no. 35 : Demande intégrée. Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre. Montréal : Action Séro Zéro.).

[144] Ces deux nouveaux ateliers ont été donnés avec les deux intervenants de Action Séro Zéro pour pouvoir les évaluer et les modifier en cours de route. Dans son rapport d'activités, Action Séro Zéro explique : « *La décision d'offrir de nouveaux ateliers est fondée sur notre expérience de 1998-1999. Nous savions de par notre expérience des ateliers d'estime et d'affirmation de soi, que la sexualité devait être abordée de manière la plus large possible soit : que les participants identifient leurs besoins, qu'ils puissent distinguer les différences entre les besoins sexuels et les besoins affectifs, ce qui les amènera à se questionner sur les possibles relâchements sécuritaires de leur sexualité. Nous l'avons adapté pour l'adresser aux personnes séronégatives en nous fondant également sur les résultats de la Cohorte Omega : plusieurs rencontres de cet atelier questionnent les participants sur les cofacteurs de risque* » (Action Séro Zéro (juin 2000). Rapport Santé publique. Projet milieux et Ateliers 1999-2000. Montréal : Action Séro Zéro, p. 3).

[145] L'annonce de la tenue des ateliers s'est faite par des dépliants et des publicités dans les journaux gai Fugues et RG, dans l'hebdo montréalais Voir. Egalement des envois postaux ont été faits à l'Androgyne (librairie gaie), la Cohorte Omega et à tous les anciens participants des ateliers. Il semble que, parmi ces moyens, le Fugues, le Voir et les amis soient les principales sources de recrutement des ateliers.

[146] Les thèmes abordés dans cet ateliers sont les suivants : Comment vieillir dans une communauté qui privilégie la jeunesse ? le regard de l'autre sur soi et le regard que l'on a envers soi-même, les risques en lien avec la sexualité, ma place dans la communauté, l'isolement et le réseau social.

groupes sida (membre de la COCQ-Sida), les groupes gais du Québec, les médias gais, et les hommes gais et bisexuels ayant une certaine proximité avec les milieux commerciaux.

En 2000-2001, la diffusion du deuxième thème élaboré lors de l'année précédente : *Prends ta place* a eu lieu ainsi que la diffusion des outils complémentaires (dépliants) lui étant associés : *Sortir* et *J'ai quelque chose à te dire*. Ces deux dépliants ont ainsi été produits en 10 000 exemplaires. Des placements médiatiques ont été réalisés dans des revues gaies (Fugues, RG) tout au long de l'année en lien avec ce thème, à Montréal comme en région (Abitibi, Estrie, etc.). Au cours de cette période, le troisième thème *C'est quoi ton signe?*, lien entre séropositifs et séronégatifs, a été élaboré et une affiche a été conçue. Une évaluation de cette campagne a également été réalisée.

2.2 De nouveaux projets

Le développement étant désormais possible, deux nouveaux projets recevront une partie de leur financement de la DSP et en 2000-2001et en 2001-2002 un projet auprès des homosexuels des communautés culturelles est financé. En 2001-2002, de façon ponctuelle et non-récurrente, un projet de site internet (Rézo). De plus, la prévention dirigée vers les gais séropositifs est désormais prise en compte dans divers projets d'Action Séro Zéro (saunas, ateliers, marketing social), ce qui lui permet de mieux coller à la réalité et aux nouveaux besoins[147].

2.2.1 Le projet des communautés ethnoculturelles

Le projet des Communautés ethnoculturelles a été mis sur pied en juin 2000. À la base, il consiste à identifier les besoins des personnes gaies et des HARSAH de ces communautés en ce qui a trait à la prévention du VIH/sida et à développer progressivement des activités pour y répondre, en collaboration avec les groupes gais et les organismes qui desservent les populations ethnoculturelles. Un autre aspect du projet consiste à faire de la sensibilisation ethnoculturelle auprès de la communauté gaie et, inversement, à faire de la sensibilisation gaie auprès des communautés culturelles. À ce chapitre, la DSP accorde un financement d'une année (2000-2001), reconduit en 2001-2002, équivalent à un poste. Par ailleurs, le CQCS finance la production de matériel nécessaire à la mise en œuvre.

[147] Si la DSP)et Action Séro Zéro sont tous deux d'avis qu'il faille intervenir en ce sens, la façon d'intervenir sur le problème est présentement discutée.

2.2.2 Le projet de site internet (Rézo) www.sero-zéro.qc.ca

Le projet a pour objectif de rejoindre une clientèle que les autres services de Action Séro Zéro n'atteint pas. La population des 25 ans et moins est particulièrement visée. Le projet permet de transmettre de l'information sur la prévention du VIH et des MTS, de même que de l'information sur la santé en général. Il s'agit également de contribuer à briser l'isolement, de favoriser l'acceptation de soi, de démystifier l'homosexualité et d'offrir un service de références. Des liens sont faits avec les autres activités de Action Séro Zéro, notamment la *Campagne provinciale de prévention auprès de la communauté gaie du Québec 1999-2001*, et les ateliers de Action Séro Zéro sont adaptés pour une utilisation des contenus par voie virtuelle, supervisée par un animateur. Si ce projet est de nature provinciale, financé par le CQCS et Santé Canada, la DSP le supporte également, en finançant un poste pour une année (2001-2002)[148].

[148] Pour la DSP ce projet contribue à rejoindre la population des jeunes homosexuels, ce qui est apparu comme l'une des justifications à l'appui de son financement.

Tableau 3
MATRICE DE LA DYNAMIQUE PROCESSUS – RÉSULTAT DES PROJETS DE ACTION SÉRO ZÉRO

Processus de structuration du programme				**Niveau de qualité des programmes**	
Sociogramme			**Technogramme**		
Problématisation / intéressement	**Controverses /convergences**	**Arrangements inter-organisationnels**		**Réseau : force et entraînement**	**Solidité/ ancrage/ viabilité**
Contexte d'émergence des programme de 1990 à 1992				Réseau public – communautaire – privé ♦ (+) stabilisation du partenariat public – communautaire à l'assise du réseau / accès aux fonds publics ♦ (+) SZ acteur pivot du réseau ♦ (+) saturation du réseau d'établissements commerciaux ♦ (+) maintien et renouvellement du réseau par l'action intermédiaire de SZ	**Ancrage :** (+) acceptation aux yeux des gérants de commerce et des clients (+) participation et utilisation élevées des services (+) satisfaction élevée des participants (+) renouvellement continu des activités promotionnelles (+) dynamique identitaire dans l'intervention **Solidité :** Approche multi-factorielle, multi-stratégiques, multi-lieux : ♦ (+) consolidation : systématisation de la protection ♦ (-) développement : dimension identitaire moins investie/ ♦ groupes non rejoints et nouveaux besoins non répondus **Viabilité :** (+) indication de contribuer à l'usage du condom (-) couverture limitée (+) cumul d'évidences indirectes quant à l'efficacité dont : - pas de recrudescence observée de l'infection à Montréal à ce jour.
Problématisation mobilisatrice du CQCS / création d'un OC pour la prévention : ♦ CQCS instigateur + interlocuteur au sein de l'État ♦ appartenance communautaire de l'OC ♦ initiative laissée à l'OC pour élaborer problème/solution –approche pragmatique	**Controverse :** contestation de l'inaction gouvernementale par la communauté gaie **Convergence :** autour de la nécessité d'une action terrain / reconnaissance de la pertinence des initiatives de SZ pour l'action dans les lieux de socialisation gais	Création conjointe de SZ par le CQCS et les intervenants du milieu (par la voie du C-Sam) Arrimage public-communautaire, central-local : ♦ CQCS, instigateur et bailleur de fonds ♦ SZ, maître d'œuvre de l'action ♦ reconnaissance des savoirs comm. par leCQCS	♦ Activités de sensibilisation dans le Village gai		
1e moment : L'actualisation de la phase III et la régionalisation de la santé publique : de 1992 à 1997					
DPC (1992-94): Intéressement technocratique par appel d'offres pour des projets ponctuels Mécanisme interne d'évaluation + allocation / 1993-94 : comité externe / non participatif **DSP** (1994-97) : Intéressement technocratique des partenaires par appel d'offres / Approche rationaliste de la planification / Évaluation par un comité externe / non participatif / Problématisation plus dvpée envers UDI / Répondant – médiateur HSH créé tardivement à la DSP (1996) **SZ** (1992-97) : Programmation globale, approche pragmatique et itérative de dvp de l'action ♦ vision gaie : affirmation identitaire + protection ♦ vision promotion de la santé Intéressement /enrôlement de commerces gais par SZ / Satisfaction des intérêts marchands Mobilisation de SZ et de la DSP autour de l'évaluation	1992-1994 : Aucune controverse / univers technocratique / Soutien des bailleurs de fonds féd. et prov. à l'approche locale et comm. / consolidation de l'OC **1e Controverse** : Confrontation de deux approches d'élaboration et de gestion de l'action : ♦ technocratique et rationaliste, selon les paramètres de la planification de la santé et de la gestion par projet, pour DSP ♦ pragmatique et itérative, vision globale et intégrée, pour SZ **Résolution** : Spécification de l'action, par SZ, en vertu des paramètres de la planif. de la santé / Identification de 3 clientèles prioritaires, dont les HARSAH en 1996 / Recevabilité par la DSP de demandes intégrées / Ajout d'un soutien professionnel - médiateur à la DSP / Financement global et décloisonnement de l'action en 1997 **2e Controverse** : Part relative des fonds CQCS aux homosexuels et aux UDI ♦ Selon la DSP : l'épidémie est maintenant galopante chez les UDI / situation potentiellement explosive pour la pop. ♦ Selon SZ : les homosexuels constituent la plus grande proportion des pers. atteintes (potentiel actuel d'explosion) **Résolution** :Controverse prolongée au 2e moment	Réseau public – communautaire –privé ♦ SZ en intermédiaire entre les établissements privés ♦ SZ en traducteur des intérêts privés auprès de l'acteur public ♦ SZ en intermédiaire entre les acteurs privés et l'acteur public Rapport public – communautaire : ♦ revendication communautaire vs contrôle technocratique et administratif (ligne administrative) tempéré par un rapport + égalitaire entre les savoirs (ligne de soutien professionnel)	Partie routinisée : ♦ projets saunas (depuis 1992), bars (1994), parcs (1995), (accent sur la promotion des moyens de protection) ♦ projet atelier (1994) (dimensions identitaire individuelle et protection) Partie en renouvellement constant dans la continuité : ♦ activités de sensibilisation et de promotion dans les commerces et dans le milieu gai (dimension identitaire collective et protection) ♦ campagnes successives de marketing social : 1993, 1995, 1997, 1999-2001 - provinciale dès 1993 (dimension identitaire collective et protection) Évaluation des différents projets / Initiative de SZ Retard du développement vis-à-vis nouveaux besoins/ développement vers jeunes et comm. ethniques en 2000-01		

2e moment : la phase IV et l'ouverture à la participation, à partir de 1998					
Ouverture de la DSP à la participation : ♦ Statut de partenaires – clés : renouvellement du financement des actions continues en remplacement de l'appel d'offres annuel ♦ Admet les rapports financiers et d'activités entérinés par le CA des organismes ♦ Consultations /échanges répondant/partenaire préparatoires au dépôt des demandes ♦ Échanges sur l'administration et le plan d'action suite à l'acceptation des demandes ♦ Communication continue répondant DSP - organisme /forums spécifiques Priorités établies par la DSP en tenant compte des priorités de SZ: continuité et développement Mécanisme interne d'allocation : choix stratégiques et grands arbitrages.	**Résolution de la 1e controverse** : La DSP rend la ligne administrative moins directive et introduit un espace de co-construction de l'action. **Résolution de la 2e controverse** : Accroissement par la DSP du financement alloué à SZ en 2000-01 et en 2001-2002, après l'avoir réduit en 1999-00 en de ça de ce qu'il était en 1998-99.	Rapport de coopération plus égalitaire entre SZ et DSP ♦ stabilisation des partenariats par le renouvellement annuel des subventions ♦ reconnaissance de l'autonomie adm. des OC ♦ allègement du contrôle administratif / mécanisme participatif ♦ médiateur à la DSP ♦ approche + pragmatique et + itérative d'élaboration de l'action/ processus participatif ♦ DSP animateur de la concertation Concertation centrale- régionale- locale sur le marketing social			
OC : organisme communautaire; SZ : Action Séro Zéro; qq : quelques uns; dvp : développement; comm. : communautaire; HSH : Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes.					

CHAPITRE VII : APPROCHES PLANIFICATRICES ET PARTENARIALES ET QUALITÉ DES PROGRAMMES

Les chapitres V et VI ont été consacrés à tracer le portrait des pratiques planificatrices et partenariales ayant donné lieu au développement et à la consolidation de l'intervention préventive du VIH/sida destinée à la population homosexuelle. Le chapitre VII est consacré au niveau de qualité des programmes, que l'on cherche à expliquer par les processus mobilisés. Tel que spécifié au chapitre consacré au cadre théorique et méthodologique, les programmes sont compris ici autant dans leur dimension sociale, c'est-à-dire leurs réseaux d'acteurs, que dans leur dimension technique, soit leurs réalisations. Et la qualité des programmes est décrite par quatre critères qui s'intéressent autant à des résultats opérationnels ayant trait aux processus mobilisés, soit la force du réseau, l'ancrage et la solidité du modèle d'action, qu'à des résultats socio-sanitaires, soit la viabilité de la solution.

L'explication cherche ici à mettre en rapport les dimensions antécédentes du processus de structuration des programmes, que nous avons articulées suivant une chronologie découpée en deux moments, autour des concepts de sociogramme (problématisation et intéressement, résolution des controverses et arrangements de coopération) et de technogramme, avec leurs attributs de qualité. La matrice qui précède au tableau 3 rassemble ces éléments.

1 LA FORCE D'ENTRAÎNEMENT ET LA SOLIDITÉ DU RÉSEAU

La force d'entraînement du réseau réfère à la capacité des promoteurs du programme de rallier les acteurs stratégiques et névralgiques pour son développement, compte tenu des différents secteurs concernés par le problème. La solidité du réseau réfère quant à elle à sa dynamique interne, à sa capacité de se reproduire pour soutenir dans le temps la poursuite de l'action.

Le réseau, tel qu'on le décrivait aux chapitres précédents, est caractérisé par un arrimage public – communautaire – privé autour de la finalité de la prévention du VIH dans la population homosexuelle, où Action Séro Zéro agit en intermédiaire entre les établissements privés, en traducteur des intérêts privés auprès de l'acteur public et en intermédiaire entre le public et le privé. Ce réseau est caractérisé par la stabilisation du partenariat entre les acteurs public et communautaire, et par une certaine saturation du réseau d'établissements commerciaux.

L'histoire du cas ne montre pas de rallongement du réseau dans le milieu communautaire ni du côté des établissements publics, Action Séro Zéro étant pratiquement le seul acteur communautaire mobilisé et l'acteur pivot du réseau alors que le partenariat entre ce dernier et la DSP en constitue l'assise. L'histoire du cas ne témoigne pas non plus d'acteurs stratégiques et névralgiques au développement du programme qui n'auraient pas été mobilisés. Du côté de l'association du milieu

commercial gai, on retient qu'elle a atteint vers 1995 sa vitesse de croisière[149]. Il arrive que des commerces sollicitent Action Séro Zéro pour accueillir ses activités, et, dans ce cas, l'organisme donne suite à la demande. L'organisme estime cependant dans son rapport 2000, qu'il couvre la majeure partie des endroits commerciaux fréquentés par les gais. Cela témoigne de la force d'entraînement du réseau.

Quant à la solidité du réseau, la stabilisation du partenariat entre la DSP et Action Séro Zéro en témoigne. Du côté de la collaboration du privé, un effort constant de Action Séro Zéro est consenti au maintien et au renouvellement du réseau. Certaines des conditions de la collaboration des commerces, telles que décrites dans les évaluations (Morrison, 1996; Dupont et al., 1997), semblent plus favorables à la solidité du réseau et d'autres moins. Par exemple, on notait dans l'évaluation du projet sauna (Morrison, 1996) que les établissements acceptent de contribuer au financement[150] du programme, de tenir des rencontres de gestion, de même que des rencontres informelles fréquentes avec le personnel qui accepte de s'impliquer dans sa propre formation, dans la réalisation d'activités promotionnelles ou dans la manutention du matériel de protection. Le niveau d'investissement des bars semble moindre (Dupont et al., 1997), le partenariat étant limité à l'accessibilité des lieux pour l'installation des présentoirs et boîtes à condoms. Bien qu'on relève qu'ils facilitent également dans leurs établissements, la conduite d'activités d'autofinancement réalisées par Action Séro Zéro, l'évaluation (Dupont et al., 1997) menée auprès des gérants / propriétaires montre qu'ils ne sont pas disposés à investir davantage dans le programme. Une activité leur paraît essentielle, celle de la distribution des condoms dans leur établissement. Par conséquent, maintenir le réseau repose quasi entièrement sur Action Séro Zéro, ce qui veut dire les négociations répétées de la participation des nouveaux propriétaires / gérants ou employés, et autour des installations, suivant la mouvance du milieu, et le renouvellement des activités afin de maintenir l'intérêt de la clientèle et des propriétaires, et pour tenir compte de l'évolution des us et coutumes de la communauté[151]. Il faut retenir ici que la mobilisation et l'animation d'un réseau est un travail qui n'est jamais terminé. Action Séro Zéro soutient dans son rapport 2000 (Action Séro Zéro, juin 2000) que si les campagnes de financement et les diverses activités organisées montrent un contact favorable avec le milieu, il lui faut assurer une présence constante pour garder sa visibilité et maintenir sa crédibilité. Cela montre que le réseau est solide dans la mesure où Action Séro Zéro s'active à le maintenir.

[149] Rappelons qu'au début de l'initiative, en 1992, cinq saunas s'étaient associés activement à Action Séro Zéro; en 1996, ils étaient six et en 2000, ils étaient huit. À ces partenaires actifs et stables s'ajoutent la participation de l'ensemble des autres saunas de l'île de Montréal à la distribution de matériel de prévention (condoms, lubrifiant) (Action Séro Zéro, 7 juin 2000). Du côté des bars, en 1995 le réseau comptait 14 bars participants, ce qui fut plus ou moins maintenu (13 bars en 2000) alors que se sont ajoutés progressivement, de 1998 à 2000, 3 centres de jour, 1 restaurant 24 heures/24 heures et 1 hôtel (rapports d'activités de Action Séro Zéro 1997, 1998, 1999, 2000).

[150] Notamment, les saunas assument le coût du condom remis gratuitement à l'admission des clients (coût qui peut être évidemment inclus au prix de l'admission). Aussi, les 14 saunas de l'île de Montréal ont contribué financièrement, en 1995, à la production d'une affiche de prévention destinée à leurs établissements.

[151] L'investissement est ici considérable puisque l'effort de maintien et de renouvellement du réseau représente une tournée bi-hebdomadaire des établissements commerciaux.

La solidité du réseau repose donc fortement sur l'effort renouvelé de Action Séro Zéro, lui-même tributaire de fonds publics. Là réside à la fois la force et la fragilité du réseau. La solidité du réseau d'établissements commerciaux gais mobilisés dans la lutte au sida repose essentiellement sur la disponibilité de fonds publics pour supporter l'organisme qui les mobilise et anime le réseau. Le retrait ou la réduction du financement public actuel entraînerait vraisemblablement un effondrement du réseau puisqu'il n'existe à ce jour aucun lien de collaboration entre les établissements commerciaux qui permette d'entrevoir un engagement accru de leur part dans le programme. Ils partagent plutôt la conception que la prévention du VIH est de responsabilité publique (Dupont et al., 1997).

Mais à quoi tiennent la solidité et la force d'entraînement de ce réseau?

L'histoire du cas montre que la stabilisation du partenariat DSP - Action Séro Zéro tient à ce que leur collaboration représente, pour l'un et l'autre acteur, un passage obligé pour la réalisation de leur mission respective : la DSP ne peut réaliser une intervention préventive auprès de la communauté gaie sans s'associer Action Séro Zéro et ce dernier peut difficilement porter la cause préventive dans sa communauté sans l'accès à des fonds publics, ici, les fonds du CQCS gérés par la DSP. La solidité de la collaboration public-communautaire tient ainsi à la satisfaction des intérêts respectifs des deux acteurs. La solidité de l'assise public – communautaire du réseau aura été renforcée par la transformation des pratiques planificatrices et partenariales de la DSP qui, au deuxième moment, introduit le renouvellement du financement des projets continus sans appel d'offres et différents mécanismes de participation, notamment aux choix stratégiques.

Si la collaboration public – communautaire apparaît être une force du réseau, la participation des propriétaires/gérants d'établissements commerciaux apparaît tout aussi nécessaire à la réalisation de l'action sur le terrain. De ce côté, quelles que soient les conditions de maintien du réseau, on retiendra qu'elles doivent être rencontrées pour que soient satisfaits les intérêts marchands. À cet égard, on retient des évaluations l'opinion favorable des propriétaires / gérants envers les activités réalisées dans leurs établissements, envers la crédibilité de Action Séro Zéro et le soutien reçu, somme toute, sur l'efficacité de leur collaboration avec Action Séro Zéro. L'opinion favorable des propriétaires / gérants de commerces témoigne de la satisfaction des intérêts marchands qui, elle-même, assure la solidité du réseau. D'une part, la force d'entraînement du réseau tient à l'intérêt des commerces d'y être associés et, d'autre part, le maintien dans le temps d'un rapport coûts / bénéfices avantageux pour les commerces assure le maintien des alliances et la solidité du réseau.

La solidité du réseau, qui tient de la satisfaction des intérêts marchands, tient en fait du rôle qu'y joue Action Séro Zéro en intermédiaire entre les établissements commerciaux, et entre ces derniers et les instances publiques pour l'accès aux fonds. Action Séro Zéro agit en intermédiaire en maintenant vivant le programme dans chaque établissement privé. C'est ce qui constitue le réseau dont la solidité est favorisée par la qualité de l'action intermédiaire de Action Séro Zéro. À cet égard, la crédibilité que l'organisme a su se donner à travers les années par la rigueur de sa démarche et sa présence continue et systématique dans les établissements pour animer, administrer, ajuster et renouveler le programme, de sorte à maintenir l'intérêt de la clientèle et des commerces, caractérisent la dynamique

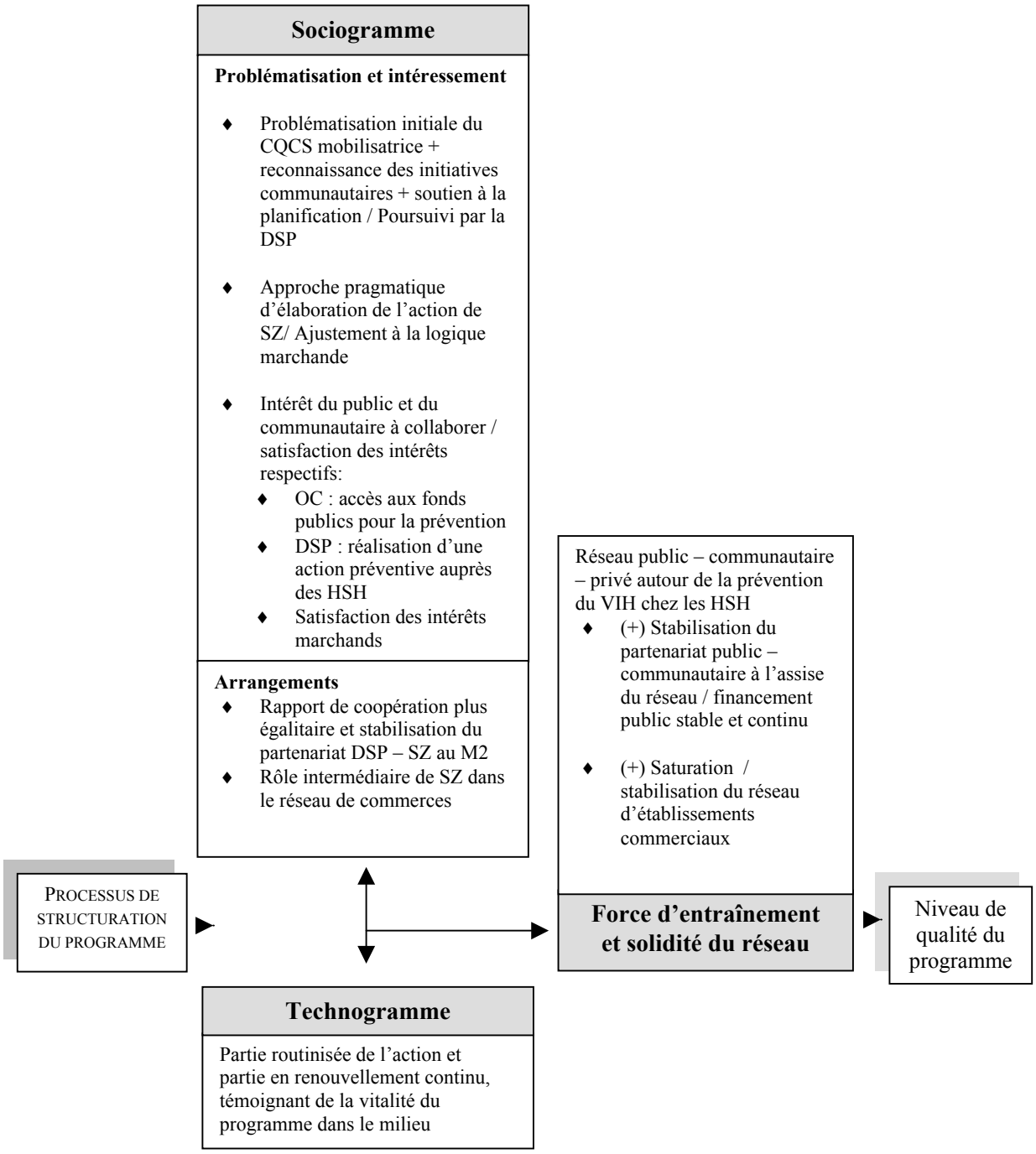
du réseau que Action Séro Zéro a tissé et entretient avec le milieu commercial gai. La figure 4 illustre ces éléments.

Cet effort de réseautage de Action Séro Zéro parmi le milieu commercial gai a été encouragé et soutenu dès ses débuts par le secteur public. Le CQCS, par l'approche mobilisatrice de sa problématisation initiale au tournant des années 1990, et par sa reconnaissance des initiatives et savoirs communautaires, de même que par son soutien à la planification, aura contribué à l'actualisation du potentiel de l'acteur communautaire[152]. Celui-ci, par sa connaissance pratique du milieu et par son approche pragmatique d'élaboration de l'action, aura su s'ajuster aux différents contextes locaux et notamment à la logique marchande. Cette combinaison de reconnaissance publique et d'atouts communautaires a jeté les bases du réseau d'établissements commerciaux dans l'environnement du Village gai. Ainsi, la solidité et la force d'entraînement de ce réseau peuvent être expliquées par le soutien public à cette approche pragmatique et à ces savoirs, reconduit par la DSP avec la régionalisation, approche qui permet un ajustement constant de l'intervention afin que soient satisfaits non seulement les intérêts marchands, mais également l'intérêt public et communautaire.

[152] Bien que l'apport de Santé Canada ait également été structurant à cet égard, ses pratiques planificatrices ne sont pas prises en compte puisque l'étude porte sur les instances publiques québécoises.

Figure 4

Attributs du processus de structuration des programmes associés à la force d'entraînement et la solidité du réseau



Légende :
HSH : Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes

2 L'ANCRAGE DU PROGRAMME DANS SON MILIEU

L'ancrage du programme se rapporte à sa pertinence aux yeux des acteurs des communautés et à son degré d'adéquation eu égard à la forme locale que prend le problème sur lequel on cherche à intervenir et aux possibilités qui sont offertes (ressources, capacités et limites des acteurs) dans le contexte où il s'insère.

L'adéquation peut être appréciée par le degré d'acceptation du programme parmi les populations visées, ici les établissements commerciaux, leur clientèle et la population homosexuelle plus généralement, par leur participation aux activités et leur utilisation des services, et par leur degré de satisfaction. À cet égard, les résultats des évaluations des différents projets, et qui se répliquent sur certains aspects dans les rapports annuels d'activités, montrent généralement un haut degré d'acceptation des initiatives de Action Séro Zéro et de participation ou d'utilisation des services par la population visée. Dans les saunas (Morrison, 1996), comme dans les bars (Dupont et al., 1997), l'évaluation indique que les interventions n'importunent pas les clients et que, plutôt, ils les voient appropriées. Même constat dans les parcs où les hommes sont généralement réceptifs à l'intervention (Otis et al., 1998) ou encore sur les ateliers qui répondent à un besoin et satisfont les participants (Action Séro Zéro, juin 2000). Quant aux gérants des établissements commerciaux, les installations leur conviennent généralement, le programme s'insère bien dans les activités courantes et il avantage leur clientèle sans qu'il ne leur en coûte rien. De plus, une large part de la clientèle des saunas et des bars aurait pris des dépliants d'information dans les présentoirs; aussi, le volume de condoms distribués gratuitement, qui a été maintenu au cours des années, témoigne de la popularité de ce service. Ainsi, dans le milieu commercial, la disponibilité de matériel informatif et de protection dans des endroits, à des moments et par des véhicules stratégiques, l'acceptabilité des activités aux yeux des principaux intéressés témoignent de l'ancrage du programme dans son milieu, dans le sens où il s'inscrit dans la culture et dans le contexte. Ici, la culture du milieu, notamment les us et coutumes en matière de socialisation et de rencontres sexuelles et le contexte commercial gai représentent un aspect de la forme locale du problème et des opportunités qui sont offertes.

L'adéquation au contexte, i.e. aux ressources et opportunités qui sont offertes, s'observe aussi dans la réalisation d'activités promotionnelles et éducatives continuellement renouvelées dans les saunas, les bars ou ailleurs, en s'insérant dans les activités de loisirs et les manifestations festives de la communauté[153]. Plus généralement, la réinvention perpétuelle de l'action dans sa continuité, plutôt qu'une standardisation des activités qui aurait pu résulter de l'effort de consolidation, est une indication d'un ancrage fort du programme (et de l'organisme) dans la communauté, elle-même en mouvance.

[153] Rappelons ici quelques exemples : la projection de vidéos sous-titrés de messages préventifs dans les salles de danse, les Wild & Wet, la création de la mascotte Madame Condom mise à contribution dans diverses performances, la participation à Divers/Cité.

L'adéquation du programme s'incarne de plus dans la dynamique identitaire de l'intervention. Un trait caractéristique de l'intervention est de privilégier que ses porteurs soient des membres de la communauté, qui s'identifient comme gais, et qui sont aussi concernés par la question, avant que d'être des intervenants. Cela vient briser le rapport traditionnel professionnel / client, établi sur la différenciation, pour favoriser le processus identitaire avec le messager et renforcer la crédibilité du message livré. Cette dynamique identification / différentiation apparaît d'ailleurs centrale à l'intervention directe auprès des personnes. Si l'identification à l'intervenant est une dimension forte de l'ancrage de l'intervention, la différentiation en se retranchant dans leur rôle professionnel a toutefois permis aux intervenants de faire face à la sollicitation sexuelle prégnante et est apparue comme une condition de réalisation de l'intervention.

Enfin, quant à la pertinence du programme aux yeux des acteurs de la communauté, on peut soutenir sur la base des données disponibles que Action Séro Zéro figure parmi les leaders de la communauté gaie, du moins les leaders de l'action préventive du VIH au sein de cette communauté à l'échelle du Québec. La dynamique entre Action Séro Zéro et la communauté gaie est telle que, par sa présence dans les événements marquants de la communauté (ex : Divers/Cité), et de façon continue dans le milieu commercial gai, et par l'innovation dont il fait preuve, on peut soutenir que non seulement le programme mais aussi l'organisme est ancré dans son milieu et que non seulement, son action convient-elle au milieu mais elle contribue aussi à le façonner[154].

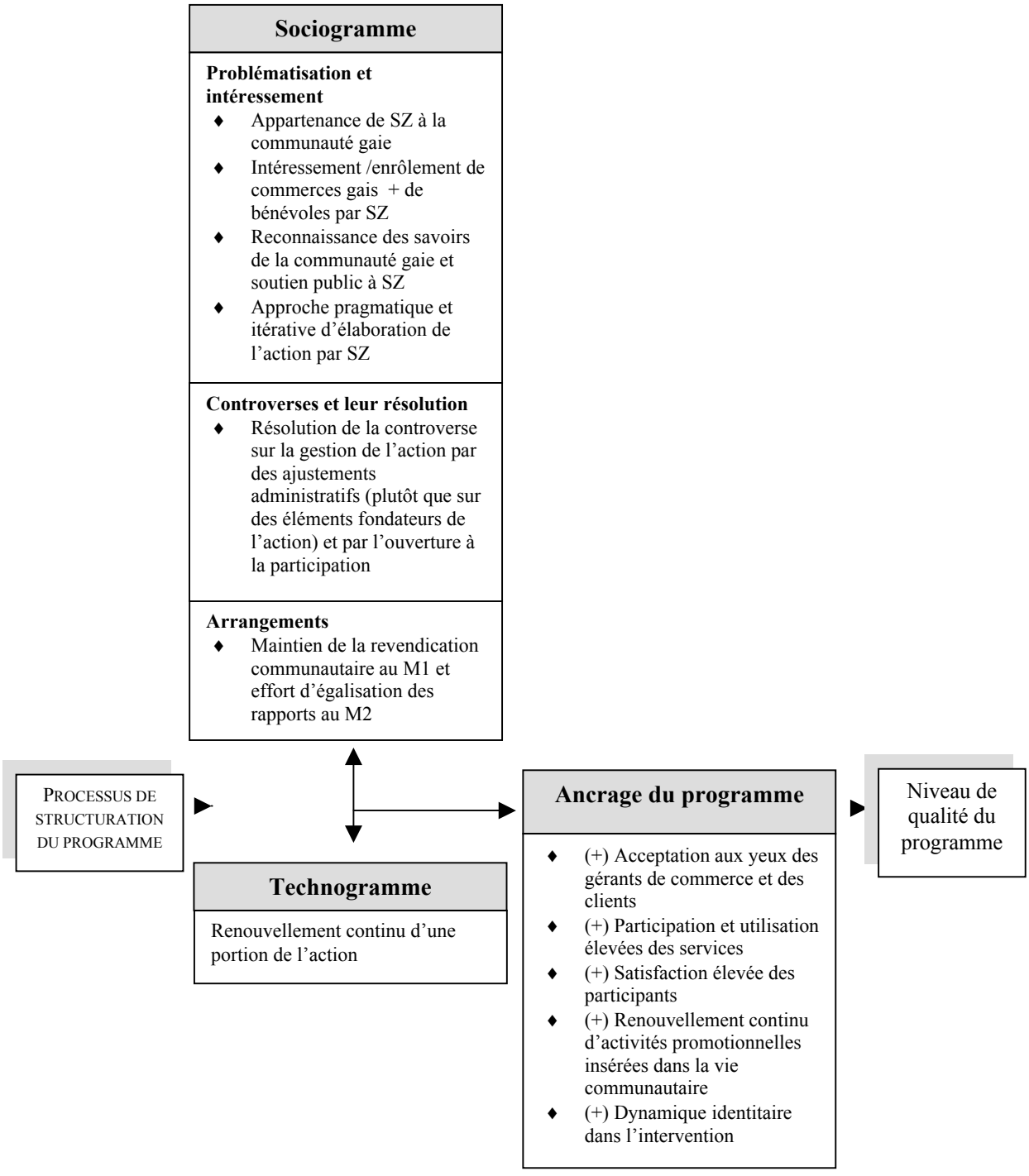
Qu'est-ce qui, dans les pratiques planificatrices et partenariales, a entraîné ce niveau d'ancrage du programme dans le milieu?

Il apparaît d'abord que l'ancrage de l'action ait été favorisé par le lien d'appartenance entre Action Séro Zéro et la communauté gaie, dans le sens où Action Séro Zéro est un organisme issu de la communauté gaie pour y développer la prévention, tel que l'entendent Redjeb (1994) ou Parazelli (1994) en différenciant les groupes communautaires des organismes sans buts lucratifs mis sur pied ou contrôlés par les institutions publiques pour rendre des services à une population. L'appartenance communautaire de Action Séro Zéro lui permet de mobiliser l'engagement de commerces gais et de bénévoles issus de la communauté et lui donne accès à une connaissance approfondie des milieux, des usages et des clientèles à laquelle un organisme externe pourrait difficilement accéder. Au plan des pratiques planificatrices, l'émergence de Action Séro Zéro comme porteur de la cause préventive au sein de la communauté gaie aura été favorisée par la reconnaissance du CQCS envers les initiatives et savoirs issus de la communauté et plus avant, par le soutien public à l'organisme. Il apparaît que la résolution de la controverse entre la DSP et Action Séro Zéro sur la gestion de l'action par une latitude administrative et une ouverture à la participation ait permis que les conditions de l'ancrage ne soient pas compromises. Il apparaît de plus que l'approche pragmatique et itérative (action – réflexion – action) d'élaboration de l'action de Action Séro Zéro, par la proximité des milieux et l'adaptabilité qui la caractérise, explique les attributs positifs relatifs à l'ancrage du programme dans son milieu. La figure 5 rassemble ces éléments.

[154] Si au cours des ans, la crédibilité de l'organisme s'est maintenue, les données disponibles concernant l'ancrage du programme font état de la situation jusqu'au tournant des années 1998, pour ce qui est des lieux de rencontres. Ainsi, malgré l'ancrage observé à ce moment, certains acteurs croient qu'actuellement, en 2002, la perception de la pertinence puisse être en train de décroître, compte tenu de la médication disponible, de l'idée qui circule à l'effet que le sida ne soit plus mortel et d'une lassitude ambiante observée face au sida.

Figure 5

Attributs du processus de structuration des programmes associés à leur ancrage



3 LA SOLIDITÉ DU MODÈLE D'ACTION

La solidité du modèle d'action se rapporte à sa pertinence devant le problème à résoudre et à sa faisabilité dans le contexte, eu égard aux acquis de la recherche et de l'expérience auxquels se réfèrent les acteurs (incluant les évaluateurs) du programme.

Un référent qui nous apparaît approprié pour discuter de la solidité du modèle d'action réalisée est celui-là même auquel a recours Action Séro Zéro pour élaborer son programme, et qui est largement admis en santé publique, soit le modèle multi-stratégique en promotion de la santé, mis de l'avant par l'OMS en prenant appui sur le modèle écologique[155]. Ce modèle est celui de la combinaison de multiples stratégies, dirigées vers de multiples cibles, à différents niveaux de l'organisation sociale. L'OMS distingue cinq grandes stratégies de promotion de la santé, soit le développement des aptitudes et ressources individuelles, le renforcement de l'action communautaire, la création d'environnements favorables, l'établissement de politiques publiques favorables à la santé et la réorientation des services de santé. Ce référent pour discuter de la solidité du modèle d'action n'est pas assorti de théories de l'action qui soient spécifiques à la problématique étudiée, par exemple, une théorie relative à l'adoption d'une norme sociale de *sécurisexe* parmi la population homosexuelle. Il se situe à un niveau macro et concerne l'étendue des cibles et des moyens. Il pourrait être combiné à des théories plus spécifiques mais les données du cas ne nous permettent pas de soutenir une telle discussion.

L'une des stratégies, l'action sur les politiques publiques et les services de santé a pris à ce jour la forme de la participation de la COCQ-Sida, à laquelle est rattachée Action Séro Zéro, à l'élaboration de la stratégie québécoise de lutte au sida et d'un cadre de référence pour l'intervention à l'intention du réseau de la santé et des services sociaux (MSSS, 1999). Il faut noter aussi la participation directe de Action Séro Zéro à différents comités provinciaux et fédéraux ainsi que sa présence au sein de structures en lien avec la question du VIH/sida. Les projets déployés par Action Séro Zéro dans la communauté gaie et plus largement dans la société (communication sociale) relèvent des trois autres stratégies.

Le modèle d'action qui sera analysé en vertu du référent précité est celui de l'action réalisée par les acteurs mobilisés autour de Action Séro Zéro. Le modèle d'action de Action Séro Zéro découle d'une vision gaie du problème de la transmission du VIH chez les homosexuels, où l'adoption de pratiques sexuelles sécuritaires est indissociable de la quête identitaire, certes individuelle mais aussi collective, affirmation identitaire qui comprend la construction du *sécurisexe* en norme sociale, puisque l'identité homosexuelle doit composer avec le sida. Par ailleurs, par sa double identité comme groupe militant gai et acteur de la prévention du sida, Action Séro Zéro prend aussi appui sur l'approche globale de la

[155] Cette théorie articule le rapport entre l'individu et son environnement, faisant entrer l'environnement éloigné dans la compréhension des problèmes et reconnaissant la capacité des personnes à agir sur cet environnement. Le développement du potentiel humain, placé au centre du modèle, est tributaire du contexte social et institutionnel dans lequel il advient et particulièrement des politiques publiques. L'importance des facteurs structuraux (économiques, politiques, culturels) est reconnue et les stratégies peuvent viser autant l'environnement immédiat (individu, famille) qu'élargi en étant dirigées vers des changements au niveau de la communauté, des organisations, des institutions et des politiques publiques, des valeurs et des normes (Chamberland et al., 1996; Dallaire, 1998). Le modèle d'action multi-stratégique de la promotion de la santé sera plus ou moins proche de la théorie écologique selon qu'il reconnaîtra la capacité des personnes à agir sur leur environnement et selon que sera considérée l'action sur l'environnement éloigné (dimensions structurelles).

promotion de la santé que nous venons d'évoquer. Le choix de ce modèle par l'acteur communautaire a d'ailleurs été fortement influencé par Santé Canada, le bailleurs de fonds fédéral, qui finance dès le début des années 1990 des projets souscrivant aux caractéristiques de ce modèle. Le méta-modèle d'action, à la croisée de la vision gaie et de la vision de promotion de la santé, comporte des stratégies promotionnelles ayant trait à l'affirmation identitaire collective et à la norme sociale de *sécurisexe* (marketing social, activités promotionnelles dans le milieu gai); des stratégies de création d'environnements favorables en vertu desquelles Action Séro Zéro investit les espaces de socialisation des homosexuels, notamment en s'associant les établissements commerciaux, pour y promouvoir les moyens de protection (sensibilisation, information et matériel de protection); et des stratégies visant l'affirmation identitaire individuelle et le développement d'habiletés de protection (information, consultations individuelles, ateliers de groupes). Ces multiples stratégies ont été combinées dans les lieux investis, mais ont été inégalement développées, et des lieux sont demeurés moins investis.

L'effort de systématisation de l'action demandé par la DSP, en vertu de la vision épidémiologique du problème de la transmission du VIH, transversale aux différents groupes à risque, a amené une concentration de l'action (et donc du modèle d'action) sur la dimension de la promotion des moyens de protection ou des changements de comportements en y concentrant le financement, notamment au moment de l'actualisation de la phase III. Cela a eu pour conséquence positive, d'entraîner la consolidation de la distribution d'informations et de matériels de protection, assortie d'activités promotionnelles et de counselling individuel, dans les lieux de rencontres sexuelles (saunas, bars, parcs). Dans ce créneau de la consolidation, la solidité de l'action a été continuellement renforcée par la tenue d'évaluations formatives sur les différents projets et le réinvestissement de ces informations, avec d'autres informations provenant du terrain, dans l'élaboration et la révision de l'action.

Puisque la consolidation a opéré dans le contexte d'un plafonnement des budgets rendus disponibles par le CQCS, sans remettre en question les fondements du modèle d'action, elle a eu pour conséquence négative de retarder le développement de l'action sur deux autres fronts reliés : d'abord, celui de la dimension identitaire, aussi centrale que celle de la promotion des moyens de protection, dans la construction et l'observance d'une norme sociale de *sécurisexe*; ensuite celui du développement de stratégies afin de rejoindre les groupes encore peu ou mal rejoints et considérer les nouvelles problématiques découlant de l'évolution même de l'épidémie[156].

[156] En effet, ce n'est qu'au tournant des années 2000 que des actions ont été réalisées ciblant les personnes atteintes, par exemple dans les ateliers de Action Séro Zéro ou dans la Campagne provinciale de prévention auprès de la communauté gaie du Québec 1999-2001.

Si certaines évaluations soutiennent l'existence d'un lien entre l'affirmation identitaire homosexuelle et le sentiment d'appartenance à la communauté, puis entre ces dimensions et le degré de conscientisation à la prévention, l'intégration de la norme sociale de *sécurisexe* et les comportements préventifs[157], la dimension identitaire demeure moins investie dans l'action de Action Séro Zéro. Investir les lieux de socialisation gais pour y renforcer la norme de *sécurisexe* dans le construit identitaire gai est une façon d'aborder la dimension identitaire. Cette stratégie s'adresse surtout aux gais qui fréquentent ces lieux, qui ont déjà affirmé leur homosexualité et se sont reconnus dans la communauté. Une autre façon d'aborder cette question est celle que privilégie le projet atelier, soit l'affirmation identitaire comme passage vers l'adoption d'une norme de *sécurisexe*. Mais approcher la dimension identitaire appelle une diversification des stratégies afin de considérer les différents visages[158] de cette identité et les groupes et milieux encore peu ou non rejoints. Le développement du projet parcs s'inscrit d'ailleurs dans cette diversification des lieux de sorte à y rejoindre d'autres groupes[159], encore que la dimension identitaire n'y soit pas explicitement développée parce que le projet ne s'y prête pas. À ce chapitre, les jeunes homosexuels en processus de sortie sont reconnus à la fois par Action Séro Zéro et les instances publiques (CQCS et DSP) comme un groupe particulièrement vulnérable. Se trouvent ainsi ciblés du même coup d'autres lieux, notamment les écoles, qui appellent d'autres stratégies.

Le portrait de la solidité du modèle d'action s'articule donc autour des pôles de la consolidation et du développement. En remontant aux pratiques planificatrices et partenariales peut-on expliquer comment y prennent racine les forces et les faiblesses du modèle d'action?

La force du modèle d'action s'expliquent par la conjugaison de trois apports. D'abord, la vision gaie combinée à la vision de promotion de la santé, selon une logique pragmatique et itérative d'élaboration de l'action, donne lieu à des interventions multi-factorielles, multi-stratégiques, en adaptation et en amélioration constante, dans des lieux névralgiques. Ensuite, ce modèle d'action s'est solidifié d'abord avec le soutien de Santé Canada et du CQCS pour la mise en forme des programmes, puis avec l'effort de systématisation de l'action introduit par la DSP pour rendre les programmes plus évaluables, tout en préservant l'espace d'innovation requis aux actions récurrentes en constant renouvellement. Cela signifie que l'on cherche à prévoir le plus possible à priori tout en demeurant alerte aux opportunités, aux événements qui se produisent pour y inscrire la prévention. Enfin, la solidité de l'action a bénéficié de la mobilisation opérée par Action Séro Zéro autour de l'évaluation formelle dès le début de ses interventions en continuité, produisant une information réintroduite dans l'action.

[157] L'évaluation du projet parcs (Otis et al., 1998) soutient que les hommes les plus convaincus de la nécessité de la prévention semblent davantage intégrés au milieu gai, et que la norme sociale du sécurisexe est moins prégnante et l'usage constant du condom moins fréquent chez les hommes ayant moins divulgué leur orientation sexuelle. L'évaluation du projet ateliers (Otis et al., 1999) soutient de son côté que l'affirmation identitaire gaie se fait en développant l'appartenance à la communauté gaie, dans le sens où le groupe permet de normaliser l'individu et de créer un espace social où sa place n'est pas compromise par les préjugés face à l'homosexualité.

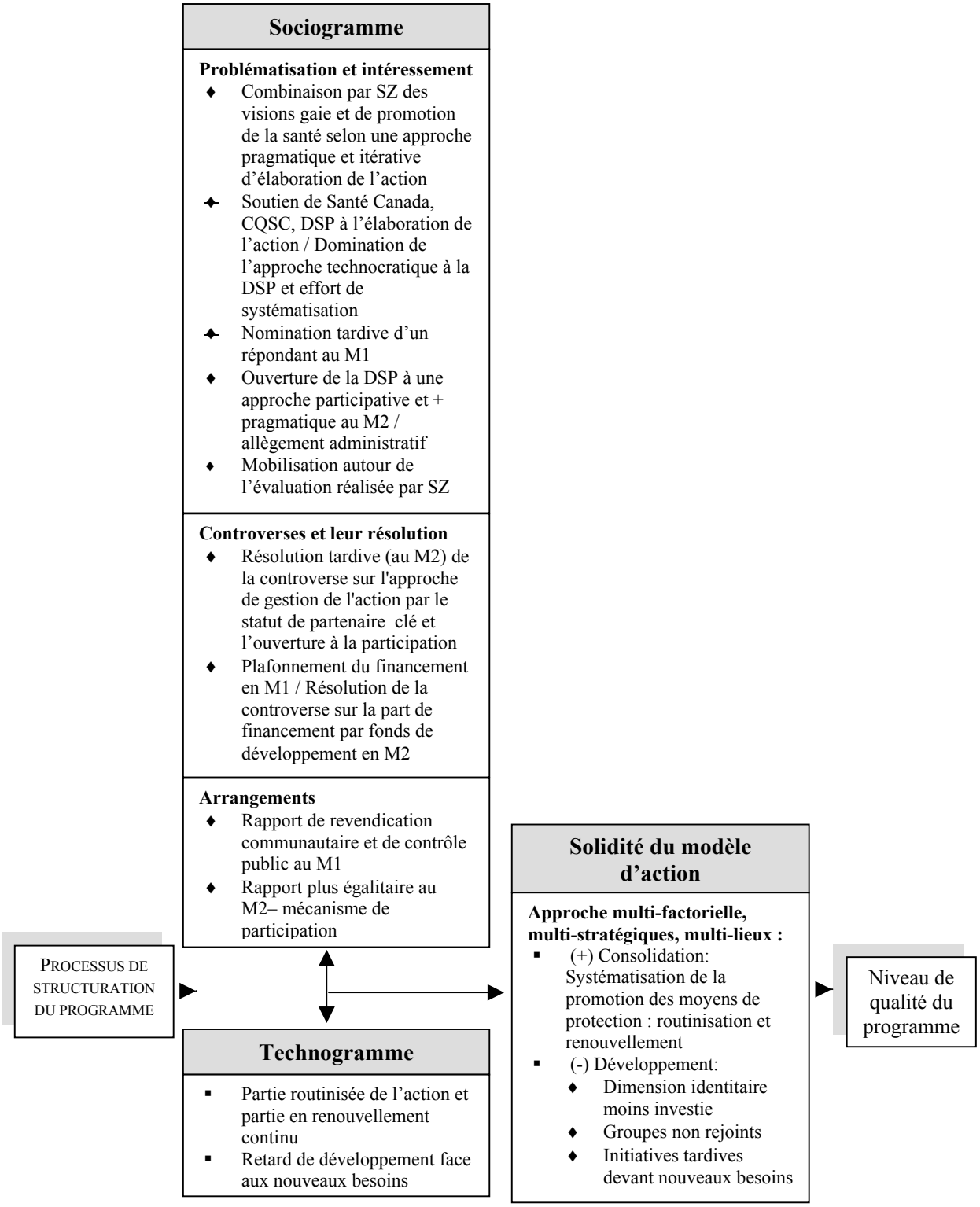
[158] L'affirmation identitaire chez les séropositifs, chez les jeunes homosexuels et dans les communautés ethniques ne peut être abordée de la même façon.

[159] L'évaluation de l'intervention dans les parcs (à l'échelle du Québec) montre que les hommes rejoints là sont davantage âgés, la moitié ayant 40 ans et plus, soit 2 fois plus que dans les saunas et 3 fois plus que dans les bars. De plus, ces hommes ont moins divulgué leur orientation sexuelle et 23% ne fréquenterait pas les endroits commerciaux et associations gais. L'évaluation conclut que près du tiers des hommes rejoints par le projet parcs sont peu susceptibles de l'être autrement (Otis et al., 1998).

Quant aux faiblesses du modèle d'action, il apparaît que l'obstacle le plus important au développement, et à une solidité accrue du modèle d'action, aura été le plafonnement du financement rendu disponible, voire sa réduction, alors que le potentiel d'innovation étaient déjà présents parmi les acteurs mobilisés. Ce plafonnement apparaît d'autant plus restrictif que les possibilités d'autofinancement sont limitées du côté du secteur privé qui soutient peu les activités de prévention et pour qui les homosexuels constituent une population peu populaire, mis à part le milieu commercial gai et certaines fondations spécialisées, telle la fondation Farha.

L'approche technocratique adoptée au moment de l'actualisation de la phase III et de la régionalisation n'a pas favorisé que l'organisme communautaire fasse valoir les intérêts/besoins de la population homosexuelle auprès de la DSP dans sa planification régionale (établissement des priorités, voies d'action et financement). Cette approche, combinée au retard de la DSP à assumer un leadership institutionnel eu égard à transmission du VIH au sein de la population homosexuelle, explique en partie le retard à voir se structurer un espace de développement devant l'évidence des nouveaux besoins. Le plafonnement du financement contribue aussi mais n'explique pas à lui seul les résultats observés puisque les sommes mobilisées pour le développement en 2000 étaient en fait des sommes résiduelles lors des exercices antérieurs. En contrepartie, la désignation à la DSP d'un répondant stable au dossier, à partir de 1996, puis l'ouverture de la planification à une approche davantage participative et pragmatique, au moment de l'actualisation de la phase IV, permettant que les intérêts/besoins de la population des homosexuels soient mieux considérés, ont structuré l'espace de développement observé. La figure 6 illustre.

Figure 6
Attributs du processus de structuration des programmes associés à la solidité de leur modèle d'action



4 LA VIABILITÉ DE LA SOLUTION

Au-delà de l'ancrage du programme et de la solidité de son modèle d'action, a-t-on des indications à l'effet que la solution mise de l'avant à ce jour résout le problème pour lequel elle est déployée, c'est-à-dire si elle contribue effectivement à réduire la transmission du VIH parmi les homosexuels ? On abordera cette question sous deux aspects, soit, premièrement, la couverture de la population cible, et deuxièmement, par des mesures efficaces.

4.1 La couverture de la population cible

La couverture de la population cible a déjà été discutée au chapitre consacré à la solidité du modèle d'action où on soutenait que les programmes ont, à ce jour, été surtout déployés dans les espaces de socialisation de la communauté gaie, Village gai et parcs publics fréquentés par les homosexuels, mises à part les campagnes grand public. Cette action rejoint faiblement la population homosexuelle qui se tient en marge de ces espaces de socialisation, tel que le soulignent Action Séro Zéro et la DSP, qu'il s'agisse des jeunes en processus de sortie ou des communautés ethniques. Les études auprès de la Cohorte Oméga montrent d'ailleurs que les participants perçoivent le réseau scolaire, et les jeunes gais, comme des cibles d'intervention à privilégier dans l'avenir (LeClerc et al., 2000b). Les développements récents de l'intervention montréalaise cherchent d'ailleurs à s'attaquer à ces besoins.

4.2 L'efficacité des mesures déployées

Nous discuterons de l'efficacité des mesures déployées sous l'aspect de l'acquisition des connaissances sur le VIH-sida et sa prévention, la sensibilisation aux comportements sexuels préventifs, la dimension identitaire gaie, les pratiques sexuelles à risque et l'incidence du VIH.

À propos de l'acquisition des connaissances, les données les plus récentes obtenues auprès de la Cohorte Oméga (LeClerc et al., 2000a) montrent que les stratégies informationnelles et éducationnelles des groupes de prévention montréalais jouent un rôle non négligeable dans l'information de la population homosexuelle. En effet, si les premières sources d'information des participants à la Cohorte Oméga sur le VIH-sida et sa prévention sont les médias (ex : revues gaies : 90,3%) et l'entourage (ex : les amis : 66,5%), il ressort que les dépliants distribués dans les bars gais (51,4%), dans les saunas (17,5%) ou ailleurs (51,2%), de même que les intervenants présents dans les bars (5,6%), les parcs (2,7%) et les saunas (1,8%), représentent aussi des sources appréciables d'information. Les enquêtes réalisées antérieurement auprès de la clientèle des saunas (Morrison, 1996) et des bars (Dupont et al., 1997) montraient, dans le même sens, que les clients prenaient les dépliants à leur disposition (75% dans les saunas, 45% dans les bars) et que ces utilisateurs s'en trouvaient mieux informés (79% des utilisateurs dans les saunas et de 23% à 32% selon le type de connaissance, chez les utilisateurs dans les bars). Malgré ces résultats, il demeure que 54,1% des répondants de la Cohorte Oméga en 2000 (LeClerc, 2000a) disent manquer d'information, et dans une proportion plus importante chez les moins scolarisés, les moins fortunés et les sans emplois.

L'enquête auprès de la clientèle des bars (Dupont et al., 1997) allait dans le même sens en montrant que les utilisateurs des dépliants ayant un secondaire et moins bénéficiaient davantage de l'information. En outre les répondants de la Cohorte Oméga qui disent manquer d'information sont plus nombreux à avoir du sexe anal non protégé. Cela suggère qu'au chapitre de l'information, les stratégies des groupes de prévention montréalais permettent d'atteindre l'objectif que partiellement. En effet, tel que concluent LeClerc et al. (2000a), certains sous-groupes plus difficiles à rejoindre demeurent encore à viser. Aussi, il apparaît pertinent de chercher à les rejoindre puisque leurs pratiques sexuelles sont davantage à risque.

En outre, les stratégies informationnelles et éducationnelles jouent aussi un rôle dans la sensibilisation aux comportements sexuels préventifs. L'enquête dans les bars (Dupont et al., 1997) montrait que les 2/3 des clients y avaient remarqué les boîtes à condoms et que plus longtemps un bar avait bénéficié du programme, plus forte était la proportion de clients les ayant remarquées. Également, plus on fréquente les bars, plus on consulte les dépliants, et plus on prend des condoms dans les boîtes[160]. Soixante pour cent (60%) des clients aurait pris des condoms disponibles sur place, et davantage (65%) chez les hommes ayant des relations sexuelles anales. L'accès sur place à l'information et au matériel de protection dans les bars est donc une solution potentiellement viable puisque les clients s'en prévalent, puisque les bars sont le premier lieu de rencontres de partenaires sexuels et que ceux qui les fréquentent plus régulièrement déclarent aussi un plus grand nombre de relations anales (Myers et al., 1993 et Godin et al., 1993, cités dans Dupont et al., 1997). Les données de l'évaluation du projet dans les saunas ne sont pas aussi précises, mais on peut extrapoler le même raisonnement puisque, là aussi, les clients s'en prévalent. Les données recueillies auprès de la Cohorte Oméga (LeClerc et al., 2000b) soutiennent à cet égard que rendre accessibles condoms et lubrifiant dans les lieux publics gais demeure une stratégie prioritaire (avec les campagnes grand public sur le respect des différences et de façon plus importante que la disponibilité de dépliants d'information et d'affiches dans les bars gais et les saunas). Rendre accessible du matériel de protection est perçu prioritaire davantage chez les moins de 30 ans, les plus récemment arrivés à Montréal, les utilisateurs de drogue ou d'alcool avant le sexe, et ceux ayant du sexe anal non protégé. Dans le même sens, les données de Action Séro Zéro indiquent une augmentation constante, jusqu'à ce jour, du volume de condoms distribué dans les lieux de rencontres gais, montrant le maintien de la popularité de la mesure préventive. À propos de cette mesure préventive, une question jalonne les réflexions sur l'efficacité de la solution. L'accessibilité du condom sur place entre-t-elle en concurrence avec l'acquisition de l'habitude du condom sur soi, ou si ces stratégies agissent de façon synergique?[161] Devant cette question, les données de l'évaluation

[160] L'enquête dans les bars (Dupont et al., 1997) note que moins de la moitié des dépliants pris (1 800 dépliants écoulés en moyenne par mois, de novembre 1994 à mai 1996) auraient été consultés. Une fréquentation hebdomadaire des bars est associée à une plus forte proportion de consultation des dépliants (52%) comparé à 34% chez les clients moins assidus. L'enquête montre de plus que le taux de consultation des dépliants est de 76% chez ceux qui prennent souvent des condoms, contre 56% chez ceux qui n'en prennent que quelques fois. Enfin, les habitués des bars (au moins 1 fois/semaine), ce qui est la majorité de la clientèle (66% des enquêtés), se procurent plus souvent (64% s'en sont procurés) des condoms dans les boîtes de Action Séro Zéro que la clientèle occasionnelle (49% s'en sont procurés). Cela est aussi le cas des hommes qui ont des relations sexuelles anales (65% ont pris des condoms) par rapport aux autres (53% ont pris des condoms).

[161] En fait, les données administratives relatives à cette question portent surtout sur les coûts que la DSP voulait réduire (planification de juin 1998), notamment en suggérant de limiter l'accès gratuit au matériel de protection. En contrepartie, selon les résultats de l'évaluation, cette option ne représentait qu'un gain financier marginal par rapport au risque encouru de fragiliser les acquis. L'approvisionnement en condoms pour Action Séro Zéro, géré par la DSP, a représenté 20 100$ en 1999-2000 et 25 000$ en 2000-2001 (lettres de la DSP à Action Séro Zéro du 14 avril 1999 et du 11 mai 2000). L'évaluation du projet bars montre de son côté que la contribution volontaire sollicitée (25 cents) auprès

fournissent quelques pistes : on sait que la clientèle régulière des bars, et davantage encore celle ayant des relations anales, utilise les condoms disponibles sur place; on sait aussi que les rencontres imprévues sont un motif d'approvisionnement dans les boîtes à condoms pour les 2/3 des clients des bars[162]; et on sait que l'habitude du condom sur soi est présente chez environ la moitié des clients, de façon plus ou moins régulière[163], des pistes qui militent en faveur d'une synergie des stratégies. Au bilan donc, la stratégie qui consiste à rendre disponible du matériel de protection dans les lieux de rencontre sexuelle semble une mesure qui soutienne l'adoption de comportements de protection.

À propos de l'affirmation identitaire gaie, individuelle et collective, les travaux de Otis et al., (1998, 1999) montrent son association avec les comportements de protection. Cependant, on ne dispose pas de données sur la viabilité des stratégies mises de l'avant en vue du renforcement de l'identité homosexuelle dans les différents projets, en ateliers, dans les parcs, les saunas ou les bars, ou par la communication sociale.

Enfin, en ce qui concerne le sexe anal à risque[164] et l'incidence du VIH, la discussion peut se faire à partir des données de la Cohorte Oméga à Montréal. Selon ces données, l'incidence du VIH serait demeurée relativement stable de 1996 à 2001 chez les participants, fluctuant entre 0,44 et 0,71 par 100 personne-années au cours de la période. Une légère hausse de l'incidence (non statistiquement significative) observée en 2001 demeure toutefois préoccupante (Rémis et al., 2002). Cependant, un accroissement des pratiques anales à risque est observé parmi les participants d'Oméga en 2001 (Otis et al., 2001; George et al., 2002), indiquant que la tendance nord-américaine à la prise de risque gagnerait la communauté montréalaise. En effet, des études états-uniennes, européennes et australiennes récentes rapportent au cours des récentes années un accroissement des pratiques sexuelles à risques et de l'incidence des maladies sexuellement transmissibles, dont le VIH, chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. Des études ont aussi montré que les comportements sexuels à risque et l'incidence des maladies sexuellement transmissibles ont commencé à s'accroître avec l'introduction de la thérapie antirétrovirale en 1996 (Rémis et al., 2000). Par exemple, en Ontario, où le VIH est à déclaration obligatoire[165], la base de données des cas dépistés montre que chez les sujets pour lesquels on dispose de tests répétés, l'incidence du VIH s'est accrue de 1996 à 1999 (0,79 par 100 personne-années en 1996 à 1,39 personne-années en 1999) pour se stabiliser en 2000 (1,16 par 100p-a) (Burchell et al., 2002).

---

des usagers permet de recueillir en moyenne 4 cents par condom et son rapport coûts/bénéfices est jugé négatif à cause du surplus de manutention entraîné par rapport au revenu encaissé. Cette discussion relève en fait du débat éthique au sujet de la responsabilité publique et de la responsabilité individuelle (et de la déresponsabilisation) vis-à-vis sa propre protection, plutôt que du débat sur l'efficacité.

[162] La première raison est que les condoms sont facilement accessibles, évoquée par 90% des clients; la seconde, parce qu'ils sont accompagnés de lubrifiant (89% des clients); la troisième, leur faible coût (75% des clients); et la quatrième, les rencontres imprévues (68% des clients) (Dupont et al., 1997).

[163] Dans l'enquête réalisée dans les bars (Dupont et al., 1997), 27% des répondants avaient un condom sur eux et 27% disaient apporter souvent ou tout le temps un condom.

[164] Pour Oméga, « *le sexe anal à risque est le sexe anal non protégé avec tout partenaire (régulier ou occasionnel) dont le statut sérologique est inconnu ou qui est séropositif* ». (Otis et al., 2001).

[165] Au Québec, le VIH n'est à déclaration obligatoire que depuis avril 2002.

L'évolution du VIH dans la population homosexuelle montréalaise semble donc se distinguer par un taux d'incidence relativement bas comparé à d'autres régions et sa stabilité de 1996 à 2001 alors que le taux s'accroissait ailleurs. Parmi les hypothèses soulevées par les experts pour expliquer cette différence figure une intervention préventive soutenue, en intensité et en durée, portée par un organisme qui lui est entièrement dédié. Cette hypothèse repose sur la comparaison de la solution préventive montréalaise avec celle des villes de Toronto et Vancouver, de taille comparable. On observe que depuis 1996-1997, les villes de Toronto et Vancouver ont relâché l'effort de prévention par la réduction des fonds, leur non récurrence, et l'affaiblissement de la coordination requise vu l'éparpillement des fonds sida dans des organismes voués à différentes causes. En contrepartie, à Montréal, l'intensité et la visibilité de la prévention n'ont pas été atténuées[166]. Devant la stabilisation de l'incidence du VIH en Ontario en 2000, les experts soutiennent d'ailleurs que celle-ci peut être reliée à la couverture médiatique sur l'accroissement de l'incidence de 1996 à 1999 qui aurait eu un impact sur les pratiques sexuelles à risque. Cette argumentation ne constitue pas une démonstration de causalité mais soutient la cooccurrence des deux phénomènes.

Les données à ce jour n'appuient donc pas une hypothèse de non viabilité de la solution montréalaise. Plutôt, on observe une convergence d'évidences partielles qui soutiennent sa viabilité jusqu'à ce jour, dans une conjoncture donnée de l'évolution de l'épidémie. En même temps, les données invitent à la vigilance et supportent la nécessité du renouvellement des stratégies préventives devant la recrudescence de l'épidémie dans plusieurs sociétés occidentales, accroissement qui commencerait à s'annoncer aussi à Montréal.

En remontant aux pratiques planificatrices et partenariales peut-on expliquer la viabilité de la solution? La viabilité de la solution résulte en fait de la solidité du modèle d'action, de l'ancrage du programme et de la force du réseau qui l'a porté jusqu'à ce jour, en ajoutant un enrôlement réussi de la population visée par le programme. En conséquence, les pratiques planificatrices et partenariales qui expliquent plus spécifiquement ces attributs de qualité du programme se trouvent conjointement à en expliquer la viabilité. Et la limite soulignée à la viabilité, qui réside dans la remise en question actuelle du modèle d'action par les populations mêmes qui s'y étaient jusqu'alors « enrôlées », interpelle en même temps l'ancrage du programme et la solidité de son modèle d'action.

[166] Source : Entrevue téléphonique avec Johanne Otis, chercheure sur la Cohorte Oméga (25-01-02) ; Inf'Oméga, décembre 2001.

CONCLUSION

Dans le présent cas, jusqu'à quel degré et comment les principes directeur des *Priorités nationales de santé publique* ont-ils été actualisés et avec quels résultats ?

Au palier central, principalement concerné par l'élaboration des politiques et programmes publics, l'analyse du cas nous montre l'instauration **précoce** dans le cycle de la planification, par le planificateur public, d'une **dynamique participative** associant les acteurs du champ. La dynamique participative a opéré d'abord par la mise en place des interlocuteurs, soit la création du CQCS par le MSSS et, dans la région montréalaise, le soutien du CQCS à l'émergence d'un acteur de l'action préventive avec la création de Action Séro-Zéro. Puis cette dynamique a opéré dans la tenue de vastes consultations entourant l'élaboration et le renouvellement des phases successives de la stratégie nationale de lutte au VIH/sida[167]. Cette démarche participative a favorisé l'échange d'informations et la mise à contribution des différents savoirs dans l'élaboration des politiques publiques. Le résultat est visible dans l'énoncé des politiques (principalement les phases III et IV) où le savoir épidémiologique, ayant trait surtout à la position du problème, est complété par le savoir que l'on peut qualifier de communautaire, ayant trait surtout à l'élaboration de l'action. Les initiatives émergentes dans les communautés, souvent peu conventionnelles, par exemple dans les milieux commerciaux, ont été reconnues, de même que des stratégies novatrices en promotion de la santé, telle la reconnaissance des droits sociaux. Ainsi, à l'étape des choix stratégiques (populations cibles et orientations de l'action), c'est-à-dire précocement dans le cycle de la planification, les acteurs névralgiques ont été mobilisés et leurs initiatives et savoirs ont été reconnus et intégrés.

C'est par cette dynamique participative, instaurée précocement et maintenue dans le temps, où l'influence des acteurs mobilisés sur la décision est visible, qu'au palier central les principes directeurs ont été actualisés à un degré suffisant pour contribuer à la qualité du résultat atteint. Dans le cas étudié, s'il y a eu des freins à la qualité de l'action, ils ne peuvent être attribués à l'approche de planification des politiques publiques successives en matière de VIH-sida. Dans le champ de la prévention du VIH/sida, on peut parler d'une tradition de participation pour l'élaboration des politiques publiques.

Le palier régional est, quant à lui, principalement concerné par la planification et la mise en œuvre de l'action régionale, en vertu de l'orientation des politiques gouvernementales. Après les ajustements entourant la régionalisation de la santé publique (1994-1997), on observe au plan de la **dynamique participative** la mise en place d'interlocuteurs en désignant des répondants aux organismes engagés auprès des différentes populations cibles. L'analyse du cas montre que la DSP a progressivement mis en place des espaces de participation aux choix stratégiques, bien que les grands arbitrages entourant le

[167] Les formes successives de cette participation sont celles, initialement, du Comité Sida-Québec (1982); puis du groupe de travail créé par la phase I (1987); du groupe de travail mis sur pied par le CQCS pour le bilan des phases I et II et l'élaboration de la phase III (1992) où est engagée la COCQ-SIDA; la formalisation du partenariat entre le CQCS et la COCQ-SIDA en 1994; la vaste consultation faisant le bilan de la phase III, en vue de l'élaboration de la phase IV (1997), pour laquelle le CQCS s'est associé la COCQ-SIDA et les régies régionales (et les DSP).

choix des priorités et l'allocation des ressources demeurent à ce jour une prérogative interne à la DSP. Au plan des **arrangements de partenariat**, les acteurs sont parvenus à un rapport plus égalitaire où la ligne administrative s'est harmonisée avec la ligne de soutien professionnel, et où la communication continue entre les répondants - clientèle et les organismes communautaires et les forums d'échange sur des questions spécifiques favorisent le **partage des savoirs**.

L'analyse montre que, malgré un contexte parfois conflictuel, l'élaboration de l'action est passée par un processus d'emprunts mutuels entre le public[168] et le communautaire qui résulte en une action considérée solide, notamment par l'apport du public ayant trait à la planification de l'action et son évaluabilité, une action ancrée, notamment par l'appartenance et les liens privilégiés de l'organisme de prévention avec la communauté qu'il dessert, et une action viable jusqu'à ce jour, si on s'en tient aux conclusions vers lesquelles convergent les données disponibles. On retient également de l'analyse que cette dynamique participative et partenariale a été généralement suffisante pour supporter le renouvellement de l'intervention dans la continuité. Elle n'a cependant pas été suffisante, de 1995 à 1998, pour supporter adéquatement l'innovation afin de faire face à l'évolution de la problématique engendrant de nouveaux besoins, manifestes à compter des années 1995 et 1996. La dynamique participative s'est cependant accentuée vers 1998 et particulièrement à compter de 2000 avec l'allocation de nouveaux fonds au développement devant répondre aux nouveaux besoins. C'est ainsi que les principes directeurs, selon leur degré d'actualisation, ont contribuer au degré de qualité de l'action.

Cette question de l'innovation dans les stratégies d'intervention, devant l'évolution de la problématique, est actuellement au cœur des enjeux de la prévention, sa pertinence même étant questionnée face aux promesses de nouveaux vaccins et à l'évolution du VIH/sida en maladie chronique. Au-delà du renouvellement des stratégies afin de maintenir, année après année, l'intérêt de la population visée, on parle ici du renouvellement des stratégies pour faire face à l'affaiblissement de la pertinence de la prévention aux yeux mêmes de la population homosexuelle. En témoignent les difficultés plus grandes de Séro Zéro à intervenir dans les parcs ou dans les saunas, tout comme le débat public entretenu sur cette question par des leaders d'opinion de la communauté gaie. Eu égard aux principes directeurs des *PNSP*, la question pertinente à se poser est ici la suivante : La dynamique participative actuelle est-elle en mesure de supporter une révision des stratégies d'action de sorte à faire face à l'évolution de la problématique ? Des acteurs non mobilisés devraient-ils l'être ? Par exemple, afin de prendre position et influencer l'opinion dans le débat qui a cours sur la pertinence de la prévention ? L'étude du cas montre que les acteurs du champ de la prévention du VIH/sida, publics et communautaires, sont actuellement en position de revoir conjointement leurs stratégies d'action. Ils sont en lien continu par la voie du répondant aux organismes partenaires et ils se sont dotés de forums d'échange autour des nouveaux besoins, intensifiant la dynamique de la participation.

[168] Ici, Santé Canada, le CQCS, la DSP de Montréal-Centre.

BIBLIOGRAPHIE

Akrich M., Callon M., Latour B. (1988a). À quoi tient le succès des innovations. Premier épisode : L'art de l'intéressement. *Annales des Mines. Gérer et comprendre, 11,* 4-17.

Akrich M., Callon M., Latour B. (1988b). À quoi tient le succès des innovations. Deuxième épisode : L'art de choisir les bons porte-parole. *Annales des Mines. Gérer et comprendre, 12*, 14-29.

Alary M., Rémis R.S., Otis J., Mâsse B., Turmel B., LeClerc R., Lavoie R., Vincelette J., Parent R. and the Omega Study Group. Risk factors for HIV seroconversion among men having sex with men (MSM) in Montreal. Onzième conférence canadienne annuelle de la recherche sur le VIH-sida, résumé 307, Winnipeg, Canada. *Canadian Journal of Infectious Diseases, 13* (suppl. A), p. 46A.

Allard D. (1996). *De l'évaluation de programme au diagnostic socio-systémique : Trajet épistémologique.* Thèse de doctorat. Montréal : Université du Québec à Montréal, 252 p.

Allard D. et al. (1999). *Priorités nationales de santé publique 1997-2000. Vers l'atteinte des résultats attendus : 2e bilan. Document préparatoire sur l'évaluation des projets-pilotes en traumatismes non intentionnels*. Québec : Institut national de santé publique, 48 p. (document inédit).

Allard D. (6 février 2001). *Comment définir votre programme pour mieux l'évaluer?* Formation intersyndicale SPPASQ –SCFP présentée à la Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Montréal, Québec.

Amblard H., Bernoux P., Herreros G., Livan, Y. F. (1996). *Les nouvelles approches sociologiques des organisations.* Paris : Seuil, 256 p.

Berman P. (1980). Thinking about programmed and adaptative implementation : Matching strategies to situations. In H. M. Ingram & D. E. Mann (Éds), *Why policies succeed or fail* (pp. 205-227). Beverly Hills / London : Sage Publications.

Bernard P. (1993). Cause perdue? Le pouvoir heuristique de l'analyse causale. *Sociologie et société, 25 (2),* 171-189.

Bickman L. (1985). Improving established statewide programs. A component theory of evaluation. *Evaluation Revie*w*, 9 (2),* 189-208.

Bilodeau A., Allard D., Chamberland C. et al. (1998). *L'évaluation participative des priorités régionales de prévention – promotion de la santé et du bien-être. Les premiers pas d'un partenariat en évaluation. Rapport synthèse.* Montréal : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique, 225 p.

Bilodeau A. (2000). *Les conditions de qualité de la planification participative et de l'action en partenariat en santé publique, le cas des priorités régionales 1995-1998 de Montréal-Centre.* Thèse de doctorat. Montréal : Université de Montréal, 358 p.

Brunk S. E., Goeppinger J. (1990). Process evaluation. Assessing re-invention of community-based interventions. *Evaluation & The Health Professions*, *13 (2),* 186-203.

Burchell A., Calzavara L., Major C., Remis RS., Corey P., Myers T., Millson P., Wallace E., the Polaris Study Team (2002). HIV incidence among persons underg oing repeat diagnostic HIV testing in Ontario, 1992-2000. Onzième conférence canadienne annuelle de la recherche sur le VIH/sida, résumé 322, Winnipeg, Canada. *Canadian Journal of Infectious Diseases, 13* (suppl. A March/April), p. 50A.

Callon M. (1986). Éléments pour une sociologie de la traduction. *L'Année sociologique, 36*, 169-208.

Callon M., Latour B. (1986). Les paradoxes de la modernité. Comment concevoir les innovations? *Perspective et Santé*, *36*, 13-25.

Chamberland C., Dallaire N., Fréchette L., Lindsay J., Hébert J., Cameron S., Beaudoin G. (1996). *Promotion du bien-être et prévention des problèmes sociaux chez des jeunes et leur famille : portrait des pratiques et analyse des conditions de réussite.* Montréal : Université de Montréal, École de service social, 116 p.

Chen H. T. (1990). *Theory-driven evaluation.* Newbury Park : Sage, 326 p.

Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. (1988). *Rapport*. Québec: Les publications du Québec, 803 p. (Commission Rochon).

Cousins J. B., Whitmore E. (1998). Framing participatory evaluation. *New Directions for Evaluation, 80,* 5-23.

Crozier M., Friedberg E. (1977). *L'Acteur et le Système*. Paris : Seuil, 500 p.

Dallaire N. (1998). *Enjeux et voies d'avenir de la promotion / prévention, une réflexion dans le champ enfance - jeunesse - famille*. Thèse de doctorat. Montréal : Université de Montréal, 304 p.

Dam J. T. (1996). Healthy research in cities : A case study on the translation of health research into action in The Netherlands. *Health Promotion International*, *11(4),* 265-276.

Degeling P. (1995). The significance of « sectors » in calls for urban public health intersectoralism : An Australian perspective. *Policy and Politics, 23 (4),* 289-301.

Direction de la santé publique (1992). *Cadre de référence pour l'élaboration du programme de santé publique et pour l'organisation du réseau de santé publique. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux*, 42 p.

Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux (1999). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002. Vers l'atteinte des résultats attendus : 1er bilan.* Québec : Gouvernement du Québec, 146 p.

Direction générale de la santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux (2000). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002. Vers l'atteinte des résultats attendus : 2e bilan.* Québec : Gouvernement du Québec, 203 p.

Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux (2001). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002. Vers l'atteinte des résultats attendus : 3e bilan.* Québec : Gouvernement du Québec, 232 p.

Edelenbos J., Van Eeten M. (2001). The missing link : Processing variation in dialogical evaluation. *Evaluation, 7,* 204-210.

Elden M., Levin M. (1991). Cogenerative Learning. Bringing participation into action research. In W. F. White, *Participatory Action Research* (pp. 127-142). Newbury Park / London / New Delhi : Sage Publications.

Engler K. (2001). Divulguer des chiffres : une interprétation des données d'Oméga sur l'incidence du VIH. Une discussion avec le docteur Robert Rémis. *Inf'Oméga*, décembre.

Fawcett S. B., Paine-Andrews A., Francisco V. T., Schultz J. A., Richter K. P., Lewis R. K., Williams, E. L., Harris K. J., Berkley J. Y., Fisher J. L., Lopez C. M. (1995). Using empowerment theory in collaborative partnerships for community health and development. *American Journal of Community Psychology, 23 (5),* 677-697.

Fawcett S. B., Lewis R. K., Paine-Andrews A., Francisco V. T., Richter K. P., Williams E. L., Copple B. (1997). Evaluating community coalitions for prevention of substance abuse : The case of Project Freedom. *Health Education & Behavior, 24(6),* 813-828.

George C., Alary M., Otis J., Demers E., Rémis R.S., Turmel B., LeClerc R., Lavoie R., Vincelette J., Parent R. Masse B. and the Omega Study Group. Increase in unprotected anal intercourse (UAI) among men having sexual relations with other men (MSM) participating in the Omega Cohort Study. Has this north american wave finally reached Mnotreal ? Onzième conférence canadienne annuelle de la recherche sur le VIH/sida, résumé 306, Winnipeg, Canada. *Canadian Journal of Infectious Diseases, 13* (suppl. A), p. 45A.

Goodman R.M., Wandersman A., Chinman M., Imm P., Morrissey E. (1996). An ecological assessment of community-based interventions for prevention and health promotion: Approaches to measuring community coalitions. *American Journal of Community Psychology, 24 (1),* 33-61.

Goodman R.M., Speers, M.A., McLeroy K., Fawcett S., Kegler M., Parker E., Smith S.R., Sterling T.D., Wallerstein N. (1998). Identifying and defining the dimensions of community capacity to provide a basis for measurement. *Health Education & Behavior, 25(3),* 258-278**.**

Gouvernement du Québec. (1991). *Loi sur les services de santé et les services sociaux (Loi 120).* Québec: Éditeur officiel du Québec, 181 p.

Green L,. Kreuter M. (1999). Health promotion planning : An educational and ecological approach. Mountain View (CA) : Mayfield Publications.

Gillies P. (1998). Effectiveness of alliances and partnerships for health promotion. *Health promotion international, 13(2),* 99-120.

Guay L. (1991). Le choc des cultures: Bilan de l'expérience de participation des ressources alternatives à l'élaboration des plans régionaux d'organisation de services en santé mentale. *Nouvelles pratiques sociales, 4(2),* 43-58.

House E. R., Howe K. R. (2000). Deliberative democratic evaluation. *New Directions for Evaluation, 85,* 3-12.

Huberman M., Miles M. (1991). *Analyse des données qualitatives.* Bruxelles : De Boeck-Wesmael, 480 p.

Lamoureux J. (1994b). *Le partenariat à l'épreuve*. Montréal: Éditions Saint-Martin, 235 p.

Labonte R., Robertson A. (1996). Delivering the goods, showing our stuff : The case for a constructivist paradigm for health promotion research and practice. *Health Education Quarterly, 23 (4),* 431-447.

LeClerc R., Otis J., Lavoie R., Turmel B., Noël R., Alary M., Remis R., Vincellette J., Parent R., Gaudreault M., Mâsse B. and the Omega Study Group (avril 2000a). Sources d'information et besoins des hommes ayant des relations affectives et sexuelles avec d'autres hommes (HARASAH) de la région montréalaise en matière de prévention du VIH. Neuvième conférence canadienne annuelle de la recherche sur le VIH-sida, résumé #425, Montréal, Canada. *Journal Canadien des Maladies Infectieuses, 11*(suppl. B), 76b.

LeClerc R., Otis J., Lavoie R., Turmel B., Noël R., Alary M., Remis R., Vincellette J., Parent R., Gaudreault M., Mâsse B. and the Omega Study Group (avril 2000b). Appréciation de la pertinence et l'utilité des efforts de prévention du VIH dans la région montréalaise: points de vue d'hommes ayant des relations affectives et sexuelles avec d'autres hommes (HARASAH). Neuvième conférence canadienne annuelle de la recherche sur le VIH-sida, résumé #465p, Montréal, Canada. *Journal Canadien des Maladies Infectieuses, 11* (suppl. B), 87b.

McLeroy K. R., Kegler M., Steckler A., Burdine J. M., Wisotzky M. (1994). Community coalitions for health promotion : Summary and further reflections. *Health Education Research, 9 (1)*, 1-11.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1990). *Une réforme axée sur le citoyen*. Québec: Gouvernement du Québec, 94 p. (Réforme Côté).

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1997). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002.* Québec : Gouvernement du Québec, 103 p.

Mohr L. B. (1999). The Qualitative Method of Impact Analysis. *American Journal of Evaluation. 20 (1)*, 69-84.

Monnier E. (1987). *Évaluations de l'action des pouvoirs publics. Du projet au bilan*. Paris : Economica, 169 p.

Otis J., George C., Alary M., Gaudreault M., et collaborateurs (2001). Depuis le début de la cohorte, le sexe anal à risque est-il plus fréquent chez les participants d'Oméga? *Inf'Oméga*, décembre.

Panet-Raymond J. (1994). Les nouveaux rapports entre l'État et les organismes communautaires. À l'ombre de la loi 120. *Nouvelles pratiques sociales, 7(1),* 79-93.

Patton M. Q. (1997). *Utilization-focused evaluation - The new century text.* Thousand Oaks : Sage.

Parazelli M. (1994). *Des enjeux politiques autour de la définition du communautaire.* Regroupement des organismes communautaires autonomes jeunesse du Québec, 18 p.

Pineault R., Daveluy C. (1995). *La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies*. Montréal : Éditions nouvelles, 480 p.

Pineault, R., Tousignant, P. (Éds) (2000). *Impact de la transformation du réseau montréalais sur la santé*. Montréal : Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 95 p.

Pluye P., Potvin L., Denis J.-L. (2000). La pérennisation organisationnelle des projets pilotes en promotion de la santé. *Ruptures. Revue transdisciplinaire en santé, 7(1)*, 99-113.

Rallis S. F., Rossman G. B. (2001). Dialogue for learning : Evaluator as critical friend. *New Directions for Evaluation, 86,* 81-92.

Rebien C. C. (1996). Participatory evaluation of development assistance. *Evaluation, 2,* 151-171.

Redjeb B. (1994). Du communautaire dans la réforme Côté : analyse de l'affirmation de la normativité des systèmes. *Nouvelles pratiques sociales, 7(1),* 95-109.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (1997). *Le défi de l'accès. Choisir des solutions d'avenir pour améliorer nos services. L'organisation des services de santé et des services sociaux sur l'Ile de Montréal*. Montréal : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. 188 p.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (1998). *Le défi de l'accès. Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002.* Montréal : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. 128 p.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (1999). *Le défi de l'accès. Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002. Sommaire*. Montréal : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. 35 p.

Rémis R.S., Major C., Calzavara L., Myers T., Burchell A., Whittingham EP (2000). *The HIV epidemic among men who have sex with other men : the situation in Ontario in the year 2000*. Toronto : University of Toronto, Department of public Health Sciences. 48 p.

Rémis R.S., Alary M., Otis J., Demers E., Masse B., George C., Vincelette J., Turmel B., Lavoie R., Leclerc R., Parent R., Omega Study Group (2002). Trends in HIV incidence in the Omega cohort of men who have sex with men (MSM) in Montreal, 1996-2001. Onzième conférence canadienne annuelle de la recherche sur le VIH-sida, résumé 320, Winnipeg, Canada. *Canadian Journal of Infectious Diseases, 13* (suppl. A), p. 50A.

Rodrigue, N. (1993). *Les enjeux politiques et méthodologiques des plans régionaux d'organisation de services*. Actes du colloque *Enjeux politiques et méthodologiques de la planification régionale des services sociaux et de santé*. Congrès de l'ACFAS, mai 1993.

Rogers E. M. (1983). *Diffusion of innovations* (3rd ed.). New York : Free Press, 453 p.

Syme S.L. (1997). Individual vs. community interventions in public health practice : Some thoughts about a new approach. Health Promotion Matters, issue 2. http://vhpax.vichealth.vic.gov.au/publicat/hpmarchv/issue2/article2.htm

Schön D. A. (1994). *Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel* (traduction de The reflective pratitioner. How professionnals think in action. 1983). Montréal : Éditions Logiques, pp. 45-102.

Vaillancourt Y. (1994). Éléments de problématique concernant l'arrimage entre le communautaire et le public dans le domaine de la santé et des services sociaux. *Nouvelles pratiques sociales, 7(2),* 227-248.

Wallerstein N., Bernstein E. (1994). Introduction to community empowerment, participatory education, and health. *Health Education Quarterly, 21(2),* 141-148.

Weiss C. H. (1995). Nothing as practical as good theory : Exploring theory-based evaluation for comprehensive community initiatives for children and families. In J. P. Connell, A. C. Kubisch, L. B. Schorr & C. H. Weiss (Éds), *New approaches to evaluating community initiatives. Concepts, methods, and contexts* (pp. 65-92). Washington : The Aspen Institute.

Wolff T. (1997). Coalition building : Is this really empowerment? In K. Kaye & T. Wolff (Éds), *From the ground up! A workbook on coalition building and community development* (pp. 13-20). Amherst, MA : AHEC / Community Partners.

Yin R. K. (1994). *Case stydy research*. Thousand Oaks : Sages, 170 p.

SOURCES DE DONNÉES

ENTREVUES AUPRÈS D'INFORMATEURS

Monique Imbleau, CQCS, le 14 décembre 2000. Entrevue réalisée par Angèle Bilodeau, Denis Allard et Chantal Lefebvre. Durée : 120 minutes.

René Lavoie, Action Séro Zéro, le 24 janvier 2001. Entrevue réalisée par Angèle Bilodeau et Denis Allard. Durée : 3 heures.

Hélène Valentini, Institut national de santé publique du Québec, le 8 février 2001. Entrevue réalisée par Angèle Bilodeau et Chantal Lefebvre. Durée : 90 minutes.

René Lavoie, Action Séro Zéro, le 12 février 2001. Entrevue réalisée par Chantal Lefebvre. Durée : 30 minutes (échange téléphonique).

Benoît Vigneau, CQCS, le 13 février 2001. Entrevue réalisée par Angèle Bilodeau. Durée : 1 heure (échange téléphonique).

Benoît Vigneau, CQCS, le 15 février 2001. Entrevue réalisée par Angèle Bilodeau et Chantal Lefebvre. Durée : 120 minutes.

Daniel Labesse, DSP Montréal-Centre, Unité des maladies infectieuses (MTS/VIH-SIDA), le 12 février 2001. Entrevue réalisée par Angèle Bilodeau. Durée : 60 minutes.

René Lavoie, Action Séro Zéro, le 30 mars 2001. Entrevue réalisée par Chantal Lefebvre. Durée : 45 minutes (échange téléphonique).

Jean Beauchemin, DSP Montréal-Centre, Unité des maladies infectieuses (MTS/VIH-SIDA), semaine du 18 juin 2001. Entrevue réalisée par Angèle Bilodeau. Durée : 90 minutes (échange informel).

Martine Fortier, DSP Montréal-Centre, Unité des maladies infectieuses (promotion/formation), semaine du 18 juin 2001. Entrevue réalisée par Angèle Bilodeau. Durée : 30 minutes (échange informel).

Jean Beauchemin, DSP Montréal-Centre, Unité des maladies infectieuses (MTS/VIH-SIDA), le 28 juin 2001. Entrevue réalisée par Angèle Bilodeau et Chantal Lefebvre. Durée 3h30.

Jean Beauchemin, DSP Montréal-Centre, Unité des maladies infectieuses (MTS/VIH-SIDA), le 5 juillet 2001. Entrevue réalisée par Chantal Lefebvre. Durée 30 minutes (échange téléphonique).

Carole Morrissette, DSP Montréal-Centre, Unité des maladies infectieuses (MTS/VIH-SIDA), le 20 juillet 2001. Entrevue réalisée par Angèle Bilodeau. Durée : 90 minutes.

Daniel Labesse, DSP Montréal-Centre, Unité des maladies infectieuses (MTS/VIH-SIDA), le 21 août 2001. Entrevue réalisée par Chantal Lefebvre. Durée : 45 minutes (échange téléphonique).

Michel Mongeon, DSP Montréal-Centre (Planification et liaison), le 9 janvier 2002. Entrevue réalisée par Angèle Bilodeau et Chantal Lefebvre. Durée : 60 minutes.

Bruno Turmel, Direction de la protection de la santé publique, le 11 janvier 2002. Entrevue réalisée par Chantal Lefebvre. Durée : 20 minutes (échange téléphonique).

Johanne Otis, chercheure, COCQ-Sida et UQAM, le 25 janvier 2002. Entrevue réalisée par Angèle Bilodeau (échange téléphonique).

Nicole Marois, CQCS, le 6 février 2002. Entrevue réalisée par Chantal Lefebvre. Durée : 15 minutes.

Données recueillies auprès des membres du comité de pilotage, lors de la réunion du 12 décembre 2001 et lors de rencontres ou d'entrevues téléphoniques individuelles subséquentes, en décembre 2001 et en janvier et février 2002.

ÉMERGENCE DES PROGRAMMES

Action Séro-Zéro, Comité de coordination (2001). Guide de l'intervenant à Séro-Zéro. Montréal : Action Séro Zéro, 18 p.

Desrosiers, G. (1996). Évolution des concepts et pratiques modernes en santé publique : 1945-1992. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, 3 (1),* 18-28.

Ernst & Young / Hoffmann-LaRoche Limitée (1996). *En attendant la pilule magique : examen des politiques sur l'infection au VIH et le Sida au Canada*. Mississauga, Ontario : Hoffmann-LaRoche Limitée, 66 p.

Gouvernement du Québec (1991). *Loi sur les services de santé et les services sociaux (Loi 120)*. Québec : Éditeur officiel du Québec, 181 p.

Graveline, C., Robert, J., Thomas, R. (1998). *Les préjugés plus forts que la mort*. Montréal : VLB Éditeur, 91 p.

Lavoie, R. (1998). Deux solitudes : les organismes sida et la communauté gaie. In Demczuk, I. & Remiggi, F. W. (Eds.), *Sortir de l'ombre : histoires des communautés lesbienne et gaie de Montréal* (pp. 337-362). Montréal : VLB éditeur.

Lavoie, R. & Desjardins, Y. avec la collaboration de J. Otis. (2000). *« Sexe et réalités » : Les nouvelles thérapies pour le VIH/sida et les comportements sexuels sécuritaires des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes*. Montréal : Action Séro-Zéro, 33 p.

Ministère de la santé et des services sociaux, Centre québécois de coordination sur le sida (1991). *Sida. Document 1 : rapport sur la prévention. Orientations*. Québec : Gouvernement du Québec, 37 p.

Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (1992). *La politique de la santé et du bien-être*. Québec : Gouvernement du Québec, 192 p.

Ministère de la santé et des Services sociaux (2000a). *Portrait de l'épidémie de VIH/sida*. Montréal : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 20 p. En ligne. <http://www.msss.gouv.qc.ca/f/sujets/index.htm>. Consulté en février 2001.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2000b). *Plan d'organisation administrative du ministère de la Santé et des Services sociaux*. Québec : Gouvernement du Québec, 69 p.

Morrison, K. (1991). Séro Zéro : L'histoire des interventions en milieu gai montréalais de 1985 à nos jours sur la prévention de la transmission du VIH. Où va-t-on maintenant ? In Pollak et al. (Éds.), *Homosexualités et sida : Actes du colloque international, 12 et 13 avril 1991* (pp. 132-141). Lille : Cahiers Gai-Kitsch-Camp.

Remiggi, F. W. (1998). Le Village gai de Montréal : Entre le ghetto et l'espace identitaire. In Demczuk, I. & Remiggi, F. W. (Eds.), *Sortir de l'ombre : histoires des communautés lesbienne et gaie de Montréal* (pp. 265-289). Montréal : VLB éditeur.

Santé et Bien-être social Canada (1991). *Une collaboration fructueuse : l'action du gouvernement fédéral contre le sida. Stratégie nationale sur le sida. Rapport d'étape 1991. Premier rapport du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social au Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine*. Gouvernement du Canada, 18 p.

Santé Canada (1998). *La stratégie canadienne sur le VIH/sida : Ensemble nous irons plus loin*. Ottawa : Ministère de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 16 p. En ligne. <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/vih_sida/strat_can/f_pdf/strategie/french.pdf>. Consulté en mars 2001.

Site internet de la COCQ-Sida. <http://p.infinit.net/cocqsida/mission.htm> et <http://p.infinit.net/cocqsida/org_prem.htm>. Consulté en décembre 2000.

Site internet de la Cohorte Omega. <http: //omega.gre.ulaval.ca/francais/1f.htm>. Consulté en mai 2001.

Site internet de Action Séro Zéro. <http://www.sero-zero.qc.ca/> et <http://www.sero-zero.qc.ca/etrerezo/martin/martin35.html>. Consulté en décembre 2000.

Site internet de Santé Canada. <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/vih_sida/strat_can/-f_strat_admin/index.html>. Consulté en mars 2001.

Site internet de Divers/Cité. <http://www.diverscite.org/francais/index.htm>. Consulté le 17 juillet 2001.

PLANIFICATION DES PROGRAMMES POUR LA PÉRIODE 1992-1997

Action Séro Zéro (date n/d). Projet Ateliers : Planification, avec possibilité de modification pour l'année 1996-1997, 1 p.

Burrelle, R. (1998). *Cadre de référence qui circonscrit les espaces d'intervention fréquentés par Action Séro Zéro (d'après les idées recueillies auprès de René Lavoie et son équipe d'intervenants)*. Montréal, 20 p. et appendice.

Beauchemin, J., Bibeau, G., Morissette, C. (1994). *Évaluation de Pic-Atouts. Un programme pilote de prévention de l'infection par le VIH pour les utilisateurs de drogues injectables du quartier Hochelaga-Maisonneuve à Montréal.* Montréal : Régie régionale de la santé et des services sociaux, Direction de la santé publique, 21 p.

Centre québécois de coordination sur le sida (DGSP) et Direction de la recherche et de l'évaluation (DGPE) (1996). *Rapport de la consultation réalisée pour le bilan de la phase 3 et l'élaboration de la phase 4 de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 110 p.

Comité tactique UDI du Module de prévention et de contrôle des MTS et du VIH de la région de Montréal-Centre (novembre 1995). *Planification pour un plan d'action régional de prévention des MTS et du VIH auprès des UDI de la région de Montréal-Centre*. Montréal : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 4 p.

Direction de la santé publique de Montréal-Centre, Unité des maladies infectieuses (juin 1995). *Plan de travail pour un programme régional de prévention du VIH chez les usagers de drogues injectables de Montréal-Centre*. Montréal : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 11 p.

Direction de la santé publique de Montréal-Centre (1995). Subventions pour des projets de prévention du VIH et autres MTS. Bilan des activités 1993-1994. Montréal : Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre.

Direction de la santé publique de Montréal-Centre (1995). Subventions pour des projets de prévention du VIH et autres MTS. Bilan des activités 1994-1995. Montréal : Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre.

Direction de la santé publique de Montréal-Centre (1995). Subventions pour des projets de prévention du VIH et autres MTS. Bilan des activités 1995-1996. Montréal : Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre, 13 p. et annexes.

Direction de la Santé publique (1996). *Subventions pour les projets de prévention de la transmission du VIH et autres MTS*. Montréal : Direction de la Santé publique, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux.

Direction de la Santé publique (1997). *Subventions pour les projets de prévention du VIH et autres MTS. Bilan des activités 1995-1996*. Montréal : Direction de la santé publique, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux, 50 p.

Direction de la santé publique de Montréal-Centre (9 juillet 1997). *New therapies are not a miracle cure. Prevention is still the best way to fight AIDS*. Communiqué de presse, Montréal, 3 p.

Direction de la santé publique de Montréal-Centre (1997). Le visage changeant du sida à Montréal. Communiqué de presse, Montréal, 2 p.

Direction de la santé publique de Montréal-Centre (1997). Le visage changeant de l'infection au VIH et du sida. Montréal :DSP, Bulletin de l'unité Maladies infectieuses, vol. 2, no.5, décembre 1997, 4 p.

Hankins, C., Gendron, S. (1993). *Évaluation de Cactus-Montréal. Projet-pilote d'intervention auprès des usagers de drogues par injection*. Montréal : Hôpital général de Montréal, Département de santé communautaire, 23 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1990). *Orientations ministérielles à l'égard de l'usage et de l'abus des psychotropes.* Québec : Gouvernement du Québec, 35 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Centre québécois de coordination sur le sida (1992). *Stratégie québécoise de lutte contre le sida et de prévention des Maladies Transmissibles Sexuellement. Phase 3 Plan d'action 1992-1995*. Québec : Gouvernement du Québec, 31 p.

Régie régionale de Montréal-Centre (Février, 1993). *Plan de répartition budgétaire pour les fonds affectés à la prévention du VIH, du Sida et autres MTS*. Montréal (document interne), 10 p. et annexe (Guide d'utilisation du Programme de subvention des projets de prévention du VIH, du Sida et autres MTS, 8 p. et annexe).

Régie régionale de Montréal-Centre (7 mars 1996). *Consultation pour l'élaboration de la phase 4 de la stratégie québécoise de lutte contre le sida. Outil de cueillette d'informations auprès des régies régionales de la santé et des services sociaux. Section II pp. 31-36. Région de Montréal-Centre.* Québec : Ministère de la santé et des services sociaux, Direction générale de la santé publique, 180 p.

Demandes de subvention, évaluation des projets et contrats

Contrat d'affectation de fonds à la Régie régionale de Montréal-Centre émis par le MSSS. Exercice financier 1992-1993, 2 p.

Action Séro Zéro (1995). *Prévention du VIH chez les jeunes prostitués masculins ou les jeunes susceptibles de le devenir dans le Village gai de Montréal. Annexe au projet*. Montréal : Action Séro Zéro, 8 p.

Action Séro Zéro (1995). Demande de subvention pour fins de financement d'une programmation intégrée. Montréal : Action Séro Zéro, 17 p.

Formulaire de présentation des projets. Subventions pour des projets de prévention du VIH-Sida et autres MTS pour fins de financement en 1996-1997, date limite de réception : le 17 novembre 1995. Complété par Action Séro Zéro pour le projet Bars en bars (35a), 10 p. et annexe.

Formulaire de présentation des projets. Subventions pour des projets de prévention du VIH-Sida et autres MTS pour fins de financement en 1996-1997, date limite de réception : le 17 novembre 1995. Complété par Action Séro Zéro pour le projet Onto-bars (35b), 8 p.

Formulaire de présentation des projets. Subventions pour des projets de prévention du VIH-Sida et autres MTS pour fins de financement en 1996-1997, date limite de réception : le 17 novembre 1995. Complété par Action Séro Zéro pour le projet Au sauna… On s'emballe ! (35c), 8 p.

Formulaire de présentation des projets. Subventions pour des projets de prévention du VIH-Sida et autres MTS pour fins de financement en 1996-1997, date limite de réception : le 17 novembre 1995. Complété par Action Séro Zéro pour le projet Communication et marketing social (35d), 8 p.

Formulaire de présentation des projets. Subventions pour des projets de prévention du VIH-Sida et autres MTS pour fins de financement en 1996-1997, date limite de réception : le 17 novembre 1995. Complété par Action Séro Zéro pour le projet Les Ateliers (35e), 8 p.

Formulaire de présentation des projets. Subventions pour des projets de prévention du VIH-Sida et autres MTS pour fins de financement en 1996-1997, date limite de réception : le 17 novembre 1995. Complété par Action Séro Zéro pour le projet Prostitution masculine (35f), 8 p.

Formulaire de présentation des projets. Subventions pour des projets de prévention du VIH-Sida et autres MTS pour fins de financement en 1996-1997, date limite de réception : le 17 novembre 1995. Complété par Action Séro Zéro pour le projet Parcs en parcs (35g), 8 p.

Formulaire de présentation des projets. Subventions pour des projets de prévention du VIH-Sida et autres MTS pour fins de financement en 1996-1997, date limite de réception : le 17 novembre 1995. Complété par Action Séro Zéro pour le projet Soutien aux groupes communautaires gais (35h), 8 p.

Formulaire de présentation des projets. Subventions pour des projets de prévention du VIH-Sida et autres MTS pour fins de financement en 1996-1997, date limite de réception : le 17 novembre 1995. Complété par Action Séro Zéro pour le projet Liaison : intervenants auprès des jeunes en difficultés (35i), 8 p.

Action Séro Zéro (octobre 1996). Renouvellement de la demande intégrée dans l'année financière 1996-1997. Montréal : Action Séro Zéro, 22 p.

Formulaire de présentation du rapport d'étape et demande de renouvellement des projets de prévention du VIH/sida et autres MTS (1996-1997), date limite de réception des projets à l'Unité Maladies infectieuses : 24 octobre 1996, complété par Action Séro Zéro pour le projet Bars en bars (35a), 11 pages et annexes.

Formulaire de présentation du rapport d'étape et demande de renouvellement des projets de prévention du VIH/sida et autres MTS (1996-1997), date limite de réception des projets à l'Unité Maladies infectieuses : 24 octobre 1996, complété par Action Séro Zéro pour le projet Au sauna… On s'emballe ! (35c), 11 p.

Formulaire de présentation du rapport d'étape et demande de renouvellement des projets de prévention du VIH/sida et autres MTS (1996-1997), date limite de réception des projets à l'Unité Maladies infectieuses : 24 octobre 1996, complété par Action Séro Zéro pour le projet Marketing social (35d), 11 p.

Formulaire de présentation du rapport d'étape et demande de renouvellement des projets de prévention du VIH/sida et autres MTS (1996-1997), date limite de réception des projets à l'Unité Maladies infectieuses : 24 octobre 1996, complété par Action Séro Zéro pour le projet Les Ateliers (35e), 11 pages et annexes.

Formulaire de présentation du rapport d'étape et demande de renouvellement des projets de prévention du VIH/sida et autres MTS (1996-1997), date limite de réception des projets à l'Unité Maladies infectieuses : 24 octobre 1996, complété par Action Séro Zéro pour le projet Parcs en parcs (35g), 11 p.

Fiche synthèse de l'évaluation faite par le Comité d'évaluation de la DSP le 20 novembre 1996. Subvention pour les projets en continuité prévention du VIH et autres MTS 1997-1998, projet 35 C, 1 p.

Fiche synthèse de l'évaluation faite par le Comité d'évaluation de la DSP le 20 novembre 1996. Subvention pour les projets en continuité prévention du VIH et autres MTS 1997-1998, projet 35 A, 2 p.

Fiche synthèse de l'évaluation faite par le Comité d'évaluation de la DSP (date n/d) dans le cadre de la subvention pour les projets en continuité prévention du VIH et autres MTS 1996-1997 : 35 D Action Séro Zéro, 1 p.

Fiche synthèse de l'évaluation faite par le Comité d'évaluation de la DSP (date n/d) dans le cadre de la subvention pour les projets en continuité prévention du VIH et autres MTS 1996-1997 : 35 E Action Séro Zéro, 1 p.

Fiche synthèse de l'évaluation faite par le Comité d'évaluation de la DSP (date n/d) dans le cadre de la subvention pour les projets en continuité prévention du VIH et autres MTS 1996-1997 : 35 G Action Séro Zéro, 2 p.

Fiche synthèse de l'évaluation faite par le Comité d'évaluation de la DSP (date n/d) dans le cadre de la subvention pour les projets en continuité prévention du VIH et autres MTS 1996-1997 : 35 A Action Séro Zéro, 2 p.

Fiche synthèse de l'évaluation faite par le Comité d'évaluation de la DSP (date n/d) dans le cadre de la subvention pour les projets en continuité prévention du VIH et autres MTS 1996-1997 : 35 C Action Séro Zéro, 1 p.

Direction de la santé publique. Subventions pour les projets de prévention de la transmission du VIH et autres MTS 1996-1997. Contrat entre la Régie régionale de Montréal-Centre et l'organisme subventionné (Action Séro Zéro) pour le projet *Parcs en parcs*, 2 p.

Compte-rendus de réunions

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. Compte rendu de la rencontre du 9 mai 1995, 2 p. Objet : Subventions pour les projets de prévention de la transmission du VIH et autres M.T.S. 1994/1995. Projet « Jeunes prostitués masculins dans le Village gai ».

Correspondance

Lettre du CQCS à la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre, le 26 novembre 1992, 2 p.

Lettre de la Régie régionale de Montréal-Centre aux DSC, CSS, CLSC, CR et aux organismes communautaires. Le 4 février 1993, 3 p. Objet : Appel d'offres – prévention du VIH/sida et des autres MTS chez certains groupes cibles.

Lettre du Ministre de la Santé et des Services sociaux au Directeur de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre. Le 5 juillet 1993, 2 p. et annexes.

Lettre de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre au Ministre de la santé et des services sociaux. Le 12 juillet 1993, 1 p. Objet : Recommandations – Prévention du VIH, du sida et des autres MTS.

Lettre du CQCS à la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre. Le 3 septembre 1993, 2 p. et annexes.

Lettre de Action Séro Zéro à la Régie régionale (DSP). 27 mars 1995, 1 p. Objet : Demande de financement du projet « prostitution jeunes hommes gais ».

Lettre de Action Séro Zéro à la Régie régionale. 4 juillet 1995, 2 p. Objet : Demande de subvention.

Lettre de la DSP à Action Séro Zéro. 15 août 1995, 2 p. Objet : Demande de subvention pour la prévention de la transmission du VIH auprès des HARSAH.

Lettre de la Régie régionale (DSP) à Action Séro Zéro. 21 avril 1995, 2 p. Objet : Évaluation du projet « Prévention du VIH chez les jeunes prostitués masculins susceptibles de le devenir dans le Village gai de Montréal ».

Lettre de la Régie régionale (DSP) à la Faculté des Sciences infirmières de l'Université de Montréal. 21 avril 1995, 1 p. Objet : Évaluation du projet « Prévention du VIH chez les jeunes prostitués masculins ou les jeunes susceptibles de le devenir dans le Village gai de Montréal ».

Lettre de Action Séro Zéro à la Régie régionale. 3 mai 1995, 1 p. Objet : « Jeunes prostitués masculins dans le Village gai ».

Lettre de la DSP (planification) à la DSP (Direction). 16 mai 1995, 1 p. Objet : Subventions pour les projets de prévention de la transmission du VIH et autres MTS 1994-1995 : évaluation du projet « Jeunes prostitués masculins dans le Village gai ».

Memorandum interne de la DSP (MI) au responsable du Module de prévention et de contrôle des MTS/Sida (MI). 31 mai 1995, 5 p. Objet : Projet « Prévention du VIH chez les jeunes prostitués masculins dans le Village gai de Montréal » soumis par Action Séro Zéro pour subvention par le fonds CQCS.

Lettre de la DSP (MI) au Directeur de la santé publique. 14 juin 1995, 2 p. Objet : Demande de subvention Séro-Zéro pour le projet « Prévention du VIH chez les jeunes prostitués masculins ou susceptibles de le devenir dans le Village de gai de Montréal ».

Lettre de la DSP au CQCS. 22 juin 1995, 1 p. Objet : Fonds non récurrent 1994/1995 – Subvention pour le développement du projet : « Prévention du VIH chez les jeunes prostitués masculins susceptibles de le devenir dans le Village gai de Montréal »

Lettre de la DSP à Action Séro Zéro. 22 juin 1995, 2 p. Objet : Fonds non récurrent 1994/1995 – Subvention pour le développement du projet : « Prévention du VIH chez les jeunes prostitués masculins susceptibles de le devenir dans le Village gai de Montréal ».

Lettre du CQCS à la DSP. 4 juillet 1995, 1 p. Objet : Fonds non récurrent 1994/1995 – Subvention pour le développement du projet : « Prévention du VIH chez les jeunes prostitués masculins susceptibles de le devenir dans le Village gai de Montréal ».

Lettre de Action Séro Zéro à la Régie régionale. 30 novembre 1995, 2 p. Objet : demande intégrée.

Lettre du CQCS à l'Unité de maladies infectieuses de l'Hôpital général de Montréal. 12 décembre 1995, 2 p. Objet : Demande de financement pour rendre davantage accessibles des seringues aux UDI dans la région de Montréal-Centre.

Lettre de la Régie régionale à Action Séro Zéro. 12 janvier 1996, 2 p. Objet : Subventions pour des projets de prévention de la transmission du VIH et autres MTS 1995-1996 –demande intégrée projet no 35.

Lettre de Action Séro Zéro à la Régie régionale. 25 janvier 1996, 2 p. et annexe. Objet : Demande intégrée : (projet 35) Informations complémentaires et précisions.

Lettre de la DSP à Action Séro Zéro. 4 mars, 1996, 2 p. Objet : Subventions pour des projets de prévention de la transmission du VIH et autres MTS –Demande intégrée / Projet no. 35.

Lettre de Action Séro Zéro à la DSP (MI). 9 septembre 1996, 2 p. Objet : Reconduction des projets financés dans le cadre de l'appel d'offres de 1995-1996 pour l'année financière 1996-1997.

Lettre de la Régie régionale à Action Séro Zéro. 19 septembre 1996, 2 p. Objet : Subventions pour les projets de prévention de la transmission du VIH et autres MTS 1996-1997 : Formulaire de présentation du rapport d'étape et demande de renouvellement des projets.

Lettre de la Régie régionale à Action Séro Zéro. 26 septembre 1996, 2 p. Objet : Processus d'allocation des subventions pour des projets de prévention du VIH et autres MTS 1996-1997.

Lettre de la Régie régionale à Action Séro Zéro. 22 octobre 1996, 2 p.

Lettre de Action Séro Zéro à la Régie régionale. 24 octobre 1996, 2 p. Objet : Renouvellement demande de projet intégré.

Lettre de la Régie régionale à Action Séro Zéro. 12 novembre 1996, 2 p. Objet : Subventions pour les projets de prévention de la transmission du VIH et autres MTS 1996-1997 : Projets intégrés no. 35 (Bars en bars, Au Sauna… On s'emballe!, Marketing social, Ateliers et Parcs en parcs).

Lettre de la Régie régionale à Action Séro Zéro. 28 novembre 1996, 2 p. Objet : Subventions pour les projets de prévention du VIH et autres MTS 1997-1998. Projet no. 35 A Bars en bars; Projet no. 35 C : Au sauna… On s'emballe !

Note de service du répondant pour les projets « Hommes ayant des relations homosexuelles » (DSP) au Comité d'évaluation des projets de prévention VIH/MTS 1997-1998. 9 décembre 1996, 2 p. Objet : Avis sur les projets #35A (Bar en bar) et 35C (Au sauna...) de Action Séro-Zéro.

Lettre de la DSP à Action Séro Zéro. 13 janvier 1997, 1 p. Objet : Suivi des demandes de renouvellement de la subvention des projets de prévention du VIH et autres MTS.

Lettre de Action Séro Zéro à la DSP. 3 février 1997, 2 p. Objet : rapport final du projet no. 35.

Lettre de la Régie régionale à Action Séro Zéro. 10 mars 1997, 4 p. Objet : Subvention pour les projets de prévention de la transmission du VIH et autres MTS 1996-1997. Évaluation du projet 35 –Demande intégrée (Bars en bars, Au Sauna… On s'emballe !, Marketing social, Ateliers, Parcs en parcs).

Lettre de la Régie régionale à Action Séro Zéro. 10 mars 1997, 1 p. Objet : Subvention pour les projets de prévention de la transmission du VIH et autres MTS 1996-1997. Évaluation du projet 35 –Demande intégrée (Bars en bars, Au Sauna… On s'emballe !, Marketing social, Ateliers, Parcs en parcs). Dernier versement de la subvention 1995-1996.

Lettre de Action Séro Zéro à la DSP. 10 avril 1997, 1 p.

Lettre de la Régie régionale à Action Séro Zéro. 2 mai 1997, 2 p. Objet : Gestion financière des projets financés dans le cadre des projets de prévention de la transmission du VIH et autres MTS 1996-1997.

Lettre de la Régie régionale à Action Séro Zéro. 7 mai 1997, 2 p. Objet : Procédures à suivre concernant l'achat de matériel médical nécessaire à la réalisation des projets financés dans le cadre de la subvention des projets de prévention de la transmission du VIH et autres MTS 1996-1997.

Lettre de Action Séro Zéro à la DSP. 9 juillet 1997, 1 p. Objet : Rapport d'activités final du projet Prostitution.

Lettre de Action Séro Zéro à la DSP. 17 juillet 1997, 1 p. Objet : Projet de Marketing social.

Lettre de Action Séro Zéro à la Régie régionale. 28 août 1997, 1 p. Objet : Rapport mi-parcours du projet Parc de Action Séro Zéro.

Lettre de Action Séro Zéro à la Régie régionale. 30 octobre 1997, 1 p. Objet : rapport d'activités mi-parcours projet intégré no 35.

Lettre de la Régie régionale à Action Séro Zéro. 6 novembre 1997, 2 p. Objet : Renouvellement de la « Stratégie québécoise de lutte contre le sida – phase 4 ». Subventions pour les projets de prévention de la transmission du VIH et des MTS. Prolongation de la subvention de 1997-1998.

Lettre de Action Séro Zéro à la DSP. 26 janvier 1998, 2 p. Objet : projet jeunes prostitués.

Lettre de la Régie régionale à Action Séro Zéro. 9 février 1998, 3 p. Objet : Subvention pour les projets de prévention de la transmission du VIH et des MTS 1998. –Demande de prolongation pour le projet 35 (demande intégrée) : « Bars en bars, Au sauna…on s'emballe !, Ateliers, Parc en parc ».

Lettre de Action Séro Zéro à la DSP. 10 février 1998, 1 p. Objet : Rapport financier du projet 35 G : Parc en parc.

Lettre de Action Séro Zéro à la DSP. 26 février 1998, 2 p. Objet : Copie de l'entente signée de la prolongation de 6 mois du projet intégré no. 35.

Lettre de la Régie régionale à Action Séro Zéro. 17 mars 1998, 2 p. Objet : Aide financière pour le projet « prostitution » et modalités de gestion financière des projets financés dans le cadre du Programme de prévention VIH/MTS 1997-1998.

Lettre de Action Séro Zéro à la DSP. 17 avril 1998, 1 p. Objet : rapports d'évaluation des campagnes de Marketing social.

Rapports d'activités

Plante, Daniel (1995). Projet « Parcs » : rapport fin d'étape. Montréal : Action Séro Zéro, 18 p.

Action Séro Zéro (février 1997). Rapport final Projet no. 35 (A. Bars en bars; C. Au sauna… on s'emballe !; D. Marketing social; E. Les Ateliers; G. Parc en parc) adressé à la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique.

Action Séro Zéro (octobre 1997). Projet Parc 1997. Rapport fin d'étape. Montréal : Action Séro Zéro, 11 p. et annexes.

Action Séro Zéro (mars 1998). Rapport d'activités final Projet no. 35 Demande intégrée (Ateliers, Bars en bars, Au sauna… On s'emballe!).

Documents d'évaluation

Kishchuk, N., en coll. avec Séro Zéro (C-SAM) & Hunt. A. (1994). *La campagne social du Projet Séro Zéro. Évaluation de la visibilité de la campagne et de la compréhension du message auprès des hommes fréquentant le Centre ville de Montréal. Faits saillants*. Montréal, document de travail, 11 p. et annexes.

Dupont, M., en coll. avec Otis, J., Beauchemin, J. & Action Séro Zéro (1997). *Évaluation de Bar en bar : un programme de prévention du VIH dans les bars gais de Montréal* (Projet subventionné par le CQCS, Direction générale de la santé publique, MSSS). Montréal, 59 p. et annexes.

Kishchuk, N., Beauchemin, J. (1998). *Campagne de Marketing social de Séro-Zéro. Rapport d'évaluation* (Projet subventionné par le CQCS, Direction générale de la santé publique, MSSS). Montréal : Action Séro Zéro, 20 p.

Morrison, K., en coll. avec Otis, J. & Bernèche, R. (1996). *Au sauna… on s'adapte : Évaluation de Au sauna… On s'emballe ! Programme d'intervention de Séro-Zéro* (Projet subventionné par le Centre de Coordination sur le Sida, Direction générale de la Santé publique, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec). Montréal : Action Séro Zéro, 49 p. et annexes.

PLANIFICATION DES PROGRAMMES POUR LA PÉRIODE 1998-2001

Action Séro Zéro (printemps 1998). *Réflexion stratégique 1998-2002*. Montréal : Action Séro Zéro, 17 p.

COCQ-Sida (1998). *Mémoire de la Table des organismes montréalais de lutte au sida/ Comité de la Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida adressé à la Régie régionale de Montréa*l. Montréal : COCQ-Sida, 9 p. En ligne. <http://websos.org/cocqdocs/TOMS_Regie.pdf>. Consulté le 28 décembre 2000.

COCQ-Sida (1998). *Rapport de la tournée provinciale : Bilan et perspectives*. Montréal : COCQ-Sida, 22 p. En ligne. <http://websos.org/cocqdocs/rapportfinal.pdf>. Consulté le 28 décembre 2000.

COCQ-Sida (1998). *Rapport d'activités final 1998-1999*. Montréal : COCQ-Sida, 26 p. En ligne. <http://websos.org/cocqdocs/rapdac9899.pdf>. Consulté le 28 décembre 2000.

COCQ-Sida (1999). *Plan d'action 1999-2000*. Montréal : COCQ-Sida, 7 p. En ligne. <http://websos.org/cocqdocs/plandac9900.pdf>. Consulté le 28 décembre 2000.

Direction de la santé publique (1998a). *Priorisation des activités de promotion de prévention et de protection pour la région de Montréal-Centre, Stratégie québécoise de lutte contre le sida – Phase 4.* Montréal : Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre, document interne, 31 p.

Direction de la santé publique (1998b). *Programme de prévention du VIH et des autres MTS pour la région de Montréal-Centre : Cadre de référence pour le financement 1998-1999*. Montréal : Régie régionale de la Santé et des Services sociaux, Direction de la santé publique, 23 p.

Direction de la santé publique (2000). *Cadre de référence du programme de prévention du VIH-sida et autres MTS. Plan régional VIH/sida.* Montréal : Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre, 22 p.

Direction de la santé publique de Montréal-Centre (MI, Secteur MTS-VIH/sida) (juin 2001). *Trois ans déjà… Le point sur la planification stratégique : Fiche-synthèse des orientations pour un secteur d'activité*. Montréal : DSP, document interne, 8 p.

Direction de la santé publique (2001). PPVIH-PUDI. Planification 2000-2002. Décisions. HARSAH. Montréal : Direction de la santé publique, document interne, 2 p.

Direction de la santé publique de Montréal-Centre, équipe MTS/sida (31 mai 2001). *État de situation sur l'épidémie de VIH/sida dans la région de Montréal-Centre, 2001. Section 1 – Situation épidémiologique du VIH/sida et de l'hépatite C, Région de Montréal-Centre*. Montréal : DSP, document interne, 23 p.

Ministère de la santé et des services sociaux, Direction générale de la santé publique (1997). *Stratégie québécoise de lutte contre le sida. Phase 4. Orientations 1997-2002*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 31 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1997). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*. Québec : Gouvernement du Québec, 103 p.

Ministère de la santé et des services sociaux, Direction générale de la santé publique (1998). *Stratégie québécoise de lutte contre le sida. Phase 4. Plan d'action 1998-2000 du Centre québécois de coordination sur le sida*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 20 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique (1999). *Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes : Cadre de référence pour la prévention de la transmission de l'infection au VIH*. Québec : Ministère de la santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, 25 p.

Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la programmation et de la coordination et Direction de la santé publique (juin 2000). *Rapport de la tournée des organismes communautaires sida « Catégorie Sida ». Automne 1999. Plan régional VIH/sida.* Montréal : Régie régionale de la Santé et des Services sociaux, 29 p. et annexes.

Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre (2000). *Cadre de référence du programme de prévention du VIH/sida et autres MTS : Plan régional VIH/sida. Préparé par Module de prévention et de contrôle MTS-Sida, Unité de maladies infectieuses, Direction de la santé publique, Régie régionale Montréal-Centre*, 22 p.

Rémis, R. S., Leclerc, P., Vandal, A. C. (1999). *La situation du sida et de l'infection au VIH au Québec, 1996.* Montréal : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec : Ministère de la santé et des services sociaux, Direction générale de la santé publique, 61 p.

Demandes de subvention et évaluation des projets

Fiche synthèse (formulaire) réalisée par le CQCS et adressée au MSSS (Cabinet du sous-ministre, DGSP), (date n/d - 1999), 2 p. Objet : Demande de financement pour la réalisation d'une campagne provinciale de communication auprès de la population homosexuelle.

Formulaire de demande de subvention de la Régie régionale de Montréal-Centre. Programme de soutien aux organismes communautaires (SOC). Formulaire complété par Action Séro Zéro, en date du 15 janvier 1999, pour la période du 1er avril 1999 au 31 mars 2000, 6 p.

Action Séro Zéro (mars 1999). Demande de subvention adressée au CQCS, pour le projet Campagne provinciale de prévention auprès de la communauté gaie québécoise, 1999-2001, 14 p.

1999- Formulaire de demande de subvention de la Régie régionale de Montréal-Centre. Demande de soutien 2001-2001. Option A. Formulaire complété par Action Séro Zéro, en date du 31 décembre 1999, 10 p.

Direction de la santé publique. Subventions pour les projets de prévention de la transmission du VIH et autres MTS 2001-2002 (Option A). Contrat entre la Régie régionale de Montréal-Centre et l'organisme subventionné (Action Séro Zéro) pour le projet *Intervention auprès des hommes gais et bisexuels*, 2 p.

Comptes rendus de réunions

Action Séro Zéro (1999). Procès verbal de l'Assemblée générale annuelle tenue le 9 juin 1999 à 19h30. Montréal : Action Séro Zéro, 17 p. et annexe.

Action Séro Zéro (24 novembre 1998). Communiqué et dossier de presse : convocation à une conférence de presse, le jeudi 26 septembre, 11 heures, parc de l'Espoir, résumé de la présentation de René Lavoie, Directeur Action Séro Zéro : « On est écoeuré de crever pis on n'est pas des caves : coupure de 50% dans la prévention du VIH auprès des gais ». Montréal : Action Séro Zéro, 3 p. et annexes.

Procès verbal de la rencontre du Comité aviseur Campagne de Marketing social. 14 juin 1999, 3 p.

Action Séro Zéro. Pochette d'information promotionnelle portant sur les campagnes de marketing social d'Action Séro Zéro, incluant un historique et la programmation de l'organisme. Montréal : Action Séro Zéro, 7 p.

Ordre du jour du 6 mai 1998. Rencontre de Action Séro Zéro avec différents partenaires et bailleurs de fonds, 1301 Sherbrooke Est, 2e étage, local 2285 à 9h30.

Procès verbal de la rencontre du Comité de prévention de la COCQ-Sida. 10 octobre 2000, 2 p.

Correspondance

Lettre de Action Séro Zéro à la Régie régionale. 6 mai 1998, 2 p. Objet : Rapport final du projet intégré no. 35.

Lettre de la DSP à Action Séro Zéro et al. 19 juin 1998, 2 p. Objet : Programme de subvention 1998-1999.

Lettre de la DSP (MI) à Action Séro Zéro. 23 juin 1998, 2 p. Objet : Matériel de protection.

Lettre de Action Séro Zéro à la DSP (MI). 8 septembre 1998, 2 p.

Lettre de la DSP (MI) à Action Séro Zéro. 29 décembre 1998, 3 p. Objet : Programme de prévention du VIH et des autres MTS pour la région de Montréal-Centre 1998-1999 et 1999-2000.

Lettre de la DSP (MI) à Action Séro Zéro. 18 janvier 1999, 1 p. Objet : « Programme de prévention du VIH et autres MTS; 1999-2000 » (Option A et B Continu). Présentation du plan d'action de l'organisme.

Lettre de Action Séro Zéro à la Régie régionale. 27 janvier 1999, 2 p. Objet : Rétractation du projet Option B.

Lettre de Action Séro Zéro au CQCS. 9 mars 1999, 2 p. Objet : Campagne provinciale de prévention auprès de la communauté gaie québécoise, 1999-2001.

Lettre de la DSP (MI) à Action Séro Zéro. 14 avril 1999, 1 page et annexe. Objet : Programme de prévention du VIH et des autres MTS. Matériel de protection : Bilan 1998-1999.

Lettre de Action Séro Zéro à la Direction de santé publique. 18 mai 1999, 1 p. Objet : Avis de convocation à l'Assemblée générale annuelle de Action Séro Zéro.

Lettre de Action Séro Zéro à la DSP. 7 juin 1999, 1 p. Objet : rapport d'activités pour l'année financière 1998-1999.

Lettre de la DSP (MI) à Action Séro Zéro. 2 décembre 1999, 2 p. Objet : Programme de subvention du VIH et des autres MTS pour la région de Montréal-Centre 2000-2001.

Lettre de Action Séro Zéro à la Régie régionale. 22 décembre 1999, 3 p. Objet : Renouvellement de la subvention prévention du VIH.

Lettre de Action Séro Zéro au CQCS. 9 mars 1999, 2 p. Objet : Projet « Campagne provinciale de prévention auprès de la communauté gaie québécoise, 1999-2000 ».

Note de service du CQCS au sous-ministre adjoint du MSSS. 22 avril 1999, 2 p. Objet : Demande de financement pour la réalisation d'une campagne provinciale de communication auprès de la population homosexuelle.

Lettre du MSSS (DGSP) à Action Séro Zéro. 28 avril 1999, 1 p. Objet : Réponse à la demande de financement au CQCS.

Note de service du CQCS au sous-ministre adjoint du MSSS. 5 mai 1999, 2 p. Objet : Demande de financement pour la réalisation d'une campagne provinciale de communication auprès de la population homosexuelle.

Lettre de la DSP (MI) à Action Séro Zéro. 11 mai 2000, 2 p. Objet : Programme de prévention du VIH et des autres MTS pour la région de Montréal-Centre 2000-2001.

Lettre de Action Séro Zéro à la DSP. 20 juin 2000, 1 p. Objet : Rapport d'activités 1999-2000.

Lettre de la DSP (MI) à Action Séro Zéro. 19 juillet 2000, 1 p. Objet : Programme de prévention du VIH et des autres MTS pour la région de Montréal-Centre – Année 2000-2001. Projet : A-35 Intervention auprès des hommes gais.

Memorandum interne (DSP). Objet : propositions d'activités de prévention du VIH auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HRSH), Montréal-Centre, 8 p.

Lettre de la DSP (MI) à Action Séro Zéro. 8 décembre 2000, 2 p. Objet : Programme de subvention du VIH et des autres MTS pour la région de Montréal-Centre Année 2001-2002.

Lettre de Action Séro Zéro à la DSP (MI). 25 janvier 2001, 3 p. Objet : demande de renouvellement de subvention prévention VIH.

Rapports d'activités

Action Séro Zéro (27 mai 1998). Rapport d'activités pour l'année 1997-1998. Montréal : Action Séro Zéro, 14 p.

Action Séro Zéro (mars 1999). Rapport d'activités final 1998-1999 Projet no. 35 : Demande intégrée adressé à la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre.

Action Séro Zéro (1999). Assemblée générale annuelle. Rapport d'activités pour l'année 1998-1999. Montréal : Action Séro Zéro, 15 p.

Action Séro Zéro (juin 2000). Rapport Santé publique : Projet Milieux et Ateliers 1999-2000. Montréal : Action Séro Zéro.

Action Séro Zéro (7 juin 2000). Sixième assemblée générale annuelle. Cahier d'assemblée 1999-2000. a. Rapport d'activités pour l'année 1999-2000, 19 p.; b. Prévisions des activités pour l'année 2000-2001, 12 p.

Beauregard, Alain (2000). Projet de Marketing social : Rapport d'activités 1999-2000. Montréal : Action Séro Zéro, 8 p.

Action Séro Zéro (2001). Rapport d'activités 2000-2001, présenté à l'assemblée générale annuelle. Montréal : Action Séro Zéro, 18 p. En ligne. <http://www.sero-zero.qc.ca/RapAnn2001.pdf>. Consulté en septembre 2001.

Documents d'évaluation

Otis, J., Bastien, R., Fournier, K., Beaudry, A., Pelletier, R., Leroux, R. (1998). *Interventions dans les parcs auprès d'hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes : un projet provincial de recherche – action*. Montréal : Université du Québec à Montréal, rapport préliminaire, 25 p.

Otis, J., Cyr, C., Beauchemin, J. & Fugère, A. (1999). *Évaluation des ateliers d'estime de soi et d'affirmation de soi offerts par Action Séro-Zéro aux hommes gais de Montréal (Projet subventionné par Santé Canada –PACS).* Rapport de recherche, Montréal, 20 p.

Divulguer des chiffres : une interprétation des données d'Oméga sur l'incidence du VIH. Une discussion avec le docteur Robert Remis. Montréal : INF'OMÉGA (décembre 2001), 2 p. (Texte préparé par Kim Engler *professionnelle de recherche cohorte OMÉGA).*

Otis, J., George, C., Alary, M., Gaudreault, M. et collaborateurs (2001). *Depuis le début de la cohorte, le sexe anal à risque est-il plus fréquent chez les participants d'Oméga*? Montréal : INF'OMÉGA, décembre 2001, 3 p.