

RAPPORT DE RECHERCHE



Êtes-vous satisfait ?

Peut-on faire mieux... autrement ?

Rapport de l'enquête auprès d'hommes ayant des relations sexuelles et affectives avec d'autres hommes sur l'approche globale de la santé et du mieux-être à Action Séro Zéro

préparé par Jean Dumas
sous la direction de Robert Rousseau et
Maria Nengeh Mensah

AVRIL 2008

SÉRO ZÉRO

UQÀM Service aux collectivités
Université du Québec à Montréal

Comité d'encadrement

Maria Nengeh Mensah, professeure de l'École de travail social de l'UQÀM,
responsable de la recherche

Robert Rousseau, directeur général de Action Séro Zéro

Jean Dumas, assistant de recherche

Claire Vanier, Service aux collectivités de l'UQAM

Recherche

Jean Dumas

Mise en page et coordination de la production

Claire Vanier, Service aux collectivités de l'UQAM

Soutiens financiers

Programme d'aide financière à la recherche et à la création, UQAM
Dans le cadre des Services aux collectivités, Volet 2

**Service aux collectivités de
l'Université du Québec à Montréal**

Téléphone : (514) 987-3177
Télécopieur : (514) 987-6845
www.sac.uqam.ca

**Programme conjoint études-travail, de
l'Université du Québec à Montréal et du
Ministère de l'Éducation, du Loisir et du
Sport du Québec**

(514) 987-3000, poste 5610
(514) 987-8739
www.sve.uqam.ca

UQAM, Case postale 8888, Succ. Centre-Ville, Montréal (Qc), Canada, H3C 3P8

REMERCIEMENTS

Nous remercions les membres du comité d'orientation, du comité de recherche et du conseil d'administration de Action Séro Zéro d'avoir commenté différentes étapes de la recherche. En particulier, les commentaires et les suggestions de Bill Ryan (président), Jean-Marc Trépanier (trésorier), Thomas Haig (coordonnateur à l'intervention) et Claude Poisson (coordonnateur du programme travailleurs du sexe) ont été d'un apport substantiel. Soulignons également la collaboration fructueuse et conviviale entre les membres du comité d'encadrement. Nos remerciements vont aussi au Service aux collectivités de l'UQAM, dont le soutien financier et en ressource humaine a grandement favorisé la réalisation du projet. Enfin, cette enquête n'aurait pas été possible sans la généreuse participation des hommes gais et bisexuels qui ont répondu à notre questionnaire, tant sur Internet que dans les milieux, les bénévoles de Action Séro Zéro et bien sûr ses intervenants. Merci à tous !

TABLE DES MATIÈRES

PARTIE I. INTRODUCTION	1
1.1. Contexte de l'étude	1
1.2. Objectifs et questions de recherche.....	3
PARTIE II. MÉTHODOLOGIE	5
2.1. Collecte des données.....	5
2.1.2. Administration du questionnaire.....	6
2.2. Analyse des données.....	7
2.2.1. Dimensions éthiques de la recherche.....	7
2.3. Les limites de la recherche.....	7
PARTIE III. RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE	9
3.1. Données sociodémographiques.....	9
3.2. Connaissance, utilisation et satisfaction envers les sources d'information, les activités et les services.....	11
3.2.1. Connaissance, consultation et satisfaction envers les sources d'information.....	11
3.2.2. Connaissance, participation et satisfaction envers les activités proposées	12
3.2.3. Connaissance, utilisation et satisfaction envers les services	13
3.3. L'opinion des répondants à propos de Action Séro Zéro.....	15
3.4. L'opinion des répondants à propos des concepts de santé globale et de santé gaie	17
3.5. L'opinion des répondants au sujet des services de santé	19
3.6. Les préoccupations des répondants en matière de santé au cours de la dernière année	20
3.7. Les besoins ressentis d'obtenir de l'aide et l'aide obtenue ou non.....	22
3.8. Les types d'organismes, de professionnels ou de personnes consultées suivant les préoccupations	25
3.9. Les priorités en matière de services à mettre en place	28
3.10. La pertinence de Action Séro Zéro pour apporter des réponses aux besoins prioritaires.....	29
3.11. Le type d'organisme souhaité d'ici cinq ans.....	30
3.12. Les commentaires généraux sur Action Séro Zéro et sur l'étude.....	31
PARTIE IV. SYNTHÈSE ET DISCUSSION	33
4.1. Les perceptions à propos des services offerts actuellement par Action Séro Zéro en termes de pertinence, de variété et d'accessibilité.....	33
4.2. La compréhension des concepts de « santé globale » et de « santé gaie »	33
4.3. L'opinion des répondants au sujet des services de santé	34
4.4. Les préoccupations au cours de la dernière année, les besoins ressentis d'obtenir de l'aide et l'aide obtenue	34
4.5. Les priorités en matière de services à mettre en place et la pertinence d'Action Séro Zéro pour apporter des réponses aux besoins identifiés	35
4.6. Les souhaits exprimés quant à l'avenir de l'organisme	36
4.7. Caractéristiques et besoins spécifiques des répondants en fonction des sous-groupes de l'échantillon.....	36
4.7.1. Les hommes âgés de plus ou moins 30 ans	37
4.7.2. Le statut sérologique.....	38
4.7.3. Le lieu de résidence.....	41
4.7.4. L'origine culturelle	42
4.7.5. Avoir déclaré plus de cinq préoccupations de santé au cours de la dernière année	43
PARTIE V. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	45
BIBLIOGRAPHIE	49
LISTE DES APPENDICES	52

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 2.1. Thèmes ciblés dans le questionnaire	6
Tableau 2.1.2. Lieux de collecte et effectif	9
Tableau 3.2.1. Connaissance, consultation et satisfaction envers les sources d'informations offertes par Action Séro Zéro.....	12
Tableau 3.2.2. Connaissance, participation et satisfaction envers les activités proposées	13
Tableau 3.2.3. Connaissance, utilisation et satisfaction envers les services offerts	14
Tableau 3.3. L'opinion des répondants à propos de Action Séro Zéro	16
Tableau 3.4a. L'opinion des répondants à propos du concept de santé globale	17
Tableau 3.4b. L'opinion des répondants à propos du concept de santé gaie	18
Tableau 3.5a. Besoins d'obtenir des services adaptés pour 5 dimensions de la santé	19
Tableau 3.5b. Préférences en matière de consultation des services	19
Tableau 3.6. Préoccupations des répondants en matière de santé au cours de la dernière année (« m'a affecté au cours de la dernière année »)	21
Tableau 3.7. Besoins ressentis d'obtenir de l'aide et aide effectivement obtenue	23
Tableau 3.8a. Santé physique, mentale et habitudes de vie : types d'organismes, de professionnels ou de personnes consultés et nombre de consultations :.....	26
Tableau 3.8b. Relations avec les autres : types d'organismes, de professionnels ou de personnes consultés et nombre de consultations	27
Tableau 3.8c. Situation de vie : types d'organismes, de professionnels ou de personnes consultés et nombre de consultations	27
Tableau 3.9. Services jugés prioritaires (les 3 premiers choix confondus)	28
Tableau 3.10. La pertinence de l'organisme pour répondre à ces besoins prioritaires (les 3 premiers choix confondus)	30
Tableau synthèse : Importance de la prévalence des préoccupations de santé, les besoins ressentis d'obtenir de l'aide et l'aide effectivement obtenue	39

PARTIE I. INTRODUCTION

Ce rapport de recherche est divisé en cinq parties. L'introduction présente le contexte de l'étude, les objectifs et les questions qui ont motivées la recherche. La seconde partie décrit les méthodes utilisées pour effectuer le recrutement des personnes interrogées et la collecte des données, de même que les étapes suivies pour l'analyse des données et les limites de la recherche. La troisième partie présente les données quantitatives recueillies à l'aide du questionnaire ainsi que les commentaires qualitatifs exprimés par les participants. La quatrième partie discute l'ensemble des résultats de l'enquête et propose des pistes d'interprétation susceptibles d'alimenter les discussions au sein de l'organisme. La conclusion énonce des recommandations d'action afin de mieux répondre aux besoins des populations d'hommes gais et bisexuels selon une approche de santé globale et de mieux-être.

Le lecteur est invité à consulter les appendices qui présentent en détail les résultats de la recherche et les autres documents relatifs à l'enquête.

1.1. Contexte de l'étude

Dans plusieurs pays occidentaux, particulièrement depuis la fin des années 1990, un consensus s'est développé autour de la nécessité de renouveler les approches de promotion de la santé et de prévention auprès des hommes ayant des relations sexuelles et affectives avec d'autres hommes (HARSAH). Ainsi, les approches centrées sur la prévention des comportements à risque font de plus en plus place à une approche de santé globale.

Parler d'approche globale de la santé des HARSAH est loin d'être nouveau. Déjà au Québec, dans les années 1970, plusieurs regroupements s'y référaient dans l'optique de recommander l'adaptation des services sociaux aux réalités homosexuelles (Rassemblement national des lesbiennes et des gais 1979). On dénonçait déjà les attitudes sociales négatives face à l'homosexualité, le phénomène d'auto-oppression fréquent chez les hommes gais, l'absence de services spécialisés et non discriminatoires, tant au niveau des soins physiques que psychologiques, et de bien d'autres aspects reliés au bien-être de cette clientèle (Dorais 1982).

Cependant, le contexte d'austérité budgétaire ainsi que l'apparition du VIH/sida au début des années 1980 ont fait en sorte que les priorités ont davantage été centrées sur l'urgence d'agir, en proposant des campagnes de promotion de la santé axées sur l'adoption de pratiques sexuelles sécuritaires et le soutien aux personnes séropositives. Ainsi, l'approche globale de la « santé gaie » fut pour ainsi dire mise de côté jusqu'à la moitié des années 1990, où un timide retour du concept fut observé, entre autres aux États-Unis.

Au Canada, ce retour vers une approche de santé globale s'explique par plusieurs facteurs issus de la recherche et de la planification stratégique, tant à l'échelle nationale que localement à Action Séro Zéro. Nous les exposons brièvement ci-dessous.

Plusieurs **recherches épidémiologiques et psychosociales** menées auprès des HARSAH depuis le début de l'épidémie du VIH/sida ont permis de mieux comprendre les nombreux facteurs qui déterminent les comportements à risque élevé de transmission du virus et d'entrevoir leur complexité. Des déterminants étudiés, on note par exemple l'estime de soi, l'acceptation de l'orientation sexuelle, la perception de la gravité du VIH/sida, la perception de contrôle face à l'utilisation du condom dans différents contextes, le soutien social, les habitudes de vie, etc. En particulier, les études réalisées auprès de cette population pendant

plusieurs années consécutives ont identifié des besoins spécifiques en matière de santé chez les HARSAH (par ex. cohorte Oméga : Dufour et coll. 2000a, 2000b; George et coll. 2006).

Depuis 1996, les découvertes sur le plan biomédical, notamment en ce qui a trait aux développements de traitements antirétroviraux plus efficaces contre le VIH, ont entraîné l'augmentation de l'espérance de vie des personnes vivant avec le VIH/sida (Lévy, Pierret et Trottier 2004). Ces avancées thérapeutiques ont certes amélioré la qualité de vie de ces personnes et ont favorisé chez une majorité d'entre elles le retour à une vie active. L'arrivée des nouvelles thérapies a également entraîné une certaine normalisation du VIH/sida, qui se traduit par une diminution de la perception de la gravité de la maladie (Dearing et Kim 2007; Setbon 2000), ce qui a plusieurs conséquences au niveau de la prévention. Plusieurs recherches ont en effet démontré la recrudescence des comportements à risque chez les HARSAH dans ce contexte. Mentionnons l'augmentation des relations anales non protégées par le condom, avec des partenaires de statut sérologique inconnu ou séropositif. Dans le cas d'une recherche active et intentionnelle de ce type de rapport sexuel, on parle de *barebacking*, ce qui se distingue d'un comportement non prémédité (par ex. enquête Argus : Lambert et coll. 2006).

Au Canada, des **consultations nationales** auprès d'acteurs de plusieurs milieux actifs dans la prévention auprès des HARSAH ont conclu que :

«... le fait d'aborder la prévention du VIH de façon à isoler des autres aspects relatifs à la santé des hommes gais et de diverses sources déterminantes d'influence sur la santé des gais, s'est révélé moins efficace » (Ryan et Chervin 2001 : 46).

Lors d'une conférence internationale francophone tenue à Paris en novembre 2005, un consensus s'est dégagé autour de la définition du concept de « santé gaie ». Celui-ci sous-entend une vision holistique de la santé. Il se fonde sur la définition donnée par l'Organisation mondiale de la santé en 1946 : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » (OMS 1946). En 1975, l'Organisation ajoutera à sa définition officielle le concept de santé sexuelle (OMS 1975), ouvrant ainsi la porte à la prise en compte des préoccupations de santé des hommes gais et bisexuels. En 2005 donc, les représentants des organismes de plusieurs pays et les chercheurs présents à la *Conférence internationale VIH et santé gaie : nouveaux concepts, nouvelles approches* ont proposé des pistes pour une approche commune de la santé gaie :

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

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

L'élargissement du **mandat de Action Séro Zéro** constitue lui aussi une planification stratégique qui intègre plusieurs composantes de l'approche globale de la santé et du mieux-être, mais à une plus petite échelle. Considérant les nombreux besoins pressentis chez les HARSAH en matière de santé (physique, psychologique, sexuelle et sociale), l'assemblée

générale de l'organisme a mandaté le conseil d'administration, en 2005, d'étudier la faisabilité de l'élargissement de mandat qui considérerait une approche globale de la santé. L'élargissement du mandat de Action Séro Zéro s'appuie sur la conviction que la qualité de vie globale d'un individu dépasse largement l'état physique d'une personne. Derrière l'expression « qualité de vie », se profilent divers besoins d'ordre psychoaffectif, environnemental, social et physique. L'élargissement vise également à raviver les différentes approches en matière de prévention. Dans cette perspective, l'organisme intègre l'approche globale de la santé, qui va au-delà de la prévention du VIH/sida ou de la promotion du sécurisexe, dans l'exercice de planification stratégique 2007-2010. Il favorise ainsi une diffusion des connaissances et des moyens auprès des HARSAH, pour leur permettre de développer et de maintenir un plus grand contrôle sur leur santé physique, mentale, affective et sociale.

De nombreuses autres organisations de prévention auprès des HARSAH ont déjà entrepris ce même mouvement vers une approche plus globale de la santé, et ce, dans plusieurs pays, notamment l'Australie, les États-Unis, la Grande-Bretagne et la Suisse. La nouvelle orientation exige des groupes communautaires qui en sont porteurs qu'ils aient une meilleure compréhension des perceptions et des besoins que priorisent les populations desservies. Aux États-Unis, l'organisme Magnet de San Francisco a consulté en 2003 les hommes gais sur le type de services qu'ils souhaitent dans le quartier Castro. En Suisse, l'organisation Dialogai a mené une enquête en 2001 auprès des hommes gais et bisexuels de la région de Genève (Häusermann et coll. 2003) et, depuis, plusieurs initiatives en santé gaie ont été créées, notamment des services centralisés à la clinique Checkpoint de Genève. Au Canada, parmi les exemples bien documentés, on retrouve l'organisme Gay Way à Vancouver, dont les services offerts étaient anciennement sous l'égide de AIDS Vancouver. En 2000, une enquête a permis d'estimer les besoins prioritaires en matière de services à offrir aux HARSAH de la région (Trussler 2000). Une enquête similaire a été menée dans la région d'Ottawa Carleton (Pink Triangle Services 2001). Ces exemples de démarches et d'enquêtes ont inspiré la présente consultation menée par Action Séro Zéro.

1.2. Objectifs et questions de recherche

Le projet d'enquête *Êtes-vous satisfait ? Peut-on faire mieux... autrement* s'inscrit dans la foulée des initiatives menées par Action Séro Zéro en prévision de l'élargissement de son mandat vers une approche de santé globale. Ainsi, dans le but de mieux répondre aux besoins prioritaires des populations d'hommes ayant des relations sexuelles et affectives avec d'autres hommes l'organisme à amener des ajouts à sa programmation. L'objectif général de la recherche était d'orienter Action Séro Zéro dans son projet de mieux répondre aux besoins des populations de HARSAH visées par ses programmes et ses activités en matière de promotion de la santé et de prévention. Pour ce faire, l'organisme souhaitait répondre à la question de recherche suivante :

Comment l'élargissement vers une approche de santé globale est-il perçu par les populations auxquelles s'adressent les programmes et les activités de Action Séro Zéro, et quelles sont les opinions de ces populations sur la manière dont l'organisme devrait se développer?

De manière plus spécifique, cette question a été sous divisée afin d'identifier plusieurs éléments distincts, dont :

- Quelles sont les **perceptions** à propos des services offerts actuellement par Action Séro Zéro en termes de pertinence, de variété et d'accessibilité ?

- Quelle est la **compréhension** des HARSAH à propos des concepts de « santé gaie » et de « santé globale »?
- Quels sont leurs **besoins spécifiques** en fonction de différentes variables tels que l'âge, le statut sérologique, le lieu de résidence et l'origine culturelle ¹?
- Quels sont les **services** les plus susceptibles de répondre à ces besoins (par ex. éducation, soutien, accompagnement, référence) ?
- Quelles sont les **priorités** en matière d'activités ou de programmes à mettre en place dans le cadre de l'élargissement du mandat de l'organisme ?

À l'aide d'une collecte de données quantitatives et qualitatives, la recherche de réponses à ces questions a permis de saisir l'opinion des HARSAH à propos de leurs besoins actuels en matière de santé, des concepts de santé globale et de santé gaie, de leurs perceptions des services actuels offerts par l'organisme et des priorités en matière d'activités ou de programmes à mettre en place. Voyons maintenant les dimensions méthodologiques de l'enquête.

¹ L'utilisation du terme « origine culturelle » est employée pour alléger le texte dans le rapport. Il désigne tous les participants à l'enquête qui ont indiqué une origine culturelle autre que québécoise ou canadienne-française (p.ex. Latino-américain, Arabe, Asiatique, etc.).

PARTIE II. MÉTHODOLOGIE

La recherche s'est déroulée en plusieurs étapes successives, entre les mois d'avril et décembre 2007. D'abord, le protocole de recherche a été rédigé conjointement par le comité d'encadrement du projet, composé de quatre personnes : le directeur de Action Séro Zéro, ainsi que la chercheuse, l'agent de recherche et l'agente de développement du Service aux collectivités, tous trois de l'UQÀM. Ensuite, nous avons opérationnalisé les objectifs, les questions de recherche et précisé le choix des outils de collecte de données. Les méthodes de collecte de données choisies comprenaient deux volets distincts. Le volet quantitatif consistait en un questionnaire abordant plusieurs thèmes de la recherche, à l'aide de questions sous forme d'échelles de mesure ou d'énoncés. Le volet qualitatif consistait en des espaces prévus pour des commentaires, dans le questionnaire lui-même, et d'un forum de discussion sur le site Internet de Action Séro Zéro.

La collecte de données s'est déroulée du 24 juin au 4 août 2007. Plusieurs modalités de promotion de l'étude ont été mises en place, pour favoriser la participation (publicité dans la revue *Fugues*, cartes d'invitation à participer à l'étude distribuées par les intervenants). Le plan de collecte a été établi conjointement avec Thomas Haig, coordonnateur à l'intervention à Action Séro Zéro, la chercheuse et l'agent de recherche. Les sections suivantes présentent en détail chacune de ces étapes, de même que les dimensions éthiques de la recherche.

Enfin, l'analyse et l'interprétation des données ont été réalisées conjointement par le comité d'encadrement de la recherche et le comité de planification stratégique de l'organisme, au courant de l'automne 2007 et de l'hiver 2008. Ceci a impliqué différents niveaux de lectures, d'échanges et de révisions. Toutes ces étapes ont mené à la rédaction du présent rapport de recherche et à sa diffusion.

2.1. Collecte des données

Sonder la perception, la compréhension, les besoins et les opinions des populations d'hommes gais et bisexuels desservis par Action Séro Zéro a exigé le développement d'un nouvel instrument de collecte de données. Le questionnaire devait pouvoir fournir des résultats permettant l'amélioration interne et continue des programmes et services de Action Séro Zéro, en lien avec les objectifs de la recherche. Puisqu'aucun instrument de mesure de la sorte n'existait, nous en avons construit un à partir de la recension des questionnaires utilisés dans le cadre de recherches avec des objectifs apparentés. Les énoncés qui ont servi à mesurer les opinions sur les concepts de santé globale et de santé gaie ont été formulés à partir de la littérature sur le sujet, de même qu'à l'aide de l'enquête que Action Séro Zéro avait menée en 2000, étude qui abordait le concept de santé gaie et l'usage des services de santé (Lavoie et coll. 2000). Le questionnaire développé par l'organisme d'Ottawa engagé dans une approche de santé gaie, Pink Triangle Services (2001), a permis d'identifier une première liste de préoccupations en matière de santé, que nous avons ensuite élargie. Le questionnaire développé par AIDS Vancouver a quant à lui servi de piste afin d'identifier les activités ou les programmes prioritaires à mettre en place (Trussler 2000).

Le questionnaire comportait cinq sections recouvrant les thèmes de la recherche. La majorité des questions étaient de type fermé afin de réduire le temps requis pour compléter le questionnaire, puisque la collecte dans les milieux nous obligeait à limiter le temps de passation à environ quinze minutes. Quelques questions ouvertes ont été ajoutées afin de permettre aux répondants de s'exprimer par écrit et de colliger ainsi quelques données qualitatives. Le Tableau 2.1 présente les thèmes ciblés dans le questionnaire et les sections correspondantes.

Tableau 2.1. Thèmes ciblés dans le questionnaire

Thèmes	Section du questionnaire
Connaissance, historique d'utilisation et satisfaction envers les sources d'information, les activités et les services actuellement offerts	A1, A2, A3
Opinion sur Action Séro Zéro	A5
Opinion sur les concepts de santé globale et de santé gaie et préférences quant aux types d'organismes consultés dans le réseau de la santé et des services sociaux	B1, B2, B3
Préoccupations en matière de santé au cours de la dernière année, besoins ressentis d'obtenir de l'aide, aide obtenue ou non et types d'organismes, de professionnels ou de personnes de l'entourage consultés	C1
Activités ou programmes à mettre en place et qui sont jugés prioritaires	D1
Pertinence de Action Séro Zéro pour répondre à ces besoins prioritaires	D2

Deux versions du même questionnaire ont été produites : 1) une version papier pour la collecte des données dans les milieux d'intervention de Action Séro Zéro (appendice D) et 2) une version électronique pour la collecte des données auprès d'internautes (appendice F). Le programmeur informatique de Action Séro Zéro a reproduit fidèlement l'ordre des questions de la version papier, et ce malgré quelques contraintes techniques imposées par le langage de programmation.

2.1.2. Administration du questionnaire

Deux modes d'auto-administration du questionnaire ont été mis en place : 1) dans les milieux d'intervention de Action Séro Zéro, et 2) via la page d'accueil du site web de l'organisme (www.sero-zero.qc.ca). Une première version papier du questionnaire a fait l'objet d'un pré-test réalisé à l'aide d'une quarantaine de personnes (intervenants, bénévoles ou autres personnes participant à des ateliers de discussion offerts par l'organisme). Cette étape a permis de clarifier la formulation de plusieurs questions, d'améliorer la mise en page pour certaines d'entre-elles et d'en éliminer d'autres afin de raccourcir le temps de passation. Le pré-test a également permis de solutionner plusieurs problèmes techniques liés à la version Internet du questionnaire, de même qu'à améliorer l'aspect visuel et la navigabilité pour les répondants.

La version papier du questionnaire était proposée aux HARSAH durant des visites planifiées par l'équipe d'intervenants à différents moments (de la semaine, de la journée) et dans plusieurs lieux de rencontres et de socialisation visités régulièrement dans le cadre des autres activités de l'organisme. En ce qui concerne la version électronique du questionnaire, une carte d'information distribuée lors des visites d'intervenants dans les milieux invitait les éventuels répondants à se rendre sur le site web de Action Séro Zéro. Une fois devant la page d'accueil du site, les internautes pouvaient cliquer sur la bannière promotionnelle de l'étude afin d'accéder au questionnaire en ligne. Une fois le questionnaire terminé, les répondants pouvaient également participer à l'espace de discussion en ligne spécialement aménagé pour l'enquête. Dans cet espace, les répondants pouvaient écrire leurs commentaires en lien avec les thèmes de la recherche, discuter avec d'autres internautes ou lire leurs commentaires. Les usagers du site web qui ne participaient pas à l'enquête avaient également accès à l'espace de discussion en ligne. Cet outil de collecte de données qualitatives devait permettre d'enrichir les données recueillies à l'aide du questionnaire.

2.2. Analyse des données

Les analyses quantitatives se sont déroulées en plusieurs étapes successives. Une fois les questionnaires compilés, les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS. En premier lieu, nous avons procédé à des analyses descriptives de l'ensemble des 225 questionnaires (proportions pour chacune des variables étudiées, moyennes, écarts-types). Cette étape a permis de dégager un portrait global des résultats quantitatifs. Ensuite des croisements (khi² de Pearson) et des comparaisons de moyennes (tests *t* de Student) ont été effectués sur plusieurs sous-groupes de répondants distincts, en fonction des variables suivantes :

- l'âge (30 ans et moins, plus de 30 ans)
- le statut sérologique au VIH (négatif, positif)
- le lieu de résidence (île de Montréal, ailleurs au Québec)
- l'origine culturelle (québécoise, autres origines) et,
- le nombre de préoccupations en matière de santé au cours de la dernière année (5 préoccupations et moins, plus de 5 préoccupations).

Ces croisements ont permis de repérer les différences significatives entre les sous-groupes de l'échantillon.

Les 130 commentaires recueillis à l'aide des questions ouvertes ont ensuite été rassemblés. L'analyse de contenu de ces données qualitatives consistait d'abord à déterminer la nature des thèmes présents dans chacun des commentaires. Par la suite, les commentaires comprenant des thèmes similaires furent regroupés.

2.2.1. Dimensions éthiques de la recherche

La demande de certificat éthique déposée au Comité institutionnel pour l'éthique de la recherche auprès des être humains de l'Université du Québec à Montréal a été acceptée au mois de juin 2007. Celle-ci comprenait la description des mesures prises pour assurer la protection de l'anonymat des participants et leur consentement éclairé pour la participation à la recherche. En somme, la participation à la recherche était volontaire et anonyme, et les répondants pouvaient, à tout moment, décider de ne pas répondre à une question, ou arrêter de compléter une section du questionnaire, ou ne pas compléter toutes les sections.

Le lecteur est invité à consulter les appendices qui présentent en détail les dimensions éthiques de la recherche. Il s'agit de l'*Appendice C - Information sur le consentement jointe au questionnaire distribué dans les milieux* et de l'*Appendice E - Formulaire de consentement pour la version Internet du questionnaire*.

2.3. Les limites de la recherche

Il importe de noter les limites de la recherche entreprise et nous invitons le lecteur à en tenir compte dans l'interprétation des résultats. Tout d'abord, une limite est imposée par le caractère non-probabiliste de notre échantillon, communément appelé « échantillon de convenance ». Comme nous ne disposons pas actuellement de données statistiques fiables sur le nombre de personnes et la répartition des HARSAH au Québec, cette contrainte oblige une collecte de donnée centrée sur ceux qui veulent bien participer et non une enquête auprès de personnes choisies au hasard dans une population représentative. Une de nos stratégies afin de limiter autant que possible ce biais consistait à diversifier le plus possible les lieux de collecte de données en effectuant plusieurs visites dans des lieux de recrutement

variés. Toutefois, les visites dans certains lieux comme les bars et les saunas comportent, elles aussi, des limites. Par exemple, il peut s'agir d'un moment peu propice pour proposer une enquête, le manque de lumière ou le bruit ambiant peuvent constituer des facteurs qui rendent plus difficile la passation du questionnaire. Heureusement, dans l'ensemble, d'autres stratégies de diversification des lieux de recrutement se sont avérées efficaces, notamment, la tenue d'un kiosque à l'extérieur, en plein cœur du Village gai où sont concentrés les commerces fréquentés par de nombreux HARSAH à Montréal.

Une seconde limite est liée à l'administration du questionnaire en ligne. Bien que beaucoup de HARSAH sont des usagers fréquents d'Internet (Engler et coll., 2005), il reste que ce mode d'administration d'un questionnaire ne peut pas rejoindre ceux qui n'utilisent que très peu, voir pas du tout, Internet ou alors qui ne peuvent y accéder facilement. De plus, les questionnaires en ligne peuvent souvent être complétés de manière partielle ou peuvent être abandonnés plus fréquemment que les questionnaires en format papier, ce qui a des conséquences pour l'effectif de ce groupe de participants. À titre d'exemple, certaines personnes ont indiqué qu'elles ont été préoccupées par un stress élevé ou l'anxiété, mais elles n'ont pas répondu à la question sur le besoin ressenti d'obtenir de l'aide tout en indiquant qu'elles n'ont pas obtenu l'aide dont elles avaient besoin. Cet ensemble de réponses, parce que partielles, est habituellement retiré des bases de données. Toutefois, dans le cas de cette recherche, nous les avons conservés étant donné la petite taille de notre échantillon. Cette limite a comme conséquence que certains résultats doivent être interprétés avec prudence.

Un dernier élément à préciser en ce qui concerne les limites de la recherche concerne la collecte de données qualitatives à l'aide de l'espace de discussion en ligne, celle-ci n'ayant pas généré l'achalandage escompté. En effet, aucun répondant ne s'est rendu dans le forum de discussion sur le site Internet de Action Séro Zéro. Ce forum était disponible pour les répondants qui souhaitaient partager ou discuter entre eux de leurs opinions sur les thèmes de la recherche. Cette lacune a toutefois été partiellement comblée par les répondants qui se sont exprimés dans les questions ouvertes du questionnaire. Il est difficile d'expliquer la non-utilisation du forum. Est-ce parce qu'il n'était pas assez clairement identifié sur le site ? Est-ce parce que les internautes ne souhaitaient pas utiliser ce moyen pour faire connaître leurs opinions ? Ces questions mériteraient d'être approfondies. Il serait également nécessaire de s'inspirer des travaux d'autres chercheurs qui développent des méthodes nouvelles pour diminuer les limites décrites ici.

PARTIE III. RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE

Dans cette partie figurent les résultats d'analyses effectuées sur les questionnaires complétés par notre échantillon de 225 hommes gais et bisexuels rejoints dans le cadre de l'enquête. Soulignons que près de la moitié des questionnaires ont été recueillis à deux occasions, grâce à des kiosques disposés spécialement pour l'enquête, sur la rue Sainte-Catherine dans le Village gai à Montréal. La répartition des lieux de collecte et du nombre de répondants rejoint figurent au Tableau 2.1.2 ci-dessous.

Tableau 2.1.2. Lieux de collecte et effectif

Lieux de collecte	Nombre de répondants
Kiosques à l'extérieur	106
Bars, discothèques et saunas	53
Internet	66
Total	225
Questionnaires éliminés (milieux)	17
Questionnaires éliminés (Internet)	34

On constate qu'un peu moins du quart de l'échantillon a été recueilli à l'aide du questionnaire en ligne et un nombre à peu près équivalent a été recueilli par les intervenants lors de visites dans les bars, les discothèques et les saunas. Plusieurs dizaines de questionnaires ont dû être retirés de l'échantillon étant donné le nombre de réponses insuffisant dans les diverses sections.

Les sections qui suivent présentent d'abord les données sociodémographiques des répondants. Les résultats aux différentes questions posées sont ensuite présentés, dans le même ordre que l'étaient les questions du questionnaire. Plusieurs tableaux affichent les résultats d'analyse en ordre décroissant d'importance des proportions, tant pour les échelles de mesure que dans le cas des énoncés.

3.1. Données sociodémographiques

Cette section présente les principales données sociodémographiques recueillies à l'aide du questionnaire. Le lecteur est invité à consulter l'appendice A pour plus de détails.

La moyenne d'âge des 218 répondants qui ont indiqué cette donnée est de 39,7 ans et l'écart type est de 11,6 ans. Les 30 ans et moins forment 25,7 % de l'échantillon, soit 56 répondants. Un peu plus du quart des répondants habitent le Centre-Sud ou le Village (28,7%) et la moitié (49,8 %) réside ailleurs sur l'île de Montréal. Une proportion de 16,6% habite dans une autre ville du Québec. Plus d'un tiers des répondants possède un diplôme universitaire de 1^{er} cycle (38,6%) et un peu plus du quart un diplôme collégial (27,3 %).

Au moment de l'enquête, un participant sur dix (10,4 %) était bénévole à Action Séro Zéro et 13 % des répondants étaient abonnés au Bulletin de liaison de l'organisme. Une proportion de 14,4 % déclare être chercheur, intervenant ou professionnel de la santé. Les personnes ayant déclaré plus de 5 préoccupations en matière de santé au cours de la dernière année sont plus nombreuses à affirmer être membre ou bénévole de Action Séro Zéro (18,6 vs 8,4 %, $p=0,05$), de même qu'à être chercheur, intervenant ou professionnel de la santé (24,4 vs 12,1 %, $p=0,043$).

En ce qui concerne le statut d'emploi, plus de la moitié de l'échantillon occupe un emploi à temps complet (57,3%) et 16,9% travaillent à temps partiel. Les étudiants forment 12,9 % de l'échantillon, dont 8% étudient à temps plein. Les personnes sans emploi forment 6,7% de l'échantillon. Les personnes de 30 ans et moins sont plus nombreuses à être aux études à temps plein (17,9 vs 4,3 %, $p=0,001$) ou à temps partiel (10,7 vs 3,1 %, $p=0,025$).

Les échelles de revenus sont distribuées de manière assez égale à travers l'échantillon, à l'exception des répondants qui ont gagné 50 000 \$ et plus l'année dernière; ceux-ci représentent 26,7 % de l'échantillon. Les personnes qui ont gagné moins de 10 000 \$ représentent 9 % de l'échantillon. Lorsque comparés au reste de l'échantillon, les répondants séropositifs sont plus nombreux à avoir déclarés des revenus inférieurs à 19 999 \$ (22,9 vs 8,9 %, $p=0,045$) et ceux ayant déclaré plus de 5 préoccupations sont plus nombreux à avoir déclarés des revenus de moins de 10 000 \$ (17,1 vs 7,1 %, $p=0,008$).

La majorité des répondants affirment être d'origine culturelle québécoise (71,8%). Les autres origines sont réparties de la manière suivante : Canadiens (9,9 %), Français (6,1 %), Latino-américains (5,6 %) et autres (6,6%). Une proportion de 3,8 % des répondants déclarent être issus de l'immigration (immigrants reçus).

Au niveau de l'attraction et des désirs sexuels, la majorité des répondants se disent exclusivement attirés par des personnes du même sexe (75,6%). Une proportion de 18,6 % se dit attirée surtout par des personnes du même sexe et 4,1 % affirment être attirés autant par les deux sexes. Ces données sont reflétées en partie dans les résultats à propos de l'orientation sexuelle, 5,0 % affirmant être bisexuels et 88,4 % gais ou homosexuels. À noter toutefois que les répondants âgés de plus de 30 ans sont plus nombreux à se considérer homosexuel (20,1 vs 9,1 %, $p=0,026$).

Près de deux tiers des répondants sont célibataires au moment de l'enquête (65,0 %) alors que 30,5 % sont en couple avec un homme. Une proportion de 5% des répondants affirme être en couple avec une femme. La durée moyenne des couples est de 7,29 ans (écart-type de 6,93). Parmi les répondants, 13,2 % déclarent avoir des enfants et les répondants de plus de 30 ans sont les seuls dans cette situation (18,1 vs 0 %, $p=0,001$).

Quant au milieu de vie, près de la moitié des répondants vivent seul (47%) et près d'un sur cinq vit avec son partenaire masculin (21,5%). Une proportion de 15,1 % affirme vivre avec un ou plusieurs colocataires et 8,2 % avec des amis. Une plus faible proportion rapporte vivre avec sa famille (5,5%). On remarque plusieurs différences en fonction des sous-groupes de l'échantillon :

- Les jeunes de 30 ans et moins sont moins nombreux à vivre seuls et plus nombreux à vivre avec un ou plusieurs colocataires ou leur famille (respectivement 30,4 vs 52,9 % ; 28,6 vs 10,2 % ; 14,0 vs 2,5 %, $p=0,0001$).
- Les répondants séropositifs sont moins nombreux à vivre en couple avec un partenaire masculin et plus nombreux à vivre seuls (respectivement 8,6 vs 26,5 % et 60,0 vs 45,2 %, $p=0,002$).
- Les personnes qui résident à l'extérieur de Montréal sont moins nombreuses à vivre seules (36,7 vs 48,5 %, $p=0,004$) mais plus nombreuses à vivre avec leur famille (16,7 vs 3,6 %, $p=0,004$) ou en couple avec leur partenaire masculin (30,0 vs 20,7 %, $p=0,004$).

Une forte majorité des répondants déclare avoir déjà subi un test de dépistage du VIH au moins une fois au cours de leur vie (87,4%), les répondants ayant déclaré plus de 5 préoccupations en matière de santé au cours de la dernière année étant plus nombreux dans cette catégorie (100 vs 84,4 %, $p=0,005$). Une proportion de 39,9 % des répondants rapportent avoir été testé en 2007 et 34,2 % en 2006. Les autres déclarent avoir subi le test

la dernière fois en 2005 (12,0 %) ou avant (14,0%). Une proportion de 17,9 % des répondants affirment avoir été diagnostiqués séropositifs lors de leur dernier test et près des trois quarts d'entre eux (74,3 %) sont sous traitements contre le VIH. Ici encore, quelques différences significatives apparaissent dans les résultats en fonction des sous-groupes de l'échantillon :

- Le nombre de personnes séropositives est moins élevé parmi les répondants âgés de 30 ans et moins (8,0 vs 21,4 %, $p=0,053$) et ils sont également moins nombreux à être sous traitements contre le VIH (25,0 vs 80,0 %, $p=0,019$).
- Les personnes ayant déclaré plus de 5 préoccupations en matière de santé au cours de la dernière année sont plus nombreuses à affirmer être séropositives au moment de l'enquête (40,9 % vs 11,2 %).

Lorsque interrogés sur leur statut sérologique probable, les répondants ayant déclarés être séronégatifs lors du dernier test de dépistage du VIH rapportent être encore séronégatifs au moment de l'enquête (65,3 %) ou probablement séronégatifs (24,4%). Un peu moins d'une personne sur dix affirme ne pas connaître son statut sérologique (8,5%) et une très faible proportion rapporte être probablement séropositive (1,1 %). La majorité des 73 répondants en couple (72,6 %) déclarent que leur partenaire est séronégatif et 11% séropositif. Une proportion similaire affirme que le partenaire est probablement séronégatif (8,2 %) et 6,8 % rapportent ne pas le savoir. Une très faible proportion déclare que leur partenaire est probablement séropositif (1,4%). Des différences significatives sont présentes dans les résultats en fonction du statut sérologique. Parmi les répondants en couple, seuls les répondants séronégatifs déclarent avoir un partenaire séropositif et les partenaires séropositifs sont les seuls à affirmer que leur partenaire est probablement séropositif (respectivement 11,5 vs 0 % et 12,5 vs 0 %, $p=0,001$). Par ailleurs, les partenaires séropositifs sont moins nombreux à affirmer que leur partenaire est séronégatif et plus nombreux à rapporter que celui-ci est probablement séronégatif (respectivement 50 vs 78,7 % et 37,5 vs 4,9 %, $p=0,001$).

3.2. Connaissance, utilisation et satisfaction envers les sources d'information, les activités et les services

Les sections suivantes décrivent les résultats quant à la connaissance, l'utilisation et la satisfaction par rapport aux sources d'information, aux activités et aux services offerts par Action Séro Zéro.

3.2.1. Connaissance, consultation et satisfaction envers les sources d'information

Le Tableau 3.2.1 présente, en ordre décroissant, les pourcentages des répondants qui affirment connaître les sources d'information produites par l'organisme. Les trois sources les plus connues sont les publicités dans les revues gaies, les affiches et les dépliants. À l'opposé, les trois sources les moins connues sont les publicités sous forme de cartes postales, le site Internet et la brochure *Mon livre de lit*. Lorsqu'on compare les répondants en fonction de l'âge, on remarque que les répondants de 30 ans et plus sont plus nombreux à affirmer connaître les affiches (84,6 vs 70,4 %, $p=0,023$). Les répondants qui sont d'origine culturelle sont moins nombreux à affirmer connaître les publicités dans les revues gaies (83,8 vs 95,3 %, $p=0,012$) mais, à l'opposé, plus nombreux à affirmer connaître la brochure *Mon livre de lit* (45,5 vs 24,7 %, $p=0,016$). Les répondants qui ont déclaré plus de cinq préoccupations en matière de santé au cours de la dernière année sont plus nombreux à connaître les dépliants (90,2 vs 70,4 %, $p=0,009$) et les cartes postales (52,6 vs 35,4 %, $p=0,049$).

Les deux sources d'informations les plus consultées au cours de la dernière année sont les publicités dans les revues gaies et les affiches. Près des trois quarts des répondants ont consulté le site Internet de l'organisme ou les dépliants. Les sources d'informations les moins consultées au cours de la dernière année sont les publicités à l'aide de cartes postales et la brochure *Mon livre de lit*. Ce sont d'ailleurs ces deux sources d'informations qui, malgré qu'elles soient connues des répondants, n'ont jamais été consultées par environ un quart de l'échantillon.

Les trois sources d'informations qui recueillent les taux de satisfaction les plus élevés sont les dépliants, la brochure *Mon livre de lit* et le site Internet. Les affiches et les publicités, dans les revues gaies et sous forme de cartes postales, recueillent des taux de satisfaction légèrement inférieurs.

Lorsque comparés suivant l'âge, les répondants de 30 ans et plus sont plus satisfaits des dépliants (84,2 vs 66,7 %, $p=0.007$). Les répondants d'origine culturelle seraient quant à eux moins satisfaits de la publicité sous forme d'affiches (très satisfait : 22,2 vs 35,1 %, $p=0,044$).

Tableau 3.2.1. Connaissance, consultation et satisfaction envers les sources d'informations offertes par Action Séro Zéro

Source d'information	Connue %	Consultée au cours de la dernière année %	Consultée il y a plus d'un an %	Jamais consultée %	Très ou assez satisfait %
Publicités dans revues gaies	93,5	88,4	11,6	8,0	69,6
Affiches	80,8	84,1	15,9	11,1	71,7
Dépliants	74,3	73,9	26,1	13,6	78,5
Site Internet	56,6	79,4	20,6	18,7	74,5
Publicités par cartes postales	38,6	66,2	33,8	23,6	66,2
Brochure <i>Mon livre de lit</i>	29,5	58,5	41,5	25,8	76,8

3.2.2. Connaissance, participation et satisfaction envers les activités proposées

Le Tableau 3.2.2 présente, en ordre décroissant, les pourcentages des répondants qui affirment connaître les activités proposées par Action Séro Zéro. Un pourcentage très élevé des répondants affirme connaître l'activité d'emballage de sachets condoms par les bénévoles. Toutefois, cette donnée doit être interprétée avec prudence car il semble y avoir eu confusion entre cette activité et le service de condoms gratuits offert dans les établissements. Un autre résultat, la proportion très élevée de participation à l'activité d'emballage de sachets condoms au cours de la dernière année, une activité qui ne peut regrouper qu'un nombre restreint de bénévoles, témoigne également de cette confusion. En ce qui concerne les autres activités, près des trois quarts des répondants affirment connaître les activités de sensibilisation dans les bars et sur la rue alors qu'un peu plus du tiers affirment connaître la Semaine de la santé et du mieux-être (ou Semaine de la santé sexuelle).

Tableau 3.2.2. Connaissance, participation et satisfaction envers les activités proposées

Activité proposée	Connue %	Participé au cours de la dernière année %	Participé il y a plus d'un an %	Jamais participé %	Très ou assez satisfait %
Emballage de sachets condoms par les bénévoles	81,8*	73,7*	26,3*	27,6*	83,8*
Activités de sensibilisation dans les bars et sur la rue	73,6	61,9	38,1	31,1	67,5
Semaine de la santé et du mieux-être (ou Semaine de la santé sexuelle)	34,0	61,5	38,5	42,7	42,7

* : interpréter avec prudence car les répondants semblent avoir confondu avec le service de condoms gratuits offert dans les établissements.

Lorsque comparés en fonction des sous-groupes de l'échantillon, les répondants de plus de 30 ans sont plus nombreux à connaître les activités de sensibilisation dans les bars et sur la rue (77,9 vs 62,5, $p=0,025$) et il en va de même pour les répondants séropositifs (91,4 vs 70,1, $p=0,009$) et les personnes qui ont déclaré plus de 5 préoccupations en matière de santé au cours de la dernière année (92,9 vs 69,0 %, $p=0,002$).

Parmi les répondants qui connaissent ces activités, près des deux tiers affirment avoir participé aux activités de sensibilisation dans les bars et sur la rue ou encore, à la semaine de la santé et du mieux être. Un autre tiers affirme avoir participé à l'une ou l'autre de ces activités il y a plus d'un an. Un tiers des répondants affirme n'avoir jamais participé aux activités de sensibilisation dans les bars et sur la rue alors qu'un pourcentage plus élevé de répondants n'a jamais participé à la Semaine de la santé et du mieux-être. Les résidents de l'extérieur de l'île de Montréal sont moins nombreux à déclarer avoir participé aux activités de sensibilisation dans les bars et sur la rue il y a plus d'un an (13,3 vs 43,2, $p=0,029$). Les activités de sensibilisations sont celles qui suscitent le plus de satisfaction, alors que la Semaine de la santé et du mieux-être reçoit une appréciation nettement inférieure.

3.2.3. Connaissance, utilisation et satisfaction envers les services

Le Tableau 3.2.3 présente, en ordre décroissant, les pourcentages des répondants qui affirment connaître les services offerts par Action Séro Zéro. La quasi-totalité de l'échantillon affirme connaître les sachets condoms gratuits dans les établissements et près des trois quarts, la distribution de matériel préventif sur la rue. Un peu plus de la moitié affirme connaître les ateliers de discussion. Les autres services sont moins connus par les répondants, c'est-à-dire par moins de 50% des participants. Parmi ceux-ci, le service le plus connu est la clinique de dépistage et le moins connu est le centre de soir pour les travailleurs du sexe.

Les répondants résidant à l'extérieur de l'île de Montréal sont moins nombreux à connaître la distribution de matériel préventif sur la rue (54,8 vs 77,6 %, $p=0,08$) et le service de sachet condoms gratuits offerts dans les établissements (83,9 vs 93,9 %, $p=0,053$). Les répondants séropositifs sont plus nombreux à connaître la distribution de matériel préventif sur la rue (91,4 vs 73,5 %, $p=0,023$) de même que la consultation avec un intervenant sur Internet (58,8 vs 34,4 %, $p=0,007$). Les personnes qui ont déclaré plus de 5 préoccupations en matière de santé au cours de la dernière année sont à l'opposé plus nombreuses à déclarer connaître

plusieurs services, soit : les ateliers (77,5 vs 48,6, $p=0,001$), le babillard (51,3 vs 24,4 $p=0,001$), le centre de soir pour les travailleurs du sexe (28,9 vs 15,3 %, $p=0,047$), la consultation individuelle avec un intervenant dans les bureaux de l'organisme, un parc ou un sauna (48,8 vs 27,8 %, $p=0,01$), la consultation avec un intervenant sur Internet (65,9 vs 32,0%, $p=0,001$), la distribution de matériel préventif sur la rue (90,5 vs 70,2 %, $p=0,007$) et le service d'information par téléphone ou par courriel (47,6 vs 27,0 %, $p=0,01$).

Les trois services les plus utilisés au cours de la dernière année ont été les sachets condoms gratuits dans les établissements, l'information par téléphone et/ou par courriel et le babillard à questions/réponses sur le site Internet de l'organisme. À l'opposé, les trois services les moins utilisés au cours de la dernière année ont été les ateliers de discussions pour hommes gais et bisexuels, la consultation individuelle avec un intervenant dans les bureaux de l'organisme, dans un bar, un parc ou un sauna, et la consultation avec un intervenant sur Internet. Les répondants de 30 ans et moins sont plus nombreux à avoir utilisé les sachets condoms au cours de la dernière année (94,1 vs 73,7, $p=0,012$). Les répondants séropositifs sont plus nombreux à avoir utilisé les ateliers au cours de cette même période (71,4 vs 28,6 %, $p=0,036$).

Tableau 3.2.3. Connaissance, utilisation et satisfaction envers les services offerts

Services offerts	Connu %	Utilisé au cours de la dernière année %	Utilisé il y a plus d'un an %	Jamais utilisé %	Très ou assez satisfait %
Sachets condoms gratuits dans les établissements	92,1	79,2	20,8	16,4	89,4
Distribution de matériel préventif sur la rue (condoms, lubrifiant, seringues)	74,2	61,2	38,8	26,4	80,0
Ateliers de discussions pour hommes gais et bisexuels	54,0	38,5	61,5	46,2	72,1
Clinique de dépistage et de vaccination dans les saunas	45,8	44,8	55,2	43,1	65,8
Consultation avec un intervenant sur Internet (p.ex. Priape, IRC, MSN)	38,5	43,3	56,7	38,7	65,0
Consultation individuelle avec un intervenant dans les bureaux de l'organisme, dans un bar, un parc ou un sauna	31,9	39,3	60,7	38,2	75,0
Information par téléphone et/ou par courriel	31,2	77,3	22,7	36,9	79,3
Babillard questions/réponses sur le site Internet	29,4	63,0	37,0	40,9	66,6
Centre de soir pour les travailleurs du sexe	17,8*	55,6*	44,4*	44,1*	50,0*

* interpréter avec prudence car le nombre de répondants est très peu élevé

En ce qui à trait aux services les plus utilisés il y a plus d'un an, trois services se démarquent : les ateliers de discussions pour hommes gais et bisexuels, la consultation individuelle avec un intervenant dans les bureaux de l'organisme, dans un bar, un parc ou un sauna, et la consultation avec un intervenant sur Internet. Inversement, les trois services les moins utilisés il y a plus d'un an sont les sachets condoms gratuits dans les établissements,

l'information par téléphone et/ou par courriel et le babillard questions/réponses sur le site Internet. On observe une différence significative en fonction du lieu de résidence en ce qui concerne l'utilisation du babillard, les résidents de l'extérieur de Montréal étant plus nombreux à déclarer l'avoir utilisé il y a plus d'un an (80,0 vs 28,6 %, $p=0,034$).

Les trois services pour lesquels le plus grand nombre de répondants affirme n'avoir jamais eu recours sont les ateliers de discussions pour hommes gais et bisexuels, le centre de soir pour les travailleurs du sexe et la clinique de dépistage et de vaccination dans les saunas. À l'opposé, les services pour lesquels le plus petit nombre de répondants affirme n'avoir jamais eu recours sont les sachets condoms gratuits dans les établissements, la distribution de matériel préventif sur la rue (condoms, lubrifiant, seringues) et l'information par téléphone et/ou par courriel.

Les trois services qui recueillent le plus de satisfaction sont les sachets condoms gratuits dans les établissements, la distribution de matériel préventif sur la rue (condoms, lubrifiant, seringues) et l'information par téléphone et/ou par courriel. Ceux qui, à l'opposé, reçoivent le moins de satisfaction sont le centre de soir pour les travailleurs du sexe (à interpréter avec prudence), la consultation avec un intervenant sur Internet et la clinique de dépistage et de vaccination dans les saunas. Les répondants séropositifs montrent plus fréquemment une appréciation envers le service d'information par téléphone et/ou courriel (Très satisfait : 80 vs 33,3 %, $p=0,047$). On note, par ailleurs, que les personnes ayant déclaré plus de 5 préoccupations en matière de santé au cours de la dernière année montrent également plus fréquemment une appréciation envers la consultation individuelle avec un intervenant dans les bureaux de l'organisme, dans un bar, un parc ou un sauna (Très satisfait : 80 vs 26,9 %, $p=0,014$).

3.3. L'opinion des répondants à propos de Action Séro Zéro

Le Tableau 3.3 présente, en ordre décroissant, les niveaux d'accord des répondants avec 7 énoncés à propos de Action Séro Zéro. L'énoncé sur l'appréciation du travail des intervenants qui se déplacent dans lieux de rassemblement est celui qui recueille le niveau d'accord le plus élevé, suivi de l'énoncé à propos de la crédibilité et de l'influence de l'organisme. Ces deux énoncés sont ceux qui recueillent des niveaux d'accord au-delà de 70%. L'énoncé sur la satisfaction générale à propos de Action Séro Zéro, suivi de celui sur l'aisance associée à l'éventualité d'emmenner un ami dans les locaux de l'organisme, reçoivent des niveaux d'accord se situant au-delà de 60%. L'énoncé à propos du dynamisme de la vie associative reçoit quant à lui un niveau d'accord légèrement supérieur à 50%.

Tableau 3.3. L'opinion des répondants à propos de Action Séro Zéro

À propos de Action Séro Zéro :	Plutôt ou tout à fait en accord %	Ni en accord ni en désaccord %	Tout à fait ou plutôt en désaccord %	Je ne sais pas %
J'apprécie le fait que les intervenants se déplacent à la rencontre des hommes gais et bisexuels, dans les lieux où ils se rassemblent	75,9	7,4	3,3	13,4
Action Séro Zéro est un organisme crédible et influent pour promouvoir et défendre les droits en matière de santé des hommes gais et bisexuels	75,0	10,0	3,2	11,8
Je suis satisfait de Action Séro Zéro	69,0	14,0	5,9	10,9
Je n'hésiterais pas à amener un ami dans les locaux de Action Séro Zéro	62,8	14,6	4,7	17,9
L'organisme a une vie associative dynamique qui encourage le bénévolat et l'implication de ses membres	50,4	12,5	7,9	29,2
Les heures d'ouverture actuelles des locaux de Action Séro Zéro sont adéquates en fonction de mes besoins	19,6	17,8	6,5	56,1
L'emplacement physique des locaux de Action Séro Zéro à Montréal est bien connu et facilement accessible	23,1	16,7	27,2	33,0

Les énoncés qui recueillent les niveaux d'accord les moins élevés sont ceux à propos des heures d'ouvertures de l'organisme et de l'emplacement physique de ses locaux. Il importe également de souligner que ce sont ces deux énoncés pour lesquels les pourcentages les plus élevés de répondants ont coché « Je ne sais pas », suivi de l'énoncé sur la vie associative de l'organisme.

Lorsqu'on compare les répondants en fonction du lieu de résidence, les résidents de l'extérieur de la région de Montréal sont moins nombreux à être en accord avec l'énoncé suggérant que les heures d'ouverture de Action Séro Zéro sont adéquates en fonction de leurs besoins (Tout à fait en accord : 0% vs 10,9%, $p=0,010$). Lorsqu'on compare les répondants en fonction de l'origine culturelle, on remarque que celles-ci sont moins nombreuses à être accord avec l'énoncé suggérant que Action Séro Zéro est un organisme crédible et influent pour promouvoir et défendre les droits en matière de santé des hommes gais et bisexuels (Tout à fait d'accord : 35,1 vs 62,2, $p=0,009$). Ils sont, par ailleurs, moins nombreux à se déclarer satisfait de l'organisme (Tout à fait d'accord : 31,6 vs 44,2 %, $p=0,025$). À noter qu'ils sont également plus nombreux à avoir répondu « Je ne sais pas » à ces deux énoncés. Lorsqu'on compare les répondants en fonction du statut sérologique, on note que le niveau d'accord avec l'énoncé à propos de l'aisance associée à l'éventualité d'emmener un ami dans les locaux de l'organisme est plus élevé parmi les personnes séropositives (87,1 vs 72,9, $p=0,015$).

3.4. L'opinion des répondants à propos des concepts de santé globale et de santé gaie

Le Tableau 3.4a présente les énoncés à propos du **concept de santé globale**. Les trois énoncés reçoivent des niveaux d'accord au-delà de 80%. Un nombre peu élevé de répondants ont coché « Je ne sais pas ».

On observe une seule différence en fonction des sous-groupes de l'échantillon : les répondants de moins de 30 ans accordent un niveau d'accord plus élevé à l'énoncé suggérant que la santé globale est une approche qui ne considère pas la santé seulement comme l'absence de la maladie (plutôt d'accord : 33,3 vs 13,9 %, $p=0,047$).

Tableau 3.4a. L'opinion des répondants à propos du concept de santé globale

Pour moi la santé globale c'est :	Plutôt ou tout à fait en accord %	Ni en accord ni en désaccord %	Tout à fait ou plutôt en désaccord %	Je ne sais pas %
L'équilibre entre la santé physique et la santé mentale	86,0	3,2	5,5	5,4
Une approche qui intègre les composantes physiques, psychiques, sociales, sexuelles et spirituelles de la santé de l'être humain	85,1	3,6	3,6	7,7
Une approche qui ne considère pas la santé seulement comme l'absence de la maladie	80,8	3,7	7,8	7,8

Huit répondants ont fourni des commentaires écrits à propos du concept de santé globale. Parmi ceux-ci, plusieurs thèmes ont été relevés : la notion d'équilibre entre la santé physique et la santé mentale, l'importance d'intégrer toutes les composantes de la santé et d'avoir une vision globale, l'idée que la santé va bien au-delà du corps, et le respect des droits humains. À cet égard, un répondant écrit : « La santé globale, c'est aussi le respect des personnes et l'absence de discrimination ».

Le Tableau 3.4b affiche les niveaux d'accord des répondants avec les énoncés concernant le **concept de santé gaie**. Trois énoncés reçoivent un niveau d'accord supérieur à 80% : celui à propos de la santé gaie conçue comme une vision allant au-delà de la prévention du VIH/sida et des ITSS, celui sur l'attitude positive souhaitée par rapport à l'homosexualité et celui concernant le souhait du répondant que l'intervenant ou le professionnel consulté soit au courant de son orientation sexuelle.

Tableau 3.4b. L'opinion des répondants à propos du concept de santé gaie

Pour moi la santé gaie c'est :	Plutôt ou tout à fait en accord %	Ni en accord ni en désaccord %	Tout à fait ou plutôt en désaccord %	Je ne sais pas %
Une vision de la santé qui va au-delà de la prévention du VIH/sida et des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS)	87,8	2,3	4,1	5,9
Consulter des professionnels de la santé ou des intervenants qui ont une attitude positive envers l'homosexualité	86,4	4,1	3,7	5,9
Consulter un professionnel de la santé ou un intervenant qui est au courant de mon orientation sexuelle	82,2	8,2	5,0	4,5
Consulter un professionnel de la santé ou un intervenant qui est de la même orientation sexuelle que la mienne	34,5	32,6	28,5	4,5
Un concept inutile puisque la santé, c'est la même chose pour tous, peu importe l'orientation sexuelle	33,7	13,6	46,8	5,9

Les deux autres énoncés reçoivent des niveaux d'accord nettement moins élevés, c'est-à-dire de la part d'environ le tiers des répondants : l'énoncé suggérant que l'intervenant ou le professionnel de la santé consulté doit être de la même orientation sexuelle que la sienne, et l'énoncé suggérant que la santé gaie est un concept inutile puisque la santé est la même chose pour tous, peu importe l'orientation sexuelle. Dans le cas de ce dernier énoncé, près de la moitié des répondants sont plutôt ou très en désaccord avec l'énoncé. Par ailleurs, comme dans le cas du concept de santé globale, un nombre peu élevé de répondants a coché « Je ne sais pas » à chacun des énoncés.

Les répondants de plus de 30 ans sont plus en accord avec l'énoncé sur l'attitude positive souhaitée de la part du professionnel ou de l'intervenant par rapport à l'homosexualité (89,2 vs 79,6%, $p=0,014$) de même qu'avec le souhait que celui-ci soit au courant de son orientation sexuelle (86,3 vs 68,5%, $p=0,013$).

Dans les 6 commentaires recueillis à propos du concept de santé gaie, on retrouve des thèmes tels que l'importance de lutter contre les problèmes de consommation d'alcool et de drogues et de tenir compte des conditions sociales de la communauté. Un répondant écrit que, selon lui, le concept de santé gaie est inutile, sauf lorsqu'il est question de la sexualité. Deux autres répondants soulignent que le concept est utile tant et autant qu'il ouvre sur la possibilité de consulter sans difficulté des professionnels de la santé qui ne sont pas eux-mêmes gais, en autant qu'ils ne démontrent pas de signes d'homophobie. Ainsi, ils rapportent que l'orientation sexuelle de la personne auprès de qui ils consultent importe peu :

« Je n'éprouve pas de difficultés avec un médecin homo ou hétéro. Je suis le même face à eux ».

« Je peux consulter un non-gai, non-homophobe, bien sûr ».

3.5. L'opinion des répondants au sujet des services de santé

Le Tableau 3.5a affiche les niveaux d'accord avec le besoin de services adaptés aux réalités des hommes gais et bisexuels pour cinq dimensions de la santé globale. Les énoncés concernant la santé sexuelle, mentale et sociale sont ceux qui reçoivent des niveaux d'accord au-delà de 80%. Les deux dimensions qui reçoivent les niveaux d'accord les moins élevés sont la santé physique et spirituelle. Les répondants séropositifs déclarent davantage être en accord avec les énoncés concernant la santé physique (71,4 vs 61,0 %, $p=0,042$) et la santé spirituelle (76,7 vs 60,9%, $p=0,022$).

Tableau 3.5a. Besoins d'obtenir des services adaptés pour 5 dimensions de la santé

Les hommes gais et bisexuels ont besoin de services adaptés à leurs réalités en ce qui concerne:	Plutôt ou tout à fait en accord %	Ni en en accord ni en désaccord %	Tout à fait ou plutôt en désaccord %	Je ne sais pas %
La santé sexuelle (p.ex. satisfaction dans la sexualité, prise de risques, infections transmises sexuellement)	83,8	7,2	4,6	4,5
La santé mentale (p.ex. sentiment de bien-être, anxiété, dépression, idéations et tentatives suicidaires, sentiment d'isolement)	83,7	7,2	5,9	3,2
La santé sociale (p.ex. vie de couple et vie amoureuse, relations avec les autres, réseau d'amis qui offre du soutien)	82,2	9,5	4,1	4,1
La santé physique (p.ex. forme physique, maladies chroniques, cancers)	61,6	20,5	14,1	3,7
La santé spirituelle (p.ex. croyances et valeurs, sens à la vie, projet de vie)	57,2	17,3	17,2	8,2

Le Tableau 3.5b présente les préférences des répondants en matière de consultation des services de santé. Bien que la majorité rapporte préférer consulter en général des professionnels de la santé dans les CLSC, les cliniques médicales et les hôpitaux, près de quatre répondants sur dix affirment être en accord avec l'énoncé suggérant une préférence à consulter des intervenants dans les organismes communautaires.

Tableau 3.5b. Préférences en matière de consultation des services

Les hommes gais et bisexuels ont besoin de services adaptés à leurs réalités en ce qui concerne:	Plutôt ou tout à fait en accord %	Ni en en accord ni en désaccord %	Tout à fait ou plutôt en désaccord %	Je ne sais pas %
Je préfère consulter des professionnels de la santé dans les CLSC, les cliniques médicales ou les hôpitaux	53,6	26,4	12,3	7,7
Je préfère consulter des intervenants dans les organismes communautaires	38,0	36,2	18,5	7,2
Je vais consulter intervenants des organismes communautaires seulement si je n'ai pas d'autres choix	24,9	34,4	32,1	8,6

On note également une proportion relativement élevée de répondants (24,9%) en accord avec l'énoncé spécifiant la consultation d'intervenants communautaires seulement lorsqu'aucun autre choix n'est possible. En parallèle, c'est aussi cet énoncé qui reçoit le niveau de désaccord le plus élevé (32,1 %). Un seul sous-groupe de l'échantillon se distingue sur le plan de sa préférence en matière de consultation des services de santé : les répondants d'origine culturelle sont ainsi plus nombreux à déclarer être en accord avec l'énoncé suggérant qu'ils préfèrent consulter des professionnels de la santé dans les CLSC, les cliniques médicales ou les hôpitaux (plutôt en accord : 38,5 vs 18,2 %, $p=0,013$).

3.6. Les préoccupations des répondants en matière de santé au cours de la dernière année

Le Tableau 3.6 présente, en ordre décroissant, les préoccupations en matière de santé au cours de la dernière année. Le tableau précise le nombre de répondants pour chaque préoccupation (N), ainsi que le % de ces répondants qui ont dit être affecté par cette préoccupation au cours de la dernière année. Trois dimensions sont abordées. Premièrement, dans les préoccupations reliées à la **santé physique ou mentale et les habitudes de vie**, le niveau de stress élevé et l'anxiété sont mentionnés par presque la moitié des répondants. Près d'un tiers des répondants affirme par ailleurs avoir été préoccupé par l'image corporelle, la prise de risque sexuel, les ITSS et la solitude ou l'isolement. Un répondant sur cinq rapporte avoir été préoccupé par le tabagisme. Des proportions légèrement inférieures de répondants déclarent avoir eu comme préoccupations le VIH/sida et le vieillissement. Plusieurs autres préoccupations sont mentionnées par une proportion d'environ un répondant sur dix, notamment les idéations ou tentatives suicidaires. La préoccupation qui apparaît comme la moins mentionnée est la dépendance au jeu.

Les répondants de plus de 30 ans sont plus nombreux à avoir mentionné le vieillissement et le VIH/sida comme préoccupations de santé (respectivement 21,7 vs 3,7%, $p=0,002$ et 22,4 vs 7,4 %, $p=0,014$). Les répondants de 30 ans et moins sont plus nombreux à avoir mentionné la consommation problématique de drogue comme préoccupation (17,9 vs 5,1 %, $p=0,003$). Les répondants séropositifs se distinguent sur le plan de plusieurs préoccupations : le VIH/sida (85,7 vs 5,3%, $p=0,0001$), les ITSS (78,8 vs 25,0%, $p=0,0001$), l'image corporelle (67,6 vs 31,8%, $p=0,0001$), le niveau de stress élevé ou l'anxiété (67,6 vs 47,1%, $p=0,03$), la prise de risques sexuels (54,3 vs 33,8%, $p=0,023$) et la solitude ou l'isolement (48,6 vs 27,6%, $p=0,016$). Les répondants résidents à l'extérieur de Montréal sont moins nombreux à rapporter être préoccupés par la prise de risque (19,4 vs 39,8 %, $p=0,030$) et plus nombreux à rapporter être préoccupés par le processus de sortie ou *coming out* (19,4 vs 7,1 %, $p=0,027$). Les personnes d'origine culturelle sont également plus préoccupées par le *coming out* (25,6 vs 7,6%, $p=0,001$) de même que par la dépendance à Internet (28,6 vs 8,4 %, $p=0,0001$). Elles sont toutefois moins nombreuses à avoir déclaré la consommation problématique de drogue comme préoccupation (0 vs 10,1%, $p=0,041$). Enfin, les répondants ayant déclaré plus de 5 préoccupations de santé au cours de la dernière année sont plus nombreux à avoir été affectés par presque toutes les préoccupations de cette dimension, à savoir la santé physique ou mentale et les habitudes de vie (à l'exception du *coming out* et de la dépendance au jeu).

Tableau 3.6. Préoccupations des répondants en matière de santé au cours de la dernière année (« m'a affecté au cours de la dernière année »)

Dimensions	Préoccupations	N	%	Préoccupations	N	%
Santé mentale ou physique et habitudes de vie	Niveau de stress élevé/Anxiété	220	49,1	Troubles de l'alimentation	216	13,0
	Image corporelle	221	35,3	Dépendance à Internet	216	11,6
	Prise de risques sexuels	222	34,7	Processus de sortie/ <i>coming out</i>	221	10,4
	Infections transmises sexuellement (ITS)	219	32,0	Spiritualité	215	9,8
	Solitude/ Isolement	221	31,2	Dépression	217	9,7
	Tabagisme	217	20,9	Consommation problématique d'alcool	217	8,3
	VIH/sida	216	18,1	Consommation problématique de drogues	218	8,3
	Viellissement	217	16,6	Dépendance au jeu	213	2,8
	Penser à se suicider/tenter de s'enlever la vie	221	13,6			
	Les relations avec les autres	Trouver un partenaire stable	221	36,7	Décès d'un proche	222
S'occuper d'un proche souffrant de maladie		221	30,0	Relations familiales	220	20,9
Trouver des amis		220	27,7	Dépendance affective	222	15,8
Fin d'une relation		222	26,6	Discrimination	221	11,8
Vie de couple		220	23,2	Violence en général	217	6,9
Homophobie		222	23,0	Violence dans une relation de couple	221	3,6
Situation de vie	Trouver un emploi/perdre un emploi	219	24,2			
	Pauvreté/manque de ressources financières	220	22,3			
	Problèmes avec la justice	219	4,6			

Dans la dimension de la santé qui recouvre les **relations avec les autres**, plus du tiers des répondants étaient préoccupés par la recherche d'un partenaire stable. Près d'un tiers étaient préoccupés par le fait de s'occuper d'une personne souffrant de maladie. Près d'un quart des répondants affirment avoir été préoccupés par la recherche d'amis, la fin d'une relation, la vie de couple ou l'homophobie. Environ un participant sur cinq affirme avoir été préoccupé par le décès d'un proche, ou par les relations familiales. D'autres préoccupations sont mentionnées dans des proportions inférieures et la préoccupation mentionnée le moins fréquemment est la violence dans une relation de couple.

Les répondants de 30 ans et moins sont plus nombreux à être préoccupés par la fin d'une relation (39,3 vs 21,9%, $p=0,011$). Les répondants résidant à l'extérieur de Montréal sont plus nombreux à être préoccupés par l'homophobie (38,7 vs 21,1 %, $p=0,034$) et le décès d'un proche (38,7 vs 20,5 %, $p=0,027$). Les personnes d'origine culturelle sont plus nombreuses à déclarer avoir été préoccupées par la recherche d'amis (39,5 vs 24,0 %, $p=0,051$). Enfin, les répondants ayant déclaré plus de 5 préoccupations de santé au cours de la dernière année sont plus nombreux à avoir été affecté par quatre préoccupations de cette dimension de la santé soit, trouver un partenaire stable (54,5 vs 32,2 %, $p=0,006$) ou des amis (44,3 vs 23,7 %, $p=0,007$), les relations familiales (35,7 vs 17,4 %, $p=0,009$) et la dépendance affective (29,5 vs 12,4 %, $p=0,005$).

Dans la dimension de la santé qui touche la **situation de vie**, près du quart des répondants affirment avoir été préoccupés par la recherche ou la perte d'un emploi au cours de la dernière année, ou encore par la pauvreté et le manque de ressources financières. Une faible proportion des répondants a rapporté être préoccupée par les problèmes avec la justice. Les répondants séropositifs sont plus nombreux à mentionner comme préoccupation

la pauvreté ou le manque de ressources financières (38,4 vs 20,4%, $p=0,026$) et il en va de même pour les répondants qui ont déclaré plus de 5 préoccupations de santé au cours de la dernière année (52,5 vs 14,8 %, $p=0,0001$). Toutefois, pour ces derniers, la recherche ou la perte d'un emploi a également affecté un plus grand nombre d'entre eux (45,5 vs 18,9 %, $p=0,0001$).

3.7. Les besoins ressentis d'obtenir de l'aide et l'aide obtenue ou non

Le Tableau 3.7 affiche les besoins ressentis d'obtenir de l'aide et l'aide obtenue (ou non), pour les répondants qui ont identifié leurs préoccupations en matière de santé à la section précédente (Tableau 3.6). Les colonnes « Besoin ressenti » et « Aide obtenue » indiquent deux données. La première présente le nombre de répondants ayant précédemment déclaré avoir été affecté au cours de la dernière année par une préoccupation de santé et qui ont répondu aux questions du Tableau 3.7 (N). C'est pourquoi les valeurs de N sont nettement inférieures ici à celles dans le Tableau 3.6. La seconde donnée du Tableau 3.7 indique la proportion des répondants qui ont répondu OUI aux questions « Besoin ressenti » et « Aide obtenue » du Tableau 3.7.

De toutes les préoccupations sur le plan de **la santé physique, mentale et des habitudes de vie**, c'est celle sur les « Infections transmises sexuellement (ITS) » qui récolte les proportions les plus élevées de réponses, et ce, tant pour le besoin ressenti d'obtenir de l'aide que de l'aide effectivement obtenue. Voyons comment interpréter les résultats exposés au Tableau 3.7 à l'aide de l'exemple de cette préoccupation. Au Tableau 3.6, 32% des 219 répondants à cette question (N=70) ont rapporté avoir été préoccupés par les ITS au cours de la dernière année. Dans le Tableau 3.7 ci-dessous, 81 personnes ont répondu à cette question et, de ce groupe, 76,5% (N=62) affirme avoir ressenti le besoin d'obtenir de l'aide pour cette préoccupation. De plus, 67 personnes ont répondu à la question sur l'aide obtenue et, de ce groupe, 83,6% (N=56) ont effectivement reçu de l'aide en lien avec les ITS.

Globalement, sur la base des réponses sur l'aide obtenue, les données suggèrent que certaines préoccupations de santé seraient mieux comblées que d'autres. C'est le cas par exemple de la prise de risques sexuels et du tabagisme, préoccupations pour lesquels 50 % ou plus des répondants affirment avoir obtenu de l'aide. Les autres préoccupations affichent des proportions inférieures quant à l'aide obtenue. Parmi les besoins qui semblent tout de même comblés en partie, on retrouve les idéations ou les tentatives suicidaires, la solitude et l'isolement de même que la spiritualité. Il importe de noter également que certaines de ces préoccupations trouvent des réponses en dehors des services du réseau public de la santé (voir section 3.8.). Par ailleurs, les données suggèrent, pour certaines préoccupations de santé, des difficultés à trouver de l'aide. C'est le cas par exemple de la consommation problématique d'alcool ou de drogue et de la dépendance à Internet.

Tableau 3.7. Besoins ressentis d'obtenir de l'aide et aide effectivement obtenue

Thèmes	Préoccupations	Besoin ressenti		Aide obtenue		Préoccupations	Besoin ressenti		Aide obtenue		
		N	(oui)	N	% (oui)		N	%(oui)	N	(oui)	
Santé mentale ou physique et habitudes de vie	Infections transmises sexuellement	81	76,5	67	83,6	Troubles de l'alimentation	49	36,7	25	24,0	
	Dépression	79	68,4	60	65,9	Penser à se suicider / tenter de s'enlever la vie	54	35,2	29	44,8	
	VIH/sida	60	55,0	41	65,9	Vieillessement	56	33,9	25	32,0	
	Niveau de stress élevé/anxiété	100	51,0	55	56,4	Processus de sortie/ <i>coming out</i>	45	31,1	23	39,1	
	Solitude/ isolement	81	46,9	47	42,6	Spiritualité	43	30,2	22	40,9	
	Prise de risques sexuels	84	40,5	42	59,5	Consommation problématique d'alcool	54	25,9	30	26,7	
	Tabagisme	66	39,4	34	50,0	Consommation problématique de drogues	51	19,6	27	22,2	
	Image corporelle	49	37,0	49	40,8	Dépendance à Internet	49	10,2	22	22,7	
						Dépendance au jeu	39	5,1	19	10,5	
	Les relations avec les autres	Trouver des amis	68	36,8	34	44,1	Décès d'un proche	61	24,6	33	33,3
		Fin d'une relation	72	33,3	37	48,6	Homophobie	51	23,5	24	25,0
Violence en général		33	33,3	18	33,3	Discrimination	43	23,3	24	20,8	
S'occuper d'un proche souffrant de maladie		47	29,8	0		Vie de couple	67	22,4	31	31,0	
Dépendance affective		36	28,8	26	34,6	Trouver un partenaire stable	81	22,2	30	20,0	
Relations familiales		30	27,1	30	36,7	Violence dans une relation de couple	35	14,3	18	16,7	
Situation de vie	Pauvreté/manque de ressources financières	32	50,0	43	39,5						
	Trouver un emploi/perdre un emploi	66	45,5	44	36,4						
	Problèmes avec la justice	34	14,7	17	11,8						

Plusieurs différences significatives apparaissent lorsqu'on compare ici les sous-groupes de l'échantillon :

- Les répondants âgés de plus de 30 ans sont plus nombreux à avoir ressenti le besoin d'obtenir de l'aide en ce qui concerne les ITS (82,0 vs 57,9 %, $p=0,031$). À l'opposé, les jeunes de moins de 30 ans affirment avoir davantage ressenti le besoin d'obtenir de l'aide quant au processus de *coming out* (58,3 vs 21,2%, $p=0,017$). Les répondants de 30 ans et moins se distinguent également au niveau de l'aide obtenue à propos de ITS (66,7 vs 88,2 % $p=0,009$).
- Les répondants séropositifs ont davantage rapporté ressentir le besoin d'obtenir de l'aide pour le VIH/sida (92,6 vs 25,8%, $p=0,0001$) et les ITS (95,5 vs 69,2%, $p=0,014$). Par ailleurs, ces personnes se distinguent quant à l'aide effectivement obtenue, et ce, pour plusieurs préoccupations, c'est-à-dire : les ITS (100 vs 73,2%, $p=0,009$), le VIH/sida (95,7 vs 27,8 %, $p=0,0001$), la dépression (88,2 vs 55,0 %, $p=0,016$), les idéations et les tentatives suicidaires (80,0 vs 28,6 %, $p=0,034$) et la consommation problématique d'alcool (60,0 vs 18,2%, $p=0,054$).

- Les répondants qui habitent à l'extérieur de Montréal sont plus nombreux à avoir ressenti le besoin d'obtenir de l'aide face au *coming out* (62,5 vs 22,6 %, $p=0,029$) et à la dépendance au jeu (16,7 vs 0 %, $p=0,031$). Ils sont par ailleurs moins nombreux à avoir obtenu de l'aide pour le VIH/sida (25,0 vs 75,0 %, $p=0,041$).
- Les personnes d'origine culturelle sont aussi plus nombreuses à avoir ressenti le besoin d'obtenir de l'aide face au *coming out* (54,5 vs 23,5 %, $p=0,031$) mais également pour trois autres préoccupations, soit les troubles de l'alimentation (75,0 vs 29,0 %, $p=0,014$), la dépendance à Internet (38,5 vs 0 %, $p=0,0001$) et la spiritualité (62,5 vs 20,6 %, $p=0,018$).
- Les personnes ayant déclaré plus de 5 préoccupations en matière de santé au cours de la dernière année sont plus nombreuses à avoir ressenti le besoin d'obtenir de l'aide, et ce, pour la presque totalité des préoccupations regroupées dans la santé physique, mentale et les habitudes de vie (voir appendice A pour plus de détails). Le vieillissement et la dépendance au jeu sont toutefois les deux seules préoccupations pour lesquelles ces répondants affirment avoir reçu de l'aide dans des proportions supérieures aux autres répondants (respectivement 54,5 vs 14,3 %, $p=0,032$ et 40,0 vs 0, $p=0,012$).

Sur le plan de la dimension de la santé qui recouvre les **relations avec les autres**, les deux préoccupations au cours de la dernière année qui affichent les proportions les plus élevées (Besoin ressenti et Aide obtenue) sont la recherche d'amis et la fin d'une relation. On remarque également que certaines préoccupations semblent mieux comblées que d'autres, telles que les relations familiales et la dépendance affective. À l'opposé, il apparaît clairement que certains besoins ressentis sont peu ou pas du tout comblés, comme dans les cas d'aide requise pour s'occuper d'une personne souffrant de maladie, de discrimination ou de violence dans une relation de couple.

Ici encore plusieurs différences existent en fonction des sous-groupes de l'échantillon :

- Les personnes de plus de 30 ans sont plus nombreuses à avoir ressenti le besoin d'obtenir de l'aide pour trouver des amis (45,1 vs 11,8 %, $p=0,014$) et pour le décès d'un proche (31,1 vs 6,3 %, $p=0,047$).
- Les répondants séropositifs sont plus nombreux à avoir ressenti le besoin d'obtenir de l'aide pour la vie de couple (46,2 vs 16,7 %, $p=0,025$).
- Les répondants qui habitent à l'extérieur de Montréal sont moins nombreux à avoir ressenti le besoin d'obtenir de l'aide pour le décès d'un proche (0 vs 30,4 %, $p=0,44$) mais, à l'opposé, sont plus nombreux en ce qui a trait à la violence dans une relation de couple (40,0 vs 7,7 %, $p=0,048$).
- Les personnes d'origine culturelle sont plus nombreuses à avoir ressenti le besoin d'obtenir de l'aide pour les relations familiales (60,0 vs 21,3 %, $p=0,013$) et pour la violence en général (66,7 vs 23,1 %, $p=0,038$).
- Les personnes ayant déclaré plus de 5 préoccupations en matière de santé au cours de la dernière année sont plus nombreuses à avoir ressenti le besoin d'obtenir de l'aide par rapport à la vie de couple (43,8 vs 15,7 %, $p=0,019$). Il n'y a toutefois aucune différence significative quant aux proportions de ceux qui déclarent avoir obtenu de l'aide pour cette préoccupation.

En ce qui concerne la **situation de vie**, la préoccupation pour laquelle la proportion la plus élevée de répondants rapporte avoir ressenti le besoin d'obtenir de l'aide est la pauvreté ou le manque de ressources financières. C'est également face à cette préoccupation que les répondants affirment avoir trouvé de l'aide dans la proportion la plus élevée. À l'opposé, les

problèmes avec la justice est une préoccupation pour laquelle une très faible proportion de personnes rapporte avoir effectivement obtenu de l'aide. Enfin, seuls les répondants ayant déclaré plus de 5 préoccupations en matière de santé au cours de la dernière année se distinguent du reste de l'échantillon. Ils sont en effet plus nombreux à avoir ressenti le besoin d'obtenir de l'aide pour la pauvreté et le manque de ressources financières (70,8 vs 37,5 %, $p=0,010$) et pour la recherche ou la perte d'un emploi (72,7 vs 31,8 %, $p=0,002$). Il n'y a toutefois aucune différence significative quant à l'aide obtenue pour ces préoccupations.

3.8. Les types d'organismes, de professionnels ou de personnes consultées suivant les préoccupations²

Le Tableau 3.8a indique le nombre de consultations pour chacune des préoccupations reliées à la **santé physique, mentale ou les habitudes de vies** et ce, pour chacun des types d'organismes consultés. Les cliniques médicales sont le type d'organismes que les répondants ont déclaré avoir consulté en plus grand nombre. À l'opposé, c'est dans les hôpitaux que le nombre le moins élevé de consultations a eu lieu. Bon nombre de consultations sont rapportées dans la catégorie « autres » types, qui inclut une grande variété d'organismes, de professionnels ou de personnes rattachés aux réseaux sociaux des répondants. Globalement, on note que chaque type d'organisme consulté semble combler des besoins différents.

Dans le cas des cliniques médicales, les plus grands nombres de consultations déclarées sont reliés aux ITS, au VIH/sida et à la dépression. En ce qui concerne les organismes communautaires, les plus grands nombres de consultations sont motivées par d'autres préoccupations, telles l'isolement, l'image corporelle et le stress élevé ou l'anxiété. Les consultations dans les CLSC et les hôpitaux, bien que nettement moins nombreuses, sont motivées par des préoccupations similaires aux cliniques médicales. Quant à la catégorie « autres », le plus grand nombre de consultations sont faites auprès de psychologues et de thérapeutes œuvrant hors du réseau public, et ce, pour des préoccupations liées à la santé mentale (par ex. dépression, stress, anxiété, idéations et tentatives suicidaires). Plusieurs autres besoins semblent être comblés par d'autres types d'organismes de soutien ainsi que par l'entourage des répondants.

Le Tableau 3.8b indique le nombre de consultations pour les préoccupations de la santé qui recouvrent les **relations avec les autres**. Sauf pour la catégorie « autres », il apparaît clairement que ce sont les organismes communautaires qui semblent répondre davantage à ces préoccupations. Un nombre très peu élevé de consultations sont rapportées dans les cliniques médicales et les hôpitaux, et aucune en CLSC. Le nombre de consultations le plus élevé pour l'ensemble de cette dimension de la santé est associé à la catégorie « autres », qui inclut une grande variété d'organismes, de professionnels ou de personnes de l'entourage des répondants. Comme dans le cas des préoccupations reliées à la santé physique, mentale ou les habitudes de vie, bon nombre des préoccupations reliées aux relations avec les autres ont donné lieu à des consultations auprès de psychologues ou de thérapeutes n'appartenant pas au réseau public et auprès de personnes dans les réseaux sociaux des répondants.

Le Tableau 3.8c indique le nombre de consultations pour les préoccupations reliées à la **situation de vie** des répondants. Encore une fois, à l'exception de la catégorie « autres », ce sont les organismes communautaires qui semblent répondre le plus à ce type de besoins, notamment en ce qui a trait à la pauvreté et le manque de ressources financières. Très peu

² En raison du nombre limité de répondants ayant indiqué les types d'organismes, de professionnels et de personnes consultés, nous n'avons pas effectué les comparaisons entre les sous-groupes de l'échantillon.

de consultations ont eu lieu dans le réseau public. Dans la catégorie « autres », le soutien du réseau social (parents, amis) et des programmes d'aide gouvernementale liés à l'emploi apparaissent comme les plus susceptibles de répondre à ces préoccupations.

Tableau 3.8a. Santé physique, mentale et habitudes de vie : types d'organismes, de professionnels ou de personnes consultés et nombre de consultations :

Types d'organismes, de professionnels ou de personnes consultés	Préoccupations et nombre de consultations déclarées
Cliniques médicales	ITS (41), VIH/sida (19), dépression (19), Niveau de stress élevés/Anxiété (17) Prise de risques sexuels (11), Tabagisme (11), Image corporelle (7), Penser à se suicider / tenter de s'enlever la vie (3), Consommation problématique d'alcool (2), Processus de sortie / <i>coming out</i> (2), Solitude/ Isolement (2), Consommation problématique de drogues (1), Vieillesse (1).
Total : 136	
Organismes communautaires	Solitude/Isolement (10), Dépression (8), Image corporelle (8), Niveau de stress élevé/Anxiété (6), Processus de sortie / <i>coming out</i> (8), VIH/sida (8), Infections transmises sexuellement (6), Prise de risques sexuels (6), Spiritualité (4), Consommation problématique d'alcool (3), Dépendance au jeu (2), Vieillesse (2), Consommation problématique de drogues (1), Dépendance à Internet (1), Penser à se suicider / tenter de s'enlever la vie (1), Tabagisme (1).
Total : 75	
CLSC (CSSS)	ITS (12), dépression (7), Niveau de stress élevés/Anxiété (5), Consommation problématique d'alcool (4), Image corporelle (2), Prise de risques sexuels (2), Penser à se suicider / tenter de s'enlever la vie (1), Processus de sortie / <i>coming out</i> (1), tabagisme (1), Vieillesse (1).
Total : 36	
Hôpitaux	VIH/sida (6), ITS (5), Niveau de stress élevé/Anxiété (5), Dépression (4), Image corporelle (2), Prise de risques sexuels (2), Consommation problématique d'alcool (1), Solitude/ Isolement (1), Tabagisme (1),
Total : 27	
Autres : exemples : psychologues, thérapeutes, autres groupes de soutien comme les AA, les NA, amis, parents.	Dépression (15), Niveau de stress élevé/Anxiété (12), Penser à se suicider / tenter de s'enlever la vie (10), Consommation problématique d'alcool (8), Solitude/ Isolement (8), Image corporelle (6), Tabagisme (6), Prise de risques sexuels (5), Spiritualité (5), Consommation problématique de drogues (4), Infections transmises sexuellement (3) Processus de sortie / <i>coming out</i> (3), Troubles de l'alimentation (3), VIH/sida (3).
Total: 91	

Tableau 3.8b. Relations avec les autres : types d'organismes, de professionnels ou de personnes consultés et nombre de consultations

Types d'organismes, de professionnels ou de personnes consultés	Préoccupations et nombre de consultations déclarées
Organismes communautaires	Trouver des amis (11), Décès d'un proche (3), Dépendance affective (3), S'occuper d'un proche souffrant de maladie (3), Fin d'une relation (2), Trouver un partenaire stable (2), Discrimination (1), Relations familiales (1), Vie de couple (1)
Total : 26	
Cliniques médicales	Fin d'une relation (3), Décès d'un proche (2), Relations familiales (1), Trouver un partenaire stable (1), Vie de couple (1)
Total : 8	
CLSC	--
Total : 0	
Hôpitaux	S'occuper d'un proche souffrant de maladie (2)
Total : 2	
Autres : Exemples : psychologues, thérapeutes, amis, parents	Fin d'une relation (13), Relations familiales (11), Dépendance affective (9), Décès d'un proche (8), Vie de couple (7), Trouver un partenaire stable (5), Violence en général (verbale, physique ou sexuelle) (5), Discrimination (3), Homophobie (3), S'occuper d'un proche souffrant de maladie (3), Trouver des amis (3), Violence dans une relation de couple (1).
Total : 71	

Tableau 3.8c. Situation de vie : types d'organismes, de professionnels ou de personnes consultés et nombre de consultations

Types d'organismes, de professionnels ou de personnes consultés	Préoccupations et nombre de consultations déclarées
Organismes communautaires	Pauvreté/manque de ressources financières (9), Trouver un emploi/perdre un emploi (3), Problèmes avec la justice (1).
Total : 13	
Cliniques médicales	Pauvreté/manque de ressources financières (2), Trouver un emploi/perdre un emploi (1).
Total : 3	
CLSC	Pauvreté/manque de ressources financières (1).
Total : 1	
Hôpitaux	Pauvreté/manque de ressources financières (1).
Total : 1	
Autres : amis, programmes d'aide du gouvernement, parents, avocats	Pauvreté/manque de ressources financières (13), Trouver un emploi/perdre un emploi (9), Problèmes avec la justice (3).
Total : 26	

3.9. Les priorités en matière de services à mettre en place

Le Tableau 3.9 présente les préoccupations qui, selon les répondants, sont prioritaires et pour lesquelles des services doivent être mise en place³. Les cinq préoccupations jugées prioritaires par le plus grand nombre de répondants sont la prise de risques sexuels, la solitude ou l'isolement, le VIH/sida, la dépression et les ITS. À l'opposé, les cinq préoccupations jugées prioritaires par le plus faible nombre de répondants sont les problèmes avec la justice, la fin d'une relation, la dépendance au jeu, la violence dans une relation de couple et s'occuper d'une personne souffrant de maladie.

Globalement, les hommes gais et bisexuels interrogés ont jugé prioritaires les préoccupations reliées à la santé physique et mentale. Les préoccupations de santé reliées au ITS telles que la prise de risques occupent une place centrale dans les priorités en matière de service à mettre en place. On remarque néanmoins que la solitude, l'isolement et la dépression sont aussi des priorités importantes. Il importe également de souligner que les écarts sont minimes dans les proportions quant au nombre de répondants qui se sont prononcés en faveur d'autres préoccupations telles que le vieillissement, le niveau de stress élevé ou l'anxiété, la consommation problématique de drogues, et le processus de sortie.

Tableau 3.9. Services jugés prioritaires (les 3 premiers choix confondus)

Préoccupations	% (N=222)	Préoccupations	% (N=222)
Prise de risques sexuels	18,3	Pauvreté /manque de ressources financières	6,2
Solitude / isolement	18,2	Relations familiales	6,2
VIH/sida	16,9	Consommation problématique d'alcool	5,8
Dépression	16,0	Décès d'un proche	5,8
Infections transmises sexuellement	16,0	Dépendance affective	5,8
Niveau de stress élevé/anxiété	13,8	Tabagisme	5,3
Vieillesse	12,4	Trouver un emploi/perdre un emploi	5,3
Processus de sortie / <i>coming out</i>	11,6	Spiritualité	3,6
Image corporelle	11,6	Troubles de l'alimentation	4,0
Trouver un partenaire stable	11,1	Discrimination	4,4
Consommation problématique de drogues	10,7	Violence en général	3,1
Penser à se suicider / tenter de s'enlever la vie	9,8	S'occuper d'un proche souffrant de maladie	3,1
Homophobie	8,9	Violence dans une relation de couple	2,7
Dépendance à Internet	8,0	Dépendance au jeu	2,7
Vie de couple	8,0	Fin d'une relation	2,2
Trouver des amis	7,1	Problème avec la justice	1,3

Il existe plusieurs différences significatives entre les sous-groupes de l'échantillon :

- Les répondants de 30 ans et moins sont plus nombreux à juger prioritaires la consommation problématique de drogues (21,4 vs 6,8 %, $p=0,002$), la dépendance au jeu (7,1 vs 1,2 %, $p=0,02$) et les troubles de l'alimentation (8,9 vs 2,5 %, $p=0,036$). À

³ En raison de la taille de l'échantillon, les proportions de réponses à chacun des trois choix de priorité étaient très petites et ne permettaient pas d'établir un portrait significatif des priorités à mettre en place. Nous avons donc fusionné les 3 choix de priorités proposés aux répondants.

l'opposé, ils sont moins nombreux à considérer le vieillissement comme une priorité pour les services à mettre en place (1,8 vs 16,7 %, $p=0,004$).

- Les répondants séropositifs sont plus nombreux à juger prioritaire le VIH/sida (40,0 vs 13,9 %, $p=0,0001$) et l'image corporelle (22,9 vs 10,1 %, $p=0,039$). Ils sont cependant moins nombreux à considérer l'homophobie comme une préoccupation prioritaire (0 vs 10,1 %, $p=0,049$).
- Les répondants qui habitent à l'extérieur de Montréal sont plus nombreux à considérer prioritaires le *coming out* (38,7 vs 6,4 %, $p=0,0001$), les troubles de l'alimentation (12,9 vs 2,9 %, $p=0,012$), la dépendance affective (16,1 vs 3,5 %, $p=0,004$) et la violence dans une relation de couple (9,7 vs 1,2 %, $p=0,005$).
- Les personnes d'origine culturelle sont plus nombreuses à considérer prioritaire une seule des préoccupations, la spiritualité (12,8 vs 1,1, $p=0,0001$).
- Les répondants ayant déclaré plus de 5 préoccupations en matière de santé au cours de la dernière année sont plus nombreux à juger que la dépression (27,3 vs 13,3 %, $p=0,023$), la solitude et l'isolement (29,5 vs 15,5 %, $p=0,030$) sont prioritaires, mais moins nombreux à juger prioritaire la préoccupation de trouver des amis (0 vs 8,8 %, $p=0,041$).

3.10. La pertinence de Action Séro Zéro pour apporter des réponses aux besoins prioritaires

Le Tableau 3.10 présente l'évaluation des répondants, quant à la pertinence de l'organisme pour la mise en place de services susceptibles d'apporter des réponses aux besoins qu'ils ont jugés prioritaires à la section précédente. Les évaluations de la pertinence de l'organisme (besoins prioritaires 1, 2 et 3 fusionnés à la section précédente) ont dû également être fusionnées en raison de la taille de l'échantillon.

De façon générale, plus des trois quarts des répondants sont tout à fait ou plutôt d'accord avec l'énoncé suggérant que Action Séro Zéro est un organisme approprié pour apporter des réponses aux besoins liés à la prise de risques sexuels, aux ITS et au VIH/sida. Environ deux tiers des répondants sont d'accord avec la suggestion que l'organisme est pertinent pour répondre aux besoins liés à l'homophobie et au processus de sortie ou *coming out*. Un peu plus de la moitié des répondants rapportent que l'organisme est pertinent pour répondre aux préoccupations concernant la consommation problématique de drogues et les relations familiales. Moins de la moitié des répondants jugent que Action Séro Zéro est un organisme pertinent pour répondre aux besoins liés aux idéations ou tentatives suicidaires et au niveau de stress élevé ou l'anxiété. D'autres préoccupations affichent des niveaux d'accord nettement inférieurs, telles que la solitude et l'isolement, la dépression, la recherche d'un partenaire stable et l'image corporelle. Enfin on note, comme l'indique les astérisques (*) dans le tableau, que certains résultats proviennent d'un très petit nombre de répondants s'étant prononcé (par ex. s'occuper d'un proche, discrimination, spiritualité). Il faut donc interpréter ces données avec prudence.

Lorsqu'on compare les sous-groupes de l'échantillon, aucune différence significative n'a été trouvée en fonction de l'âge, du statut sérologique, du lieu de résidence, de l'appartenance culturelle ou d'avoir déclaré plus de 5 préoccupations de santé.

Tableau 3.10. La pertinence de l'organisme pour répondre à ces besoins prioritaires (les 3 premiers choix confondus)

Assez ou tout à fait d'accord	N	%
Prise de risques sexuels	41	80,5
Infections transmises sexuellement	35	77,1
VIH/sida	37	75,7
Homophobie	19	68,4
Processus de sortie / <i>coming out</i>	26	65,4
Consommation problématique de drogue	24	58,3
Relations familiales	14	57,1
S'occuper d'un proche souffrant de maladie	7	57,1*
Penser à se suicider / tenter de s'enlever la vie	21	42,9
Niveau de stress élevé/anxiété	30	40,0
Solitude / isolement	38	39,5
Dépendance affective	13	38,5
Dépression	36	33,3
Discrimination	9	33,3*
Problèmes avec la justice	3	33,3*
Trouver un emploi/perdre un emploi	12	33,3
Vie de couple	6	33,3*
Violence dans une relation de couple	6	33,3*
Trouver un partenaire stable	25	32,0
Trouver des amis	16	31,3
Dépendance à Internet	17	29,4
Spiritualité	7	28,6*
Violence en général (verbale, physique, sexuelle)	7	28,6*
Image corporelle	26	26,9
Consommation problématique d'alcool	13	23,1
Décès d'un proche	13	23,1
Troubles de l'alimentation	9	22,2*
Fin d'une relation	5	20,0*
Tabagisme	12	16,7
Pauvreté / manque de ressources financières	14	7,1
Dépendance au jeu	0,0*	0,0*

* interpréter avec prudence car le nombre de répondants est très peu élevé

3.11. Le type d'organisme souhaité d'ici cinq ans

Le questionnaire offrait également la possibilité aux répondants de se prononcer sur le type d'organisme qu'ils souhaiteraient voir devenir Action Séro Zéro d'ici 5 ans. Parmi les 6 possibilités proposées, un centre de santé multidisciplinaire reçoit le nombre de réponses le plus élevé (69,3%), suivi du centre d'information sur la santé gaie (52%). Les autres propositions reçoivent moins de 50% d'appui de la part des répondants, c'est-à-dire un lieu d'activités alternatives aux bars et aux discothèques (40,4 %), un *drop-in* pour discuter avec des personnes qui ont le même profil que le répondant (29,3 %), un organisme voué à la défense des droits en lien avec la santé et le mieux-être (28,9 %) ou un endroit qui offre des espaces pour organiser des activités (13,3%).

Les répondants séropositifs sont plus nombreux à souhaiter que l'organisme offre un *drop-in*, un lieu où on peut discuter avec des personnes vivant les mêmes préoccupations (45,7 vs 24,7%, $p=0,013$). Il en va de même pour les personnes qui résident à l'extérieur de Montréal

(48,4 vs 24,3 %, p=0,006) et pour les répondants ayant déclaré plus de 5 préoccupations en matière de santé au cours de la dernière année (52,3 vs 23,8 %, p=0,0001). Les personnes d'origine culturelle sont quant à elles plus nombreuses à souhaiter un organisme qui offre des espaces pour organiser des activités (25,6 vs 10,9 %, p=0,015).

Dix répondants ont fourni des commentaires à propos de ce que pourrait devenir Action Séro Zéro d'ici les cinq prochaines années. Ces données qualitatives permettent de saisir les souhaits spécifiques des personnes interrogées et nous semblent porteuses de pistes d'action. Certains répondants ont écrit qu'ils souhaitent voir l'organisme consolider sa mission actuelle. Par exemple :

« Un organisme qui fait de la prévention et de l'information sur la santé sexuelle son objectif principal et qui se réinvente pour s'attaquer efficacement aux problèmes du 'relapse' et du 'barebacking' ».

« Se concentrer sur sa mission d'origine: tenter de réduire à zéro les nouveaux cas d'infection au VIH et aux autres ITS dans la communauté. Inutile de dupliquer ce qui se fait déjà à l'Actuel, au CLSC des Faubourgs... ».

« Je crois que vous répondez déjà à ces besoins directement ou indirectement et nous avons accès à des services répondant à ces besoins ».

Plusieurs répondants ont noté qu'ils aimeraient voir l'organisme développer certaines caractéristiques, programmations ou cibles d'intervention spécifiques. Par exemple :

« Une clinique ouverte en tout temps et facilement accessible ».

« Un organisme dérangeant qui porte des messages dont tout le monde parle ».

« Atelier de rencontre pour recevoir de la formation sur le comportement en général et des problèmes que nous pouvons rencontrer soit par une séparation, le vieillissement, etc. ».

« Plus de sondages et d'informations sur l'homosexualité en région ».

« Un lieu de soutien et de développement social pour les hommes gais, un lieu de développement des compétences et des relations sociales... Un lieu un peu moins clinique et plus 'groundé' avec la réalité ».

« Plus d'informations pour les ados pour les aider à faire les bons choix ».

Enfin, un seul commentaire a soulevé un aspect à améliorer dans les services et activités actuellement offerts. Ce répondant souhaite que Action Séro Zéro : *« améliore le professionnalisme des différents intervenants, ne pas prendre n'importe qui vous représente n'importe comment ».*

3.12. Les commentaires généraux sur Action Séro Zéro et sur l'étude

La section suivante regroupe les commentaires généraux écrits par les répondants à la fin du questionnaire au sujet de l'organisme et de la présente enquête. Au total, 130 commentaires ont été formulés par les hommes gais ou bisexuels participants.

Les répondants ont rapporté la perception qu'ils ont des **forces et des faiblesses de l'organisme**, les premières portant sur des aspects que, selon eux, Action Séro Zéro doit maintenir, et les secondes, que l'organisme doit améliorer. Parmi les forces, plusieurs commentaires sont récurrents. Il s'agit en premier lieu de l'appréciation du travail de

l'organisme en général et de sa continuité, ces deux aspects représentant à eux seuls la moitié des commentaires recueillis (30 commentaires sur un total de 61). Selon d'autres commentaires, les répondants apprécient que l'organisme ait un intérêt pour les opinions des HARSAH, ils souhaitent que Action Séro Zéro poursuive son travail tout en bénéficiant du soutien adéquat des bailleurs de fonds. Finalement, quelques commentaires affirment une confiance envers l'organisme ainsi qu'une appréciation positive des campagnes de prévention qu'il mène. Voici quelques exemples de ces commentaires.

« J'espère que les aspirations de Action Séro Zéro vont se concrétiser et continuer de faire votre beau travail en vous informant directement auprès de la communauté ».

« I have high expectations about Séro Zéro. I trust you guys for all the work you do. I feel proud of your work even if I don't feel very closely related to your efforts in benefit of the gay community ».

« Je considère Action Séro Zéro comme étant un organisme essentiel pour le bien-être de la société. Il serait très IMPORTANT que les organismes subventionnaires (y) accordent beaucoup plus d'importance ».

En ce qui a trait aux aspects à améliorer, onze (11) répondants énoncent des commentaires sur la localisation des locaux, l'accessibilité de l'organisme et son manque de visibilité. Quelques autres commentaires ciblent des faiblesses en lien avec la difficulté d'obtenir un service de dépistage, avec la base militante de l'organisme et les rapports qu'elle entretient avec la « communauté », la professionnalisation des intervenants, la direction de l'organisme et avec une expérience personnelle de l'organisation qui a conduit à une opinion négative par rapport à celle-ci. Finalement, on souhaite que certains documents tels que *Mon livre de lit* soient disponibles en anglais pour le reste du Canada. Voici quelques exemples de ces commentaires.

« Séro Zéro devrait être beaucoup plus présent dans les bars et dans le Village. Il y a un manque de présence physique ce qui amène la banalisation du VIH et des ITSS ».

« L'organisme semble globalement inaccessible. On ne sait même pas où sont situés vos bureaux ».

« J'ai regretté de ne pas pouvoir me faire dépister pour les VIH/ITS/MTS lors du salon de la santé car au CLSC Visitation ils ont changé leur fonctionnement. La prise de rendez-vous n'existe plus ».

« Il serait intéressant que Séro Zéro revoie sa base militante et son lien avec la dite 'communauté'. Le village n'est pas le seul lieu d'appartenance des gais. Il serait triste de voir Séro Zéro devenir un pourvoyeur de services seulement. »

Enfin, soulignons les différents commentaires sur la présente enquête. Bien que 17 commentaires reprochent au questionnaire sa longueur et sa structure parfois difficile à saisir, particulièrement dans des endroits de passation comme les bars, 26 commentaires soulignent **l'importance, la pertinence et l'intérêt que suscite la recherche**. Voici quelques exemples de ces commentaires.

« Je trouve l'étude intéressante et j'aime donner mon point de vue dans un questionnaire dans le but de pouvoir orienter les activités de Séro Zéro. »

« De très bonnes questions et bien orientées sur la vie en général des gais. »

« Très bon questionnaire qui m'a demandé de réfléchir sur ma vie. »

PARTIE IV. SYNTHÈSE ET DISCUSSION

Cette partie du rapport propose une synthèse des résultats de la recherche, qui avait comme principal objectif d'orienter Action Séro Zéro dans le cadre de l'élargissement de son mandat vers une approche globale de la santé et du mieux-être des populations visées par ses activités. Ces résultats sont discutés en lien avec des pistes de réflexion susceptibles d'alimenter les discussions au sein de l'organisme.

4.1. Les perceptions à propos des services offerts actuellement par Action Séro Zéro en termes de pertinence, de variété et d'accessibilité

Les données de cette recherche nous renseignent sur plusieurs aspects de la perception qu'ont les hommes gais et bisexuels des services déjà offerts par Action Séro Zéro. Les résultats de l'enquête indiquent que la grande majorité des sources d'informations, des activités et des services offerts sont bien connus par des proportions élevées de répondants. Parmi les exceptions quant à la connaissance des sources d'informations, il serait peut-être pertinent de promouvoir davantage le site Internet de l'organisme et la brochure *Mon Livre de lit*. Par ailleurs, l'activité la Semaine de la santé et du mieux-être semble peu connue des répondants et il en va même pour les services tels que les cliniques de dépistage et les consultations avec des intervenants, en personne ou en ligne. Bon nombre de sources d'information, d'activités et de services ont été utilisées au cours de la dernière année ou il y a plus d'un an, et le taux de satisfaction est en général très ou assez élevé (plusieurs au-delà de 70 et même 80%).

Les répondants rapportent des **taux de satisfaction élevés à propos de l'organisme**, et ce, en lien avec plusieurs caractéristiques spécifiques, dont :

- le fait que les intervenants se déplacent pour rencontrer les hommes gais et bisexuels
- et que l'organisme est crédible et influent afin de promouvoir et défendre leurs droits en matière de santé.

Les données quantitatives et qualitatives à propos de l'emplacement physique actuel des locaux et des heures d'ouverture de l'organisme suggèrent l'importance de mesures actives pour augmenter le niveau de satisfaction à ces égards. L'énoncé suggérant que l'organisme a une vie associative dynamique qui encourage le bénévolat et l'implication de ses membres fait également l'objet d'un appui moins important. En effet, seulement la moitié des répondants ont déclaré être en accord avec cette proposition.

4.2. La compréhension des concepts de « santé globale » et de « santé gaie »

Globalement, il apparaît de manière très explicite que les répondants sont d'accord avec les notions d'équilibre et de la multiplicité des composantes de la santé globale. À savoir si la santé gaie est un concept inutile ou non, cette proposition semble diviser les répondants. Les opinions sont polarisées et on retrouve des proportions similaires de personnes en accord et en désaccord avec l'utilité du concept de santé gaie. Toutefois, les répondants s'entendent sur une définition de celle-ci : ils sont très en accord avec le concept de santé gaie comme étant **une vision élargie de la santé** impliquant :

- la nécessité d'une attitude positive des professionnels et des intervenants consultés par rapport à l'homosexualité, et
- la consultation auprès d'un intervenant ou d'un professionnel au courant de leur orientation sexuelle.

Les répondants sont nettement moins en faveur de l'énoncé qui suggère que la santé gaie implique nécessairement la consultation auprès d'un intervenant ou un professionnel de la même orientation sexuelle qu'eux. Seuls les répondants plus âgés sont davantage en accord avec l'énoncé suggérant que la santé gaie équivaut à la consultation auprès d'un intervenant ou d'un professionnel au courant de leur orientation sexuelle. Cela suggère-t-il un lien entre l'expérience d'une personne avec le système de santé qui varie selon l'âge, tel que l'ont souligné d'autres recherches (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse 2007; Brotman et coll. 2007) ? Cette question mériterait d'être approfondie.

4.3. L'opinion des répondants au sujet des services de santé

Le questionnaire mesurait l'opinion des répondants en matière de services adaptés pour les 5 dimensions de la santé proposées. Au-delà de 80% des répondants sont d'accord pour dire que **les hommes gais et bisexuels ont besoin de services adaptés à leurs réalités** en ce qui concerne les dimensions sexuelles, mentales et sociales de la santé. L'opinion de près des deux tiers de l'échantillon va dans le même sens pour ce qui est de la santé physique et une proportion similaire pour la santé spirituelle. Seules les personnes séropositives sont nettement plus nombreuses à considérer l'importance de services adaptés en matière de santé physique et spirituelle.

D'autres résultats nous renseignent sur les préférences des répondants en matière de consultation des services. Bien que la majorité des répondants préfèrent consulter des professionnels de la santé dans les CLSC, les cliniques médicales et les hôpitaux, c'est tout de même 41 % des répondants qui, en général, affirment préférer consulter les intervenants dans les organismes communautaires et seulement un peu plus du quart qui affirme les consulter seulement s'ils n'ont pas d'autres choix. Bien que le questionnaire n'ait pu permettre de préciser, faute d'espace, ces préférences selon les motifs de la consultation, ces résultats montrent qu'une proportion importante d'hommes gais et bisexuels n'a pas de parti pris au détriment des organismes communautaires.

4.4. Les préoccupations au cours de la dernière année, les besoins ressentis d'obtenir de l'aide et l'aide obtenue

Les données recueillies dans le cadre de cette recherche nous renseignent sur la prévalence des préoccupations en matière de santé au cours de l'année précédant l'enquête, telles que déclarées par les répondants. Les préoccupations ont été regroupées en trois dimensions distinctes de la santé globale : 1) la santé physique ou mentale et les habitudes de vie, 2) les relations avec les autres et 3) la situation de vie. Parmi les trois dimensions de la santé, **le niveau de stress élevé et l'anxiété** est la préoccupation qui a été rapportée par le plus grand nombre de répondants. Sans savoir si cette préoccupation relève d'un diagnostic externe ou d'une appréciation subjective, ce résultat suggère un indice de détresse psychologique en lien avec d'autres préoccupations telles que la dépression, comme l'indiquent d'autres recherches (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse 2007; Häusermann et coll. 2003 ; Julien et coll. 2002; Wang et coll. 2007).

Plusieurs autres préoccupations en matière de santé ont été rapportées par environ un tiers des répondants. Celles-ci touchent surtout la santé physique ou mentale (image corporelle, prise de risques sexuels, ITS et solitude ou isolement) et, dans une moindre mesure, les relations avec les autres (trouver un partenaire stable et s'occuper d'une personne souffrant de maladie). Toutefois, bon nombre de préoccupations concernent près du quart des répondants et sont reliées aux relations avec les autres (trouver des amis, la fin d'une relation, la vie de couple et l'homophobie) et à la situation de vie (trouver/perdre un emploi,

pauvreté ou manque de ressources financières). D'autres préoccupations, déclarées par moins de répondants, sont toutefois loin d'être négligeables dans une perspective de santé globale et de santé gaie, telles que le vieillissement, la dépendance affective, les idéations ou tentatives suicidaire, les troubles de l'alimentation, la dépression et la consommation problématique de drogues ou d'alcool.

Lorsqu'on examine les besoins ressentis d'obtenir de l'aide pour l'ensemble de ces préoccupations, ainsi que l'aide effectivement obtenu, il apparaît clairement que **les besoins les plus ressentis sont également ceux qui trouvent le plus de réponses dans les services disponibles** (ITS, dépression, VIH/sida, stress élevé ou anxiété). Ceci est encourageant ! Toutefois, on ne dispose pas de données pouvant nous éclairer sur les raisons qui pourraient expliquer les écarts entre le niveau d'aide optimal et celui effectivement obtenu. Ainsi, comment se fait-il, par exemple, que parmi les personnes préoccupées au cours de la dernière année par la dépression, seulement 65,9% des personnes qui ont rapporté avoir ressenti le besoin d'obtenir de l'aide en ont effectivement obtenu ? Méthodologiquement, cet écart peut s'expliquer par des questionnaires où les répondants n'ont pas complété la série de questions proposées. Cette limite au niveau de la collecte de données impose la prudence dans l'interprétation des résultats, mais on ne peut pas omettre la possibilité que, dans certains cas, il existe des barrières dans l'accès à l'aide. D'autres recherches portant sur la nature de telles barrières en ont identifié au moins deux types (Brotman S et coll. 2007; Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse 2007; Eliasion 1996; Gay and Lesbian Health Services 2003; Ministère de la santé et des services sociaux 1997) :

- Il existe des barrières structurelles dans l'accès à l'aide (disponibilité très limitée de certains services dans le secteur public, listes d'attentes pour certains services qui peuvent être très longues, etc.), et
- Il existe des barrières personnelles dans l'accès à l'aide (mauvaises expériences personnelles entraînant une perte de confiance envers les services, la peur d'être discriminé, de la stigmatisation, ce qui engendre d'autres problèmes notamment au niveau du suivi des patients, l'automédication, etc.).

Les données de notre enquête semblent suggérer un manque d'accès aux services d'aide dans certains cas, par exemple, chez les personnes qui ont besoin d'aide pour s'occuper d'un proche souffrant de maladie, des personnes aux prises avec des troubles de l'alimentation ou de consommation problématique d'alcool ou de drogues. Ces résultats constituent des pistes utiles pour des discussions entourant la prévalence des préoccupations de santé parmi les populations visées par Action Séro Zéro, les besoins ressentis d'obtenir de l'aide et l'aide obtenue, incluant les barrières entravant l'accès aux services d'aide.

4.5. Les priorités en matière de services à mettre en place et la pertinence d'Action Séro Zéro pour apporter des réponses aux besoins identifiés

Le questionnaire demandait aux répondants d'identifier, selon eux et en songeant à leur santé, les trois besoins qu'ils perçoivent prioritaires et pour lesquels des services sont actuellement manquants. On demandait ensuite aux répondants d'indiquer leur niveau d'accord avec l'énoncé suggérant que Action Séro Zéro est un organisme approprié pour apporter des réponses à ces besoins. Les trois besoins prioritaires identifiés de même que les niveaux d'accord sur la pertinence de l'organisme ont été fusionnés dans un Tableau synthèse (page 42) permettant d'interpréter globalement ces résultats.

Dans la catégorie santé physique ou mentale ou les habitudes de vie, les quatre besoins prioritaires identifiés par le plus grand nombre de répondants sont : la prise de risque, la solitude et l'isolement, le VIH/sida et les autres ITSS. Les niveaux d'accord à l'effet que Action Séro Zéro est un organisme approprié pour répondre à ces besoins est élevé pour les préoccupations reliées aux ITSS mais il en va tout autrement pour la solitude ou l'isolement, une préoccupation rapportée par près d'un tiers des répondants au cours de la dernière année et pour laquelle presque la moitié de ces personnes ont ressenti le besoin d'obtenir de l'aide.

Dans la dimension relations avec les autres, les besoins prioritaires pour lesquels les répondants se sont prononcés dans les proportions les plus élevées sont : trouver un partenaire stable, l'homophobie, la vie de couple et trouver des amis. L'homophobie représente un des besoins prioritaires identifiés par le plus grand nombre de répondants, et plus des deux tiers des répondants sont d'accord en ce qui a trait à la pertinence de Action Séro Zéro pour répondre à ce besoin. Bon nombre de répondants sont également d'accord pour affirmer que l'organisme est approprié pour répondre aux besoins reliés à des préoccupations telles que le *coming out*, la consommation problématique de drogues et les relations familiales. Les proportions de ceux qui sont en accord avec sa pertinence pour les autres préoccupations sont beaucoup plus faibles, notamment face à la solitude ou l'isolement et la dépression.

Que certains besoins en matière de santé, toutes dimensions confondues, soient peu ou pas du tout comblés mérite une réflexion quant à une offre de service à mettre en place de façon prioritaire, autant par l'organisme que par ses partenaires.

4.6. Les souhaits exprimés quant à l'avenir de l'organisme

Le questionnaire demandait en dernier lieu aux répondants de s'exprimer sur l'avenir de l'organisme. À ce titre, le choix le plus populaire parmi les énoncés proposés est nettement **le centre de santé gaie multidisciplinaire** offrant des services de dépistage, des consultations individuelles avec des intervenants et des professionnels de la santé de même que des groupes de soutien. De plus, les résultats quantitatifs et qualitatifs suggèrent qu'un endroit proposant des heures d'ouvertures étendues et qui soit surtout facilement accessible est souhaité par un grand nombre de personnes. D'autres commentaires indiquent l'importance d'un endroit favorisant le développement de compétences et qui offrent des informations en fonction de caractéristiques propres à certains sous-groupes tels que les jeunes. Ces commentaires sont certainement en lien avec une proportion assez importante des répondants qui souhaitent que l'organisme devienne un centre d'information sur la santé gaie ou un lieu où on propose des activités orientées vers le mieux-être, comme alternative aux bars et aux discothèques. En dernier lieu, moins d'un tiers des répondants souhaitent que Action Séro Zéro s'oriente vers la création d'un *drop-in*, c'est-à-dire un lieu d'échanges pour discussions. Toutefois, tel que discuté dans la section suivante, plusieurs sous-groupes de l'échantillon manifestent un intérêt plus grand pour une telle orientation.

4.7. Caractéristiques et besoins spécifiques des répondants en fonction des sous-groupes de l'échantillon

D'autres résultats issus des comparaisons des sous-groupes de l'échantillon sont également utiles pour les discussions au sein de l'organisme. En effet, le profil des répondants en fonction de certaines caractéristiques est révélateur d'opinions et de besoins spécifiques. Les caractéristiques significatives que nous avons relevées sont :

- l'âge

- le statut sérologique
- le lieu de résidence
- l'origine culturelle et
- le nombre de préoccupations en matière de santé au cours de la dernière année.

Les prochaines sections présentent les opinions et les profils de chacun de ces sous-groupes de répondants. Toutes les différences qui se sont révélées significatives dans les tableaux croisés (kni2) sont discutées et ce, pour toutes les sections du questionnaire.

4.7.1. Les hommes âgés de plus ou moins 30 ans

Les répondants âgés de 30 ans et moins forment 25,7 % de l'échantillon. Au plan sociodémographique, tel que rapporté dans d'autres recherches, ceux-ci sont plus nombreux à être aux études et à vivre avec des colocataires ou avec leurs familles. Les hommes plus âgés sont quant à eux plus nombreux à se considérer homosexuels et sont plus nombreux à affirmer être séropositifs au VIH (20 vs 8%). La prévalence plus élevée du VIH parmi les répondants âgés de plus de 30 ans a également été rapportée dans des études longitudinales (par ex. projets Oméga et Argus). Il n'y a toutefois aucune différence en fonction de l'âge quant à l'historique de passation du test de dépistage du VIH.

Sur le plan de la connaissance, de l'utilisation et de la satisfaction envers les sources d'information, les activités et les services offerts par Action Séro Zéro :

- Les répondants âgés de plus de 30 ans sont plus nombreux à connaître les affiches et les activités de sensibilisation dans les bars et sur la rue. Ils sont plus satisfaits des dépliants de l'organisme.
- Les répondants âgés de 30 ans et moins sont plus nombreux à avoir utilisé les sachets condoms au cours de la dernière année.

Il n'y aucune différence en fonction de l'âge quant à la participation aux activités et de la satisfaction par rapports à celles-ci. Il en va de même pour la connaissance, l'utilisation et la satisfaction par rapport à tous les services offerts, à l'exception de l'utilisation des sachets condoms au cours de la dernière année.

Sur le plan de l'opinion à propos des concepts de santé globale et de santé gaie, les répondants plus âgés sont le seul sous-groupe à se distinguer :

- Les répondants âgés de plus de 30 ans sont plus nombreux à être en accord avec des énoncés reliés à la définition du concept de santé globale et de santé gaie. Ils partagent davantage l'opinion que la santé gaie est une vision élargie de la santé. Ils sont aussi davantage d'avis que le concept de santé gaie renvoie à l'attitude positive de l'intervenant par rapport à l'homosexualité et au fait de consulter un intervenant au courant de son orientation sexuelle.

Cette donnée indique que l'âge semble être un facteur d'influence significatif par rapport à l'opinion sur la santé gaie.

Au niveau des préoccupations en matière de santé au cours de la dernière année :

- les répondants âgés de plus de 30 ans sont plus nombreux à avoir été préoccupés par le vieillissement, la recherche d'amis et le décès d'un proche.
- les répondants âgés de 30 ans et moins sont plus nombreux à avoir été préoccupés par la fin d'une relation.

Quant aux besoins ressentis d'obtenir de l'aide et l'aide obtenue, nous avons noté deux distinctions en fonction de l'âge des répondants :

- Les répondants âgés de plus de 30 ans ont davantage ressenti le besoin d'obtenir de l'aide pour les ITSS, tandis que les plus jeunes sont moins nombreux à avoir obtenu de l'aide pour cette préoccupation.
- Les répondants âgés de plus de 30 ans sont plus nombreux à avoir ressenti le besoin de trouver des amis. Cela suggère-t-il un lien avec la préoccupation souvent rapportée à propos du vieillissement ?

En ce qui a trait aux besoins jugés prioritaires et aux services à mettre en place, les répondants plus jeunes se démarquent dans leurs opinions par rapport aux plus âgés :

- Les répondants âgés de moins de 30 ans sont plus nombreux à considérer prioritaire la mise en place de services pour la consommation problématique de drogues, les troubles de l'alimentation et la dépendance au jeu, et cela même si les proportions sont faibles pour ces deux dernières préoccupations (8,9 et 7%).
- Les plus âgés, eux, en cohérence avec les préoccupations qu'ils ont rapportés, sont plus nombreux à considérer prioritaires des services reliés au vieillissement.

Enfin, notons qu'il n'existe aucune différence en fonction de l'âge en ce qui concerne l'opinion par rapport à Action Séro Zéro, la pertinence de Action Séro Zéro pour répondre aux besoins jugés prioritaires et le type d'organisme souhaité d'ici 5 ans.

4.7.2. Le statut sérologique

Les hommes séropositifs (17,9% de l'échantillon) constituent un des deux sous-groupes qui se distinguent le plus parmi notre échantillon. Sur le plan sociodémographique, ces répondants sont plus nombreux à vivre seuls et moins nombreux à être en couple avec un partenaire. Ils sont également plus défavorisés au niveau économique. Ces données reflètent une situation de vie plus précaire que chez d'autres HARSAH, ce qui rejoint le constat fait dans d'autres recherches qui rapportent de tels facteurs de vulnérabilité (Association canadienne de santé publique 2005). Les répondants séropositifs sont également plus nombreux à déclarer que leur partenaire est séronégatif, mais aussi plus nombreux à déclarer que celui-ci est « probablement séropositif ».

Sur le plan de la connaissance, de l'utilisation et de la satisfaction envers les sources d'informations, les activités et les services offerts, on note quelques différences significatives :

- Les répondants séropositifs sont plus nombreux à connaître les activités de sensibilisation dans les bars et sur la rue de même que la consultation avec un intervenant sur Internet.
- Ils sont également plus nombreux à avoir utilisé les ateliers au cours de la dernière année.
- Ils accordent une appréciation supérieure au service d'information par téléphone et/ou par courriel.

Quant à l'opinion sur Action Séro Zéro, les répondants séropositifs se distinguent uniquement au niveau de l'aisance associée à l'idée d'emmener un ami dans les bureaux de l'organisme.

Sur le plan de l'opinion à propos des concepts de santé globale et de santé gaie, les répondants séropositifs sont plus nombreux à être d'accord avec l'énoncé suggérant que les hommes gais et bisexuels ont besoin de services de santé adaptés en matière de santé physique et spirituelle.

Tableau synthèse : Importance de la prévalence des préoccupations de santé, les besoins ressentis d'obtenir de l'aide et l'aide effectivement obtenue

Dimensions	Préoccupations	Préoccupation OUI		Besoin ressenti OUI		Aide obtenue OUI		Besoin prioritaire identifié % (R)	D'accord Séro Zéro pertinent	
		N	% (R)	N	% (R)	N	% (R)		N	% (R)
Santé mentale ou physique et habitudes de vie	Niveau de stress élevé/Anxiété	220	49,1 (1)	100	51,0 (1)	55	56,4	14,2	30	40,0
	Image corporelle	221	35,3 (2)	49	37,0	49	40,8	12,0	<u>26</u>	<u>26,9</u>
	Prise de risques sexuels	222	34,7 (3)	84	40,5	42	59,5 (3)	20,0 (1)	41	80,5 (1)
	Infections transmises sexuellement (ITSS)	219	32,0	81	76,5 (2)	67	3,6 (1)	17,3 (3)	35	77,1 (2)
	Solitude/ Isolement	221	31,2	81	46,9	47	42,6	20,0 (1)	38	39,5
	Tabagisme	217	20,9	66	39,4	34	50,0	5,8	0	
	VIH/sida	216	18,1	60	55,0 (3)	41	65,9 (2)	18,2 (2)	37	75,7 (3)
	Vieillesse	217	16,6	56	33,9	25	32,0	14,7	0	
	Penser à se suicider/tenter de s'enlever la vie	221	13,6	54	35,2	29	44,8	10,7	21	42,9
	Troubles de l'alimentation	216	13,0	49	36,7	25	24,0	<u>4,9</u>	9*	22,2
	Dépendance à Internet	216	11,6	<u>49</u>	<u>10,2</u>	<u>22</u>	<u>22,7</u>	<u>8,9</u>	<u>17</u>	<u>29,4</u>
	Processus de sortie / coming out	221	10,4	45	31,1	23	39,1	12,4	26	65,4
	Spiritualité	215	9,8	43	30,2	43	30,2	<u>5,3</u>	7*	28,6
	Dépression	217	9,7	79	68,4	60	65,9	17,3	36	33,3
	Consommation problématique d'alcool	<u>217</u>	<u>8,3</u>	54	25,9	30	26,7	7,1	<u>13</u>	<u>23,1</u>
	Consommation problématique de drogues	<u>218</u>	<u>8,3</u>	51	19,6	<u>37</u>	<u>22,2</u>	13,8	24	58,3
Dépendance au jeu	<u>213</u>	<u>2,8</u>	39	5,1	<u>19</u>	<u>10,5</u>	<u>3,1</u>	5*	0,0	
Les relations avec les autres	Trouver un partenaire stable	221	36,7 (1)	<u>81</u>	<u>22,2</u>	<u>30</u>	<u>20,0</u>	12 (1)	<u>25</u>	<u>32,0</u>
	S'occuper d'un proche souffrant de maladie	221	30,0 (2)	47	29,8 (3)	<u>0</u>		4	7*	57,1 (2)
	Trouver des amis	220	27,7 (3)	68	36,8 (1)	34	44,1 (2)	8,4 (3)	<u>16</u>	<u>31,3</u>
	Fin d'une relation	222	26,6	72	33,3 (2)	37	48,6 (1)	2,7	5*	20,0
	Vie de couple	220	23,2	<u>67</u>	<u>22,4</u>	31	31,0	8,4 (3)	3*	33,3 (3)
	Homophobie	222	23,0	51	23,5	24	25,0	9,8 (2)	19	68,4 (1)
	Décès d'un proche	222	22,5	61	24,6	33	33,3	7,1	<u>13</u>	<u>23,1</u>
	Relations familiales	220	20,9	30	27,1	30	36,7 (3)	6,7	14	57,1 (2)
	Dépendance affective	222	15,8	36	28,8	26	34,6	6,2	13	38,5
	Discrimination	<u>221</u>	<u>11,8</u>	43	23,3	24	20,8	4,9	9*	33,3
	Violence en général	<u>217</u>	<u>6,9</u>	33	33,3	18	33,3	4,4	7*	28,6
Violence dans une relation de couple	<u>221</u>	<u>3,6</u>	<u>35</u>	<u>14,3</u>	<u>18</u>	<u>16,7</u>	3,6	6*	33,3	
Situation de vie	Trouver un emploi/perdre un emploi	219	24,2 (1)	66	45,5 (2)	44	36,4 (2)	5,8 (2)	12	33,3 (1)
	Pauvreté/manque de ressources financières	220	22,3 (2)	32	50,0 (1)	43	39,5 (1)	7,6 (1)	<u>14</u>	<u>7,1</u> (3)
	Problèmes avec la justice	219	4,6 (3)	<u>34</u>	<u>14,7</u> (3)	<u>17</u>	<u>11,8</u> (3)	<u>1,3</u> (3)*	3*	33,3 (2)

(R) : rang des trois proportions les plus élevées pour chacune des questions

Soulignés : proportions les plus faibles pour chacune des questions

* : interpréter avec prudence car le nombre de répondants est très peu élevé

Sur le plan des préoccupations en matière de santé au cours de la dernière année, les répondants séropositifs se démarquent nettement du reste de l'échantillon.

- Ils sont plus nombreux à avoir été préoccupés par les ITSS et la prise de risque. Cette donnée soulève des questions qui sont difficiles à répondre dans le contexte de l'étude, à savoir par exemple : les personnes séropositives sont-elles davantage préoccupées par la prise de risque parce qu'elles se sont davantage retrouvées dans des situations de prise de risque ? Craignent-elles d'exposer un partenaire au VIH ? La stigmatisation perçue ou ressentie y est-elle pour quelque chose ?
- Les répondants séropositifs sont plus nombreux à avoir été préoccupés par le niveau de stress élevé ou l'anxiété, la solitude ou l'isolement de même que l'image corporelle. On peut s'interroger ici à savoir si le sentiment de solitude ou d'isolement est lié au fait de vivre seul ou au stigmate associé à la maladie ? Et si la préoccupation face à l'image corporelle est conséquente aux effets secondaires des médicaments, tels la lipodystrophie, qui affligent plusieurs personnes séropositives ?
- Ils sont également plus nombreux à avoir été préoccupés par la pauvreté et le manque de ressources financières. Ceci concorde avec les faibles revenus qu'ils ont rapportés.

Sur le plan des besoins ressentis d'obtenir de l'aide et de l'aide effectivement obtenue, les répondants séropositifs se démarquent également.

- Les répondants séropositifs sont plus nombreux à avoir ressenti le besoin d'aide pour le VIH et les ITSS, et plus nombreux à avoir obtenu de l'aide pour les ITSS en général. Ils sont aussi plus nombreux à avoir obtenu de l'aide pour la dépression et les idéations/tentatives suicidaires de même que pour la consommation d'alcool. Ces données suggèrent qu'ils ont davantage de besoins en matière de santé physique et mentale et que les services d'aide en place semblent combler bon nombre d'entre eux.
- Plus de répondants séropositifs ont aussi déclaré avoir ressenti le besoin d'obtenir de l'aide pour la vie de couple. Ceci est-il en lien avec la crainte d'infecter son partenaire ou est-ce relié à la stigmatisation ? Par ailleurs, on n'a noté aucune différence en ce qui à trait à l'aide obtenue pour les préoccupations de l'ordre des relations avec les autres. Ceci s'explique-t-il par des barrières personnelles, telle l'hésitation à demander de l'aide, ou pouvons-nous déduire que les hommes séropositifs interrogés sont soit en mesure de faire face seuls à leurs préoccupations ou qu'ils ne ressentent pas le besoin d'obtenir de l'aide ?

En ce qui à trait aux besoins jugés prioritaires et aux services à mettre en place, les répondants séropositifs ne jugent pas l'homophobie comme préoccupation prioritaire et on ne note aucune différence significative qui les distingue quant à la pertinence de Action Séro Zéro pour répondre à leurs besoins prioritaires. Toutefois, soulignons deux constats importants.

- Les répondants séropositifs sont plus nombreux à prioriser le VIH/sida. Peu étonnant. Il serait toutefois opportun d'approfondir cette question et en identifier les fondements. Y a-t-il un lien entre ce résultat et le climat de banalisation/normalisation actuel à propos de la maladie ou est-ce plutôt relié à une autre préoccupation qu'ils jugent prioritaire (par ex. l'image corporelle) ?
- Ils sont aussi plus nombreux à souhaiter que Action Séro Zéro se dote d'un *drop-in* d'ici 5 ans. Cette donnée suggère une piste concrète pour offrir des lieux d'échanges et de soutien pour ces personnes.

4.7.3. Le lieu de résidence

Les résidents de l'extérieur de l'île de Montréal forment un sous-groupe qui représente 18,6 % de l'échantillon global. Les données sociodémographiques indiquent que ces personnes se distinguent notamment au niveau de leur situation de vie. Elles sont moins nombreuses à vivre seules et davantage avec des membres de leur famille, mais aussi plus nombreuses à vivre en couple avec un partenaire masculin.

Sur le plan de la connaissance, de l'utilisation et de la satisfaction envers les sources d'informations, les activités et les services offerts, quelques différences distinguent les résidents de l'extérieur de l'île de Montréal des autres répondants.

- Ils sont moins nombreux à connaître les activités de sensibilisation dans les bars et sur la rue et les sachets condoms gratuits offerts dans les établissements. Cela n'est pas surprenant compte tenu de leur lieu de résidence.
- Ils sont plus nombreux à déclarer avoir utilisé le babillard il y a plus d'un an.

Sur le plan de l'opinion par rapport à Action Séro Zéro, les résidents de l'extérieur de l'île de Montréal sont moins nombreux à considérer que les heures d'ouverture de l'organisme sont adéquates en fonction de leurs besoins.

Il importe également de souligner qu'il n'y a aucune différence parmi les répondants de ce sous-groupe de l'échantillon en ce qui a trait aux énoncés sur les définitions des concepts de santé globale et la santé gaie, les besoins en matière de services adaptés ou les préférences en matière de consultation.

C'est au niveau des préoccupations en matière de santé au cours de la dernière année que l'on retrouve les distinctions les plus prononcées parmi ce sous-groupe de l'échantillon.

- Les répondants qui résident à l'extérieur de l'île de Montréal sont moins nombreux à se dire préoccupés par la prise de risque. Ce résultat est-il lié à un milieu de vie particulier, où on retrouve moins de lieux de rencontre et de socialisation pour hommes gais et bisexuels que sur l'île de Montréal ?
- Ils sont toutefois plus nombreux à s'être déclarés préoccupés par le processus de sortie. Ce résultat est également rapporté dans des recherches abordant la question des difficultés à vivre son orientation sexuelle en région (divulgation auprès des proches, des professionnels de la santé) (Lévy et coll. 2007).
- Ils sont également plus nombreux à être préoccupés par le décès d'un proche et par l'homophobie. En ce qui a trait à l'homophobie, nos données reflètent les difficultés psychosociales rapportées par les HARSAH vivant en région au Québec (Lévy et coll. 2007).

Sur le plan des besoins ressentis d'obtenir de l'aide et de l'aide effectivement obtenue rapportés par les hommes résidant à l'extérieur de l'île de Montréal, on note les caractéristiques suivantes :

- Ils déclarent davantage avoir ressenti le besoin d'obtenir de l'aide pour le processus de sortie et représentent le seul sous-groupe de l'échantillon à avoir rapporté ressentir le besoin d'obtenir de l'aide pour la dépendance au jeu.
- Ils sont moins nombreux à avoir obtenu de l'aide face au VIH/sida. Est-ce que cela est relié à la disponibilité des ressources ? Aux difficultés entourant le dévoilement de sa séropositivité ?
- Ils sont plus nombreux à avoir ressenti le besoin d'aide pour le décès d'une proche.

- Ils sont plus nombreux à avoir ressenti le besoin d'aide pour la violence dans une relation de couple (40% vs 7,7 %). Cette donnée pourrait être explorée à la lumière des recherches qui ont documenté la violence dans les relations intimes entre des partenaires de même sexe (Kirkland 2004).

Dans ce sous-groupe, les besoins jugés prioritaires sont : le processus de sortie, la violence dans une relation de couple, la dépendance affective et les troubles de l'alimentation. Ces deux derniers besoins sont peu connus et surtout peu développés dans la littérature. Par ailleurs, on ne remarque aucune différence en fonction du lieu de résidence pour ce qui est de la pertinence de Action Séro Zéro pour répondre aux besoins jugés prioritaires.

Enfin, comme les répondants séropositifs, ils sont plus nombreux à souhaiter un *drop-in* comme type d'organisme souhaité d'ici 5 ans. Ce résultat suggère un manque de lieux de rencontres et de socialisation pour ces HARSAH vivant ailleurs que sur l'île de Montréal.

4.7.4. L'origine culturelle

Ce sous-groupe de l'échantillon est formé de 18,3% des répondants à l'enquête parmi lesquels les origines culturelles sont réparties comme suit : Français (6,1%), Latino-américains (5,6%) et autres (6,6%). Sur le plan sociodémographique, on ne remarque aucune différence significative et ce, pour toutes les variables mesurées, y compris la passation du test de dépistage.

Parmi les résultats à propos de la connaissance, de l'utilisation et de la satisfaction envers les sources d'informations, les activités et les services offerts, les répondants d'origine culturelle sont moins nombreux à connaître les publicités dans les revues gaies, mais ils sont plus nombreux à connaître la brochure *Mon livre de lit*. Ils sont aussi moins satisfaits des affiches.

Fait important à souligner, ces répondants forment le seul sous-groupe de l'échantillon qui se distingue au niveau de l'opinion sur Action Séro Zéro.

- Les répondants d'origine culturelle sont moins nombreux à être accord avec l'énoncé suggérant que Action Séro Zéro est un organisme crédible et influent pour promouvoir et défendre les droits en matière de santé des hommes gais et bisexuels.
- Ils sont par ailleurs moins nombreux à se déclarer satisfait de l'organisme.

Ces données suggèrent la nécessité de mieux adapter les sources d'information et les services offerts en fonction de leurs réalités.

Bien qu'on ne note aucune différence dans ce sous-groupe quant aux opinions sur les concepts de santé globale et de santé gaie, ni en ce qui a trait à l'opinion quant aux besoins de services adaptés aux réalités des hommes gais et bisexuels, on note une différence qui caractérise seulement ces répondants :

- Les répondants d'origine culturelle sont les seuls à être plus nombreux à déclarer une préférence envers la consultation des CLSC et cliniques. Ce résultat, bien que difficile à interpréter, suggère peut-être l'existence de barrières spécifiques entravant le recours aux autres services par ces personnes.

Au niveau des préoccupations en matière de santé au cours de la dernière année, on note quelques différences qui distinguent les répondants d'origine culturelle.

- Ils sont plus nombreux à rapporter être préoccupés par le *coming out* et par la recherche d'amis.

- Ils sont les seuls à être plus nombreux à avoir été préoccupés par la dépendance à Internet.
- Aucun répondant de ce sous-groupe n'a déclaré avoir été préoccupé par la consommation problématique de drogues, comparativement à 10% pour le reste de l'échantillon.

Ces répondants se distinguent également au niveau des besoins ressentis d'obtenir de l'aide. Ils sont plus nombreux à avoir ressenti le besoin d'obtenir de l'aide pour les relations familiales et la violence en général. Il n'y a toutefois aucune différence quant à l'aide obtenue, et ce, pour toutes les préoccupations.

Au niveau des priorités en matière de besoins et des services à mettre en place, une seule différence distingue ce sous-groupe :

- les répondants d'origine culturelle sont plus nombreux à considérer la spiritualité comme besoin prioritaire.

En dernier lieu, ces personnes forment le seul sous-groupe de l'échantillon souhaitant que Action Séro Zéro offre d'ici 5 ans des espaces pour organiser des activités.

4.7.5. Avoir déclaré plus de cinq préoccupations de santé au cours de la dernière année

Composé de 19,6 % de l'échantillon global, les répondants qui ont déclaré plus de 5 préoccupations en matière de santé au cours de la dernière année forment le sous-groupe qui se distingue le plus, et ce, à plusieurs niveaux. Ces résultats sont importants dans la mesure où ils démontrent que l'organisme rejoint des populations vulnérables, telles que visées par ses programmes de promotion de la santé et de prévention.

Sur le plan sociodémographique, 40% des répondants dans ce groupe sont **séropositifs** au moment de l'enquête. Cette donnée est importante car elle indique les caractéristiques de ce sous-groupe reflètent les réalités de personnes qui éprouvent plusieurs formes de vulnérabilité, mise à part celles reliés au VIH/sida. Les répondants ayant rapporté plus de 5 préoccupations de santé sont plus nombreux à avoir passé au moins une fois un test de dépistage du VIH. Toutefois, il n'y a pas de différence quant au revenu ou l'emploi, contrairement au sous-groupe formé uniquement de personnes séropositives. Ils sont également plus nombreux à être membre ou bénévole de Action Séro Zéro ou encore intervenant, chercheur ou professionnel de la santé.

Sur le plan de la connaissance, de l'utilisation et de satisfaction envers les sources d'informations, les activités et les services offerts, les répondants de ce sous-groupe se démarquent de la façon suivante :

- Ils sont plus nombreux à connaître les ateliers, le babillard, le centre de soir pour les travailleurs du sexe, la consultation individuelle avec un intervenant dans les bureaux de l'organisme, un parc ou un sauna, la consultation avec un intervenant sur Internet, la distribution de matériel préventif sur la rue et le service d'information par téléphone ou par courriel. Fait important à souligner, il n'y a toutefois aucune différence au niveau de l'historique d'utilisation des services.
- Ils accordent une appréciation supérieure quant à la consultation individuelle avec un intervenant dans les bureaux de l'organisme, dans un bar, un parc ou un sauna.

Les répondants ayant rapporté plus de 5 préoccupations de santé ne présentent aucune distinction en ce qui a trait à l'opinion sur Action Séro Zéro et sur les énoncés des concepts

de santé globale et de santé gaie. Il en va de même pour les opinions à propos des besoins de services adaptés aux réalités des hommes gais et bisexuels et les préférences en matière de consultations des services.

Comme ces personnes ont été rassemblées en fonction du nombre de préoccupations de santé, il n'est pas surprenant que celles-ci sont plus nombreuses à avoir été préoccupées par bon nombre d'entre elles. Il y a toutefois des exceptions qui valent la peine d'être soulignées et qui suggèrent d'autres pistes de discussions intéressantes.

- Les répondants qui ont déclaré plus de cinq préoccupations ne sont pas plus nombreux à avoir été préoccupés par le *coming out*, la fin d'une relation et l'homophobie. Cela suggère que ce sont surtout les préoccupations dans la dimension santé physique, mentale et les habitudes de vie qui sont les plus fréquentes parmi ces personnes.
- Au niveau de l'aide obtenue, le vieillissement et la dépendance au jeu sont toutefois les deux seules préoccupations pour lesquelles ces répondants affirment avoir reçu de l'aide dans des proportions supérieures.

En ce qui concerne les priorités en matière de besoins et des services à mettre en place, ces personnes sont plus nombreuses à considérer prioritaire la dépression, la solitude et l'isolement de même que trouver des amis. En dernier lieu, on ne remarque aucune différence dans ce sous-groupe quant à la pertinence de Action Séro Zéro pour répondre à ces besoins jugés prioritaires et, comme dans le cas des répondants séropositifs et des répondants vivant à l'extérieur de l'île de Montréal, ils sont plus nombreux à souhaiter que l'organisme offre un *drop-in* d'ici 5 ans.

PARTIE V. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'enquête sur l'approche globale de la santé et du mieux-être à Action Séro Zéro auprès d'hommes ayant des relations sexuelles et affectives avec d'autres hommes (HARSAH) avait comme objectif d'orienter l'organisme dans le cadre de l'élargissement de son mandat. Les données recueillies ont permis de dégager les perceptions des populations visées par ses programmes de promotion de la santé et de prévention. Les hommes interrogés nous ont rapporté leurs opinions à propos des services offerts par l'organisme actuellement, des concepts de « santé gaie » et de « santé globale » ainsi que sur les priorités en matière d'activités ou de programmes à mettre en place. Qui plus est, les répondants ont nommé leurs préoccupations en matière de santé et nous ont permis ainsi d'identifier leurs besoins en général et, de manière plus spécifique, en fonction de différents facteurs tels que l'âge, le statut sérologique, le lieu de résidence, l'origine culturelle et le nombre de préoccupations de santé.

Plusieurs résultats issus de cette recherche sont similaires à ceux d'autres recherches réalisées à l'aide de méthodes de collecte de données semblables. À titre d'exemple, nos données concernant la proportion de répondants ayant déjà passé le test de dépistage à vie ou au cours de la dernière année sont similaires à celles relevées par Lambert et coll. (2007) ; les HARSAH de moins de 30 ans de notre échantillon sont proportionnellement plus nombreux à être aux études, à vivre avec des colocataires ou avec leurs familles au moment de l'enquête, ce qui avait déjà été signalé par Otis et coll. (2001) ; et le nombre plus élevé de HARSAH résidant à l'extérieur de l'île de Montréal qui rapportent davantage être préoccupés par l'homophobie correspond aux recherches de Julien et coll. (2007). À la lumière de ces recoupements avec d'autres études, il est possible de dire que les données de notre enquête sont fiables, même si elles ne peuvent dresser un portrait entièrement représentatif des HARSAH ciblés par les activités de Action Séro Zéro.

Globalement, les résultats de l'enquête nous renseignent sur le fait que Action Séro Zéro est un organisme bien connu et fortement apprécié par une majorité des hommes gais et bisexuels rencontrés. Les sources d'information, les activités et les services sont connus et utilisés par bon nombre de répondants, qui leur accordent des niveaux de satisfaction généralement élevés.

Recommandation no. 1 Améliorer la connaissance et l'utilisation des sources d'information, des activités et des services qui sont moins connus ou qui révèlent un taux de satisfaction moins élevé, soit :

- Sources d'informations :
- Publicités dans les revues gaies
 - Publicités à l'aide de cartes postales
 - Site Internet de l'organisme
 - Brochure *Mon Livre de lit*
- Activités :
- Semaine de la santé et du mieux-être
- Services :
- Babillard internet
 - Clinique de dépistage
 - Consultation avec un intervenant (en personne et en ligne)

De façon générale, les hommes interrogés accordent également une appréciation élevée aux caractéristiques de cet organisme communautaire, qui œuvre sur le terrain, dans les milieux

de vie et de socialisation. Ils émettent aussi des critiques quant à l'emplacement des locaux et les heures d'ouvertures de l'organisme et questionnent parfois la vie associative.

Recommandation no.2 *Réfléchir à des mesures concrètes pour augmenter le niveau de satisfaction face à l'emplacement physique, aux heures d'ouverture et à la vie associative de l'organisme.*

Les opinions quant aux composantes de la santé globale et de la santé gaie suggèrent que les répondants partagent en bonne partie les définitions proposées de ces deux concepts, à l'exception d'un seul élément, soit la consultation d'intervenants ou de professionnels de la même orientation sexuelle.

Recommandation no.3 *Poursuivre les discussions au sein de l'organisme sur ce que veut dire l'approche de « santé globale » privilégiée et porter une attention particulière dans ces discussions à l'utilité du concept de « santé gaie », qui est remise en question par plus du tiers des hommes gais ou bisexuels consultés.*

Paradoxalement, la majorité des répondants adhèrent à l'idée qu'il est nécessaire d'avoir des services adaptés aux hommes gais et bisexuels pour trois des cinq composantes de la santé globale, soit la santé sexuelle, la santé mentale et la santé sociale.

Recommandation no.4 *S'interroger sur la nécessité de sensibiliser les populations visées à propos des composantes de la santé globale qui font moins l'objet d'appui, notamment ceux reliés à la santé physique⁴ et la santé spirituelle.*

Les données sur les préférences en matière de services indiquent qu'une proportion relativement peu élevée de répondants ont des opinions défavorables envers les organismes communautaires, lorsque vient le temps de consulter pour des préoccupations de santé diverses. Les résultats démontrent à quel point les organismes consultés comblent des besoins différents. Alors que les CLSC, les cliniques médicales et les hôpitaux comblent essentiellement des besoins liés à la santé physique et mentale, il apparaît clairement que le rôle des organismes communautaires est quant à lui relié à de multiples autres besoins de santé globale, notamment les relations avec les autres. Les organismes communautaires sont également fréquemment consultés pour des préoccupations de santé reliées à la situation de vie. Par ailleurs, le rôle des autres types de services et d'aide est très présent dans les résultats. Il s'agit notamment des services privés offerts par des professionnels de la santé mentale mais également de l'aide offerte par des personnes de l'entourage des répondants et les groupes de soutien.

Recommandation no.5 *Continuer à jouer le rôle de réponse communautaire face aux préoccupations et aux besoins de santé des populations desservies, en tenant compte des préférences rapportées par celles-ci en matière de consultation.*

⁴ On pense par exemple aux études qui démontrent les particularités des hommes gais et bisexuels à ce niveau, particulièrement la prévalence élevée de certains cancers, tel que le cancer de l'anus causé par le virus du papillome humain (Direction de la protection de la santé publique, 2004).

Une partie importante de la recherche était consacrée à l'identification de la prévalence de nombreuses préoccupations de santé au cours de la dernière année. Toutes dimensions de la santé globale confondues (la santé physique ou mentale ou les habitudes de vie, les relations avec les autres et la situation de vie), les résultats suggèrent que les préoccupations rapportées par le plus grand nombre de personnes sont principalement reliées à la santé physique et mentale, notamment celles reliées aux ITSS. Toutefois, d'autres types de préoccupations sont déclarés par bon nombre de répondants, notamment le niveau de stress et l'anxiété élevée, l'image corporelle et plusieurs autres préoccupations reliées aux relations avec les autres (par ex. trouver un partenaire stable et s'occuper d'une personne souffrant de maladie). Une vue d'ensemble des préoccupations, des besoins ressentis d'obtenir de l'aide, de l'aide obtenue ou non, et la pertinence de Action Séro Zéro pour répondre aux besoins prioritaires identifiés, montre que les préoccupations les plus prévalentes sont également celles qui semblent les mieux comblées par les services disponibles.

Recommandation no.6 Intégrer à la programmation des réponses aux préoccupations liées aux ITSS, au niveau de stress élevé et à l'anxiété, préoccupations majeures chez les répondants. D'autres préoccupations liées aux 'relations avec les autres' sont toutefois loin d'être négligeables, dans une perspective de santé globale et de santé gaie.

Recommandation no.7 Par ailleurs, il est recommandé de réfléchir aux modalités que pourrait prendre une offre de service d'aide pour les besoins prioritaires qui sont peu ou pas du tout comblés, et que cette réflexion soit partagée autant par Action Séro Zéro que par ses partenaires des réseaux institutionnels et communautaires.

Rappelons que les quatre besoins prioritaires identifiés par le plus grand nombre de répondants sont la prise de risque, la solitude et l'isolement, le VIH/sida et les ITSS.

L'analyse croisée des données en fonction de certaines caractéristiques des répondants nous renseignent sur leurs besoins spécifiques en matière de santé et leurs opinions quant aux autres thèmes de la recherche. Ces résultats sont utiles afin de d'orienter le développement des programmes et des services offerts par l'organisme en fonction des différents profils d'hommes gais et bisexuels, en particulier pour les personnes séropositives et les personnes ayant déclaré plus de 5 préoccupations de santé au cours de la dernière année. Ces deux sous-groupes sont ceux qui se distinguent le plus du reste de l'échantillon : ils sont les plus nombreux à connaître et à utiliser bon nombre de sources d'informations, d'activités et de services offerts; ils sont plus nombreux à avoir été préoccupés et avoir ressenti le besoin d'obtenir de l'aide pour plusieurs préoccupations en matière de santé au cours de la dernière année. Ces résultats indiquent que l'organisme rejoint plusieurs populations visées par ses programmes et ses activités.

Dans l'ensemble, on considère que Action Séro Zéro est un organisme pertinent pour répondre à des besoins reliés à la prévention (prise de risques sexuels, ITSS, VIH/sida), de même qu'à quelques-unes des préoccupations reliées aux relations avec les autres (par ex. l'homophobie et le *coming out*). D'autres besoins font l'objet d'un niveau d'accord moins important quant à leur pertinence, tels que la solitude ou l'isolement et la dépression. Ces résultats sont importants pour les réflexions en cours, dans le cadre de l'élargissement du mandat dans une perspective de santé globale et de mieux-être.

Recommandation no.8 Renforcer le travail d'intervention qui vise à briser l'isolement et la solitude des hommes gais et bisexuels qui en souffrent.

Quant aux souhaits exprimés par rapport à l'avenir de l'organisme au cours des 5 prochaines années, l'idée d'un centre de santé gaie multidisciplinaire reçoit un appui important (> 80%). Ce souhait d'un concept de guichet unique dans lequel on retrouve plusieurs types de service offerts au même endroit est par ailleurs présent dans plusieurs commentaires écrits par les répondants. Bien que l'idée du *drop-in* soit le choix le moins populaire globalement, il s'agit du souhait privilégié par des répondants à profils particuliers, notamment les personnes séropositives et celles qui résident à l'extérieur de Montréal.

Recommandation no.9 Expérimenter la formule du centre communautaire de santé gaie offrant des services multidisciplinaires de dépistage, de consultation individuelle et de groupe de soutien, ce qui représente le choix populaire des répondants. Toutefois, cette formule devrait être adaptée de manière à favoriser la présence et la participation active de plusieurs profils d'hommes gais et bisexuels, notamment en termes d'âge, du statut sérologique, du lieu de résidence et de l'origine culturelle.

Recommandation no. 10 Approfondir la consultation auprès des populations d'HARSAH âgés de moins de 30 ans et d'origine culturelle afin de mieux les connaître et mieux répondre à leurs besoins et à leurs préoccupations de santé.

Voilà donc les quelques éléments de conclusion et de recommandation d'action découlant d'une recherche visant à mieux connaître comment l'élargissement vers une approche de santé globale à Action Séro Zéro est perçu et quelles sont les opinions sur la manière dont l'organisme devrait se développer. Il s'agit de pistes sommaires et partielles. Nous espérons que l'organisme et ses différentes constituantes poursuivront l'étude auprès des populations auxquelles s'adressent les programmes et les activités de Action Séro Zéro. Ainsi, par exemple, un volet qualitatif complémentaire pourrait notamment explorer, par le biais d'entrevues individuelles ou de groupe, les différences quant à l'opinion sur la santé globale et la santé gaie en fonction de l'âge, les besoins différents en fonction du statut sérologique, les besoins spécifiques des personnes d'origine culturelle, etc. En attendant, le présent rapport offre un portrait actuel de la satisfaction des HARSAH face à l'organisme et des pistes de changement pour faire mieux... autrement !

BIBLIOGRAPHIE

Association canadienne de santé publique (2005). *Au premier plan : le Canada se mobilise contre le VIH/sida (2005-2010)*, Ottawa.

Brotman .S, Ryan .B, Collins .S, Chamberland .L, Cormier .R, Julien .D, Meyer .E, Peterkin .A, Richard B. (2007). « Coming out to care: caregivers of gay and lesbian seniors in Canada », *Gerontologist*. Aug;47(4):490-503.

Coalition Arc-en-ciel du Canada (2004), *La santé et le mieux-être dans les communautés gaies, lesbiennes, bisexuelles, bispirituelles et transgenre, un document de référence* : <http://www.rainbowhealth.ca/french/enjeux.html>

Commission des droits de la personne et des droits la jeunesse (2007). *De l'égalité juridique à l'égalité sociale : vers une stratégie nationale de lutte contre l'homophobie*. Rapport de consultation du groupe mixte contre l'homophobie.

Dearing, J.W. et Kim, D.K. 2007. « The Agenda-Setting Process and HIV/AIDS », dans T. Edgar, S.M. Noar et V.S. Freimuth (dirs.), *Communication Perspectives on HIV/AIDS for the 21st Century* (p. 2277-2296). New York: Lawrence Erlbaum Associates.

Direction de la protection de la santé publique (2004), sous la direction de Arruda, H., Guérard, L., *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine et le sida, l'infection par le virus de l'hépatite C et les infections transmissibles sexuellement – orientations 2003-2009*, Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec.

Dorais, M. (1982). *Mouvement social gai et luttes institutionnelles: des services sociaux pour les personnes d'orientation homosexuelle*, Revue internationale d'action communautaire, Vol. 47 no. 7, p. 132-135.

Dufour, A., Alary, M., Otis, J., Remis, R. S., Mâsse, B., Parent, R., Turmel, B., Lavoie, R., LeClerc, R., Vincellette, J. and the OMÉGA Study Group. (2000 a). Correlates of risky behaviours among young and older men who have sexual relations with men in Montreal, Quebec, Canada. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 23(3), 272-278.

Dufour, A., Alary, M., Otis, J., Remis, R. S., Mâsse, B., Turmel, B., Vincellette, J., Parent, R., Lavoie, R., LeClerc R. and the OMÉGA Study Group. (2000 b). Risk behaviours and HIV infection among men having sexual relations with men: baseline characteristics of participants in the OMÉGA cohort study, Montreal, Quebec, Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 91(5), 345-349.

Dumas, J., Otis, J., Lévy, J.- J., Lavoie, R., Séguin, C., Cyr, C. (2007). *Profil et discours des usagers de RÉZO, un programme de prévention du VIH interactif sur Internet destiné aux hommes de 16-25 ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes*. Rapport de recherche, 2^e édition. Montréal : Action Séro Zéro.

Eliason, M.J. (1996). *Who cares ? Institutional Barriers to Health Care for Lesbian, Gay and Bisexual Persons*. NLN Press, New York.

Engler, K., Frigault, L-R., Léobon, A., Levy, J.J. (2005). « The sexual superhighway revisited: A quantitative analysis of gay men's perceived repercussions of connecting in Cyberspace » *.Journal of Gay & Lesbian social Services*, Vol. 18, No. 2, p. 3-37.

Gay and Lesbian Health Services (2003). *The Cost of Homophobia: Literature Review on the Human Impact of Homophobia in Canada*. Saskatoon, Saskatchewan.

George C., Alary M., Otis J., Demers E., Remis R.S., Mâsse B., Lavoie R., Vincelette J., Parent R., and the OMEGA Study Group (2006). Non-negligible increasing temporal trends in unprotected anal intercourse among men who have sexual relations with other men in Montreal. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 42 (2), 207-212.

Godin, G., Lévy, J.J., Trottier, G. (dirs.), en collaboration avec Hélène Gagnon, *Vulnérabilités et préventions, VIH/Sida, enjeux contemporains*. Québec, Les Presses de l'Université Laval.

Häusermann, M., Wang, J. (2003). *Projet santé gaie, les premiers résultats de l'enquête sur la santé des hommes gais de Genève*. Dialogai et l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Zurich. Document disponible en ligne :

http://www.dialogai.org/upload/download/sante_gaie/sante_gaie_brochure_complete.pdf

Julien, D. et coll. (2002). *Les personnes homosexuelles, bisexuelles et hétérosexuelles au Québec : une analyse comparative selon les données de l'enquête sociale et de santé*, Rapport final présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux, Université du Québec à Montréal.

Kirkland, K., (2004). *La violence des gais dans leurs relations intimes – Un document de travail*, Centre national d'information sur la violence dans la famille.

Lambert, G., Cox, J., Tremblay, F., Gadoury, M-A., Frigault, LR., Trembaly, C., Alary, M., Otis, J., Lavoie, R., Remis, R., Vincelette, J., Archibald, C., Sandstrom, P. et l'équipe M-Track. ARGUS 2005 : *Sommaire de l'enquête sur l'infection au VIH, les hépatites virales et les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) ainsi que sur les comportements à risques associés chez les hommes de Montréal ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH)*. Direction de la santé publique de Montréal, Institut national de santé publique du Québec et Agence canadienne de santé publique. Juin 2006. En ligne : <http://www.argusquebec.ca/resultats/SommaireArgus2005.pdf>

Lavoie, R., Dumas, J., Desjardins, Y., (2000) *Étude sur les besoins en matière de santé des hommes gais de la région de Montréal*, rapport de recherche réalisé dans le cadre du projet « Three Cities », Action Séro Zéro, Montréal.

Lévy, J.J., Julien D., (dirs.). 2007. *Homosexualités : variations régionales*. Presses de l'Université du Québec.

Lévy, J.J., Pierret et G, Trottier, G. (dirs.). 2004. *Les traitements antirétroviraux. Expériences et défis*. Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec à Montréal.

Ministère de la santé et des services sociaux (1997): *L'adaptation des services sociaux et de santé aux réalités homosexuelles*, Orientations ministérielles.

Organisation mondiale de la santé (1946). *Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé*, no. 2, p. 100.

Organisation mondiale de la santé (1975). *Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals*. Geneva, World Health Organization, 1975 (WHO Technical Report Series No. 572).

Otis J., Ryan B., Chouinard N., Fournier K. (2001). «Effets du «Projet 10» sur le mieux-être sexuel de jeunes gais, lesbiennes, bisexuelles et bisexuels». Rapport de recherche. Montréal: RRSSS de Montréal-Centre.

Pierret, J. (2003). « Multithérapie et vie avec le VIH : une approche longitudinale », dans Lévy J.J. et coll., dir., *Enjeux psychosociaux de la santé*, p. 289-298.

Pink Triangle Services (2001). *How Well Are We Doing? A Survey of the GLBT Population of Ottawa*.

Rassemblement national des lesbiennes et gais du Québec (1979). *Les services sociaux vs les lesbiennes et les gais du Québec : un dossier noir*, Comité sur les services sociaux, Montréal, Québec, 33 pages.

Ryan, B. & Chervin, M. (2001) *Valorisation des vies des hommes gais : Donner un second souffle à la prévention du VIH dans le contexte de notre santé et de notre mieux-être*. Document stratégique rédigé pour Santé Canada, en collaboration avec le Groupe national de référence et le Gay Health Services of Saskatoon.

Setbon, M. 2000. « La normalisation paradoxale du sida ». *Revue française de sociologie*, vol. 41, p. 61-48.

Trussler, T. (2000). *Gay health in Vancouver: a quality of life survey*. Vancouver: Community Based Research Centre.

Wang, J., Häusermann, M., Ajdacic-Gross V., Aggleton, P. Weiss, M.G. (2007). « High prevalence of mental disorders and comorbidity in the Geneva Gay Men's Health Study », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Vol. 42, No. 5, mai 2007, p. 414-420.

Warning, association française en santé communautaire (2005). *Conférence internationale VIH et santé gaie : nouveaux concepts, nouvelles approches*, site Internet consulté en juin 2007 : <http://santegaie2005.thewarning.info>

LISTE DES APPENDICES

- A. Résultats détaillés du questionnaire
- B. Carte d'invitation à participer à l'étude distribuée dans les milieux et bannière de promotion de l'étude sur Internet
- C. Information sur le consentement jointe au questionnaire distribué dans les milieux
- D. Questionnaire distribué dans les milieux
- E. Formulaire de consentement pour la version Internet du questionnaire
- F. Questionnaire version Internet
- G. Formulaire de consentement pour la participation au forum de discussion
- H. Page d'accueil du forum de discussion
- I. Certificat éthique