

**Direction de santé publique**

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

## **L'intervention en prévention des ITSS à Montréal : potentialités, limites et défis de la collaboration dans le contexte de la création des CSSS**

*Démarche évaluative*

*en soutien à la mise en œuvre de la Stratégie québécoise  
de lutte contre le VIH, le VHC et les ITS*

**GARDER**  
*notre monde*  
**ENSANTÉ**



**Direction de santé publique**

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

**L'intervention en prévention des ITSS à  
Montréal : potentialités, limites et défis de  
la collaboration dans le contexte de la  
création des CSSS**

*Démarche évaluative*

*en soutien à la mise en œuvre de la Stratégie québécoise  
de lutte contre le VIH, le VHC et les ITS*

**Angèle Bilodeau, Ph.D.**

**Jean Beauchemin, Ph.D. (cand.)**

**Denis Bourque, Ph.D.**

**Marilène Galarneau, M.Sc.**

2011

**GARDER**  
*notre monde*  
**ENSANTÉ**

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

Ce rapport de recherche a été coédité avec la Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire (CRCOOC).

### **Remerciements**

L'équipe de recherche tient à remercier le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) qui a financé cette recherche dans le cadre d'un appel de propositions conjoint MSSS-INSPQ en lien avec la *Stratégie québécoise de lutte contre le VIH, le VHC et les ITS*. Elle tient également à remercier chaleureusement les membres de la *Table des directeurs généraux des organismes communautaires montréalais en prévention des ITSS*, ceux du *Groupe de travail des répondants ITSS des CSSS* de même que l'équipe ITSS de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal pour leur participation aux différentes activités de la recherche et pour lui avoir permis de suivre leurs travaux de près. Merci aux personnes qui se sont impliquées au sein du comité aviseur de la recherche. Un merci spécial à tous ceux qui ont pris le temps de lire et commenter ce rapport; vos commentaires ont été des plus appréciés et ont permis d'enrichir considérablement l'analyse présentée. Enfin, merci à Carole Paquet et Patricia Lemoine pour la mise en forme et l'édition de ce document.

© Direction de santé publique

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2011)

Tous droits réservés

ISBN 978-2-89673-037-7 (version imprimée)

ISBN 978-2-89673-038-4 (version PDF)

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2011

Prix : 10 \$

## MOT DU DIRECTEUR

La recherche sur « *Les collaborations public – communautaire en prévention des ITSS : recherche-intervention autour de processus innovants* » a débuté en septembre 2008. Depuis, l'équipe de recherche a réalisé des entrevues auprès de plusieurs acteurs et suivi de près les travaux des deux instances de concertation régionales et de certains projets locaux. Cette démarche a permis de dresser un portrait du système d'action en prévention des ITSS sur le territoire montréalais qui est fort utile pour prendre connaissance des réalités vécues par les acteurs de ce champ, des principales forces et faiblesses de leurs collaborations de même que des défis qui se posent au système d'action pour l'atteinte de ses finalités.

Le portrait des collaborations a été présenté à l'ensemble des acteurs du champ lors du *Forum régional sur le partenariat en prévention ITSS* tenu le 18 janvier 2010 à la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal<sup>1</sup>. Le présent rapport explicite les analyses alors présentées et introduit une discussion pouvant alimenter les acteurs décisionnels quant aux choix stratégiques devant renforcer les pratiques collaboratives en vue d'atteindre les finalités de santé publique visées.

Ce rapport arrive à point alors que la direction a fait des ITSS une priorité pour 2010. J'invite nos partenaires actuels et ceux qui se joindront à concentrer leurs efforts autour de celle-ci.



Richard Lessard, M.D

---


<sup>1</sup> Les *Actes du Forum* (<<http://www.santepub-mtl.gc.ca/Publication/>>) reprennent les analyses en plus de présenter les commentaires et discussions suscités chez les participants lors de cette journée.



## MOT DU TITULAIRE DE LA CHAIRE DE RECHERCHE DU CANADA EN ORGANISATION COMMUNAUTAIRE

L'efficacité de l'action publique reposant sur la concertation est directement influencée par les rapports existants entre les acteurs impliqués. Les relations entre les institutions publiques et les organismes communautaires dans le domaine de la santé et des services sociaux sont donc structurantes quant à la capacité d'agir collectivement de manière efficace et innovante sur les enjeux de santé publique. Pour la Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire, il est apparu primordial de contribuer à une meilleure compréhension des rapports entre les acteurs engagés dans l'action préventive en matière d'ITSS à Montréal. D'abord, parce qu'il s'agit d'une problématique majeure, mais aussi parce que le système d'action en cause met en interface une configuration atypique d'acteurs dans le contexte de la réforme de 2003 et de la création des Centres de santé et de services sociaux (CSSS). Cette configuration régionale mobilise une direction de santé publique (DSP), des organismes communautaires hétérogènes et l'ensemble des CSSS d'une région administrative dans l'actualisation d'orientations et de programmes soutenus par un financement sous forme d'ententes de services.

La Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire se consacre à produire des connaissances visant le développement des pratiques d'action collective par la compréhension des conditions de succès et de renouvellement de ces pratiques, confrontées à la transformation des politiques et services publics, à celle des communautés ainsi qu'à celle des organismes communautaires. La Chaire mène des travaux de recherche et de diffusion sur les quatre approches du modèle québécois de l'organisation communautaire, soit l'action sociale, le développement des communautés, l'approche socio-institutionnelle et l'approche socio-communautaire. La présente recherche s'inscrit dans les travaux relatifs à l'approche socio-institutionnelle, et porte plus précisément sur l'incidence des programmes de santé publique et l'identification des facteurs de succès de l'approche socio-institutionnelle participative. Les connaissances produites dans le cadre de cette recherche ajoutent à la compréhension de la structuration et des conditions de transformation des rapports entre acteurs institutionnels et acteurs communautaires lorsqu'ils sont marqués par de forts déterminants programmatiques et mis au défi par l'évolution non favorable de la problématique ciblée. Cette recherche démontre aussi que les acteurs impliqués œuvrent à dépasser les simples collaborations fonctionnelles entre eux, insuffisantes pour faire face aux enjeux sociaux et de santé actuels. Leurs collaborations nécessitent d'inventer des coopérations plus mobilisatrices, innovantes et audacieuses pour agir plus efficacement sur le terrain de l'intervention et des services, mais aussi en amont sur les causes et les déterminants des problèmes collectifs.



Denis Bourque Ph. D.

Professeur

Titulaire de la Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire

Université du Québec en Outaouais





## RÉSUMÉ

Les transformations récentes du réseau de la santé et des services sociaux, particulièrement celles découlant de la Réforme de 2003, modifient le contexte des collaborations entre le réseau public et les organismes communautaires. Cette recherche tente de cerner l'impact de ces transformations sur les pratiques partenariales public – communautaire ayant cours dans le champ de la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) à Montréal. Prenant appui sur la théorie de l'action en partenariat, cette recherche modélise le système d'action montréalais en prévention des ITSS dans le contexte de la réforme Couillard, à partir des représentations que s'en font ses acteurs. Elle est basée sur l'analyse de documents et d'entrevues réalisées auprès de répondants de la Direction de santé publique, de directeurs généraux d'organismes communautaires en prévention des ITSS et de répondants ITSS des CSSS. Les entrevues ont été réalisées à l'automne 2008 et à l'hiver 2009 et couvrent la période de 2004 à 2008.

Le portrait des collaborations au sein du système d'action montréalais en prévention des ITSS<sup>2</sup> se concentre sur cinq principaux problèmes de collaboration : 1) l'interface dans les services de première ligne entre CSSS et organismes communautaires; 2) la cohabitation d'approches ciblées et généralistes; 3) la détermination d'une offre de service régionale *versus* par territoire de CSSS sur le territoire montréalais; 4) l'allocation et la distribution des ressources et enfin, 5) la configuration du réseau d'acteurs. Chacun de ces problèmes est explicité en prenant soin d'énoncer la position des acteurs impliqués, les enjeux auxquels ils sont respectivement confrontés de même que les principales stratégies qu'ils déploient ou envisagent pour tenter de résoudre ledit problème et, par conséquent, pour améliorer leurs collaborations. En guise de conclusion, est proposée une discussion pouvant alimenter les acteurs engagés : DSP, CSSS, et organismes communautaires, mais aussi MSSS et INSPQ, quant aux choix stratégiques devant renforcer les pratiques collaboratives et le système d'action en vue d'atteindre les finalités de santé publique visées.

---

<sup>2</sup> Le portrait des collaborations a été présenté à l'ensemble des acteurs du champ lors d'un *Forum régional* tenu le 18 janvier 2010. Les *Actes du Forum régional sur le partenariat en prévention ITSS* sont disponibles au <<http://www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/>>.



## TABLE DES MATIÈRES

<b>MOT DU DIRECTEUR</b> .....	<b>i</b>
<b>MOT DU TITULAIRE DE LA CHAIRE DE RECHERCHE DU CANADA EN ORGANISATION COMMUNAUTAIRE</b> .....	<b>ii</b>
<b>RÉSUMÉ</b> .....	<b>iii</b>
<b>TABLE DES MATIÈRES</b> .....	<b>iv</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES</b> .....	<b>vi</b>
<b>LISTE DES SIGLES</b> .....	<b>vii</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>CHAPITRE 1 PRÉSENTATION DU CHAMP DE LA PRÉVENTION DES ITSS</b> .....	<b>4</b>
<b>1 DU VIH-SIDA AUX ITSS, DES HARSAH AUX POPULATIONS VULNÉRABLES, L'ÉLARGISSEMENT DU PROGRAMME</b> .....	<b>5</b>
<b>2 L'EXTENSION DU RÉSEAU D'ACTEURS APPELÉS À SE MOBILISER</b> .....	<b>7</b>
<b>3 LES ACTEURS DU RÉSEAU MONTRÉALAIS EN ITSS</b> .....	<b>8</b>
<b>CHAPITRE 2 PRÉSENTATION DE LA RECHERCHE</b> .....	<b>11</b>
<b>1 CONTEXTE DE LA COLLABORATION PUBLIC – COMMUNAUTAIRE DANS LE CHAMP DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET DANS CELUI DE LA PRÉVENTION DES ITSS</b> .....	<b>11</b>
<b>2 QUESTIONS DE RECHERCHE</b> .....	<b>19</b>
<b>3 CADRE THÉORIQUE</b> .....	<b>20</b>
<b>4 MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE</b> .....	<b>24</b>
<i>Sources des données documentaires et d'entrevues</i> .....	<b>24</b>
<i>Sélection des répondants</i> .....	<b>24</b>
<i>Analyse des données</i> .....	<b>25</b>
<i>Partage et utilisation des connaissances</i> .....	<b>26</b>
<b>CHAPITRE 3 LES RÉSULTATS</b> .....	<b>27</b>
<b>1 MODÉLISATION DU SYSTÈME D'ACTION MONTRÉALAIS EN PRÉVENTION DES ITSS</b> .....	<b>27</b>
<i>Autour de quelles représentations du problème des ITSS et ses solutions se mobilise le système d'action?</i> .....	<b>29</b>
<i>Rôles définis et endossés par les trois classes d'acteurs</i> .....	<b>31</b>
<b>2 CINQ PRINCIPAUX PROBLÈMES DE COLLABORATION DU SYSTÈME D'ACTION MONTRÉALAIS EN PRÉVENTION DES ITSS</b> .....	<b>34</b>
<i>Problème 1 : Interface entre les services de première ligne en CSSS et organismes communautaires</i> .....	<b>34</b>
<i>Problème 2 : Approches spécialisées ITSS versus généralistes</i> .....	<b>38</b>
<i>Problème 3 : Offre de service régionale versus par territoire de CSSS</i> .....	<b>39</b>
<i>Problème 4 : Statu quo versus changement dans le financement des organismes communautaires</i> .....	<b>41</b>
<i>Problème 5 : Configuration du réseau d'acteurs : consolidation ou extension?</i> .....	<b>43</b>
<b>3 STRATÉGIES ENVISAGÉES ET MISES EN ŒUVRE FACE À CES CINQ PROBLÈMES</b> .....	<b>46</b>
<i>Stratégies d'interaction et d'apprentissage</i> .....	<b>46</b>
<i>Stratégies de restructuration et de réorganisation</i> .....	<b>49</b>
<i>Stratégies politiques ou d'influence</i> .....	<b>53</b>
<b>4 IMPACT DE LA RÉFORME DE 2003 SUR LE CHAMP DE LA PRÉVENTION DES ITSS</b> .....	<b>54</b>
<i>L'impact de la réforme sur les rôles des acteurs ITSS et leurs collaborations</i> .....	<b>54</b>
<i>L'impact de la réforme sur la prévention des ITSS</i> .....	<b>55</b>

<b>DISCUSSION.....</b>	<b>58</b>
<b>1 FAIRE DAVANTAGE ET MIEUX CE QUE L’ON FAIT DÉJÀ .....</b>	<b>59</b>
<b>2 CHERCHER AUSSI À AGIR AUTREMENT .....</b>	<b>63</b>
<i>Le rallongement du système d’action en aval.....</i>	<i>63</i>
<i>Le rallongement du système d’action en amont.....</i>	<i>66</i>
<b>RÉFÉRENCES .....</b>	<b>71</b>
<b>ANNEXE 1 PRISE EN CHARGE DES ITSS PAR L’ÉTAT QUÉBÉCOIS.....</b>	<b>83</b>
<b>ANNEXE 2 GRILLES D’ENTREVUE .....</b>	<b>87</b>
<i>GRILLE D’ENTREVUE AUPRÈS DES RÉPONDANTS ITSS DE CSSS.....</i>	<i>89</i>
<i>GRILLE D’ENTREVUE AUPRÈS DES DG D’ORGANISMES COMMUNAUTAIRES .....</i>	<i>92</i>
<i>GRILLE D’ENTREVUE AUPRÈS DES RÉPONDANTS DE LA DSP .....</i>	<i>95</i>
<b>ANNEXE 3 FORMULAIRE DE CONSENTEMENT .....</b>	<b>99</b>
<b>ANNEXE 4 TABLEAU 2 - STRATÉGIES DE CHANGEMENT POUR CHACUN DES CINQ PROBLÈMES DU SYSTÈME D’ACTION MONTRÉALAIS EN PRÉVENTION DES ITSS.....</b>	<b>107</b>

## LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

<i>Figure 1 L'intervention de santé publique comme système d'action complexe</i> .....	21
<i>Tableau 1 Entités du réseau sociotechnique du partenariat et leurs caractéristiques</i> .....	22
<i>Figure 2 Modélisation du système d'action en prévention des ITSS à Montréal</i> .....	28
<i>Tableau 2 Stratégies de changement pour chacun des cinq problèmes du système d'action montréalais en prévention des ITSS</i> .....	109

## LISTE DES SIGLES

<b>CLSC</b>	Centre local de services communautaires
<b>CMDP</b>	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
<b>COCQ-Sida</b>	Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le Sida
<b>CSSS</b>	Centre de santé et de services sociaux
<b>DSP</b>	Direction de santé publique
<b>HARSAH</b>	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
<b>INSPQ</b>	Institut national de santé publique du Québec
<b>ITS/ITSS</b>	Infections transmissibles sexuellement/Infections transmissibles sexuellement et par le sang <sup>3</sup>
<b>MSSS</b>	Ministère de la Santé et des Services sociaux
<b>OC</b>	Organisme communautaire
<b>PAL</b>	Plan d'action local
<b>PAR</b>	Plan d'action régional (de santé publique)
<b>PSOC</b>	Programme de soutien aux organismes communautaires
<b>PV</b>	Populations vulnérables
<b>PVVIH</b>	Personne vivant avec le VIH
<b>RLS</b>	Réseaux locaux de services
<b>SDA</b>	Service de dépistage anonyme
<b>SIDEP</b>	Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS
<b>SIMAD-Sida</b>	Services intensifs de maintien à domicile-sida
<b>SIS</b>	Sites d'injection supervisée
<b>SLITSS</b>	Service de lutte contre les ITSS
<b>UDI</b>	Utilisateur de drogues par injection
<b>UHRESS</b>	Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida
<b>VHC</b>	Virus de l'hépatite C
<b>VIH</b>	Virus de l'immunodéficience humain

---

<sup>3</sup> Le terme « infections transmissibles sexuellement et par le sang » est venu remplacer celui de « maladies transmissibles sexuellement » (MTS) dans les années 1990, notamment suite à une recommandation de l'Organisation mondiale de la santé (2005). Une raison importante a motivé ce changement. Le terme « infection » prend en compte le fait que certaines infections sont asymptomatiques alors que le terme « maladie » est associé à la présence de symptômes perçus par la personne atteinte. Le terme « infection » inclut donc les deux réalités. Dans les deux situations, l'infection est transmissible. Le terme ITSS prend également en compte que ces infections sont aussi transmises par contacts sanguins, comme dans le cas des hépatites B et C et du SIDA.

## INTRODUCTION

Au Québec, le champ de la santé et services sociaux occupe une position historique très importante du point de vue des rapports entre l'État et les organismes communautaires. En effet, les pratiques de reconnaissance et de financement des organismes communautaires par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) datent du début des années 1970, alors que les mécanismes de concertation et de partenariat entre ces acteurs remontent aux années 1980. Sur fond constant de tensions, ces rapports se sont diversifiés et intensifiés au cours des années en fonction du contexte sociopolitique et des positions des acteurs publics et communautaires. Les rapports public – communautaire sont à la fois une condition de l'existence même de bon nombre d'organismes communautaires, par le biais du financement, et un enjeu de leur identité et de leur autonomie. Ces rapports prennent différentes formes sur un continuum allant du modèle socio-communautaire au modèle socio-institutionnel selon le positionnement des établissements publics (Favreau et Hurtubise, 1993) ou de la sous-traitance à la coconstruction<sup>4</sup> (Proulx *et al.*, 2005). Les rapports entre les organismes communautaires et le MSSS ont entre autres contribué à l'élaboration des premiers éléments de la politique gouvernementale sur l'action communautaire (Gouvernement du Québec, 2001a), qui affirme l'autonomie des organismes communautaires contre l'institutionnalisation et l'instrumentalisation des activités émanant de la société civile par le gouvernement (Guay *et al.*, 2008).

Tout en pouvant être conflictuels, les rapports entre les organismes communautaires et les acteurs publics du champ de la santé et des services sociaux s'inscrivent généralement dans une optique de collaboration et de concertation volontaires. Cette tradition de concertation, « *ponctué par des désaccords, des tensions et des stratégies de revendication et de pression de la part des organismes communautaires* » (White *et al.*, 2008 : 43), est toujours présente au moment de la mise en œuvre de la réforme Couillard de 2003. En tendant vers une décentralisation de la coordination des services vers le palier local, notamment par la création des réseaux locaux de services, cette réforme est venue raviver les craintes des organismes communautaires d'être placés sous le contrôle du réseau public. Ces craintes se fondent principalement sur la logique contractuelle à la base du fonctionnement des réseaux locaux de services, en vertu des lois 25 et 83 créant et instituant les Centres de santé et de services sociaux (CSSS)<sup>5</sup>. Par ailleurs, en même temps qu'il institue de tels changements pouvant mener à des

---

<sup>4</sup> Vaillancourt (2008) propose le concept de coproduction pour faire référence à la participation des acteurs de la société civile à la mise en œuvre des politiques ou programmes publics, et d'utiliser le concept de coconstruction pour parler de leur participation à leur élaboration. Les politiques et programmes publics ont toujours été en quelque sorte coconstruits (coconstruction néolibérale ou coconstruction corporatiste). Mais comme le souligne Vaillancourt (2008), la poursuite de l'intérêt général exige une coconstruction plus démocratique des politiques et programmes publics qui passe par la participation pluraliste des acteurs de la société civile à leur élaboration (dimension institutionnelle) et non seulement à leur application (dimension organisationnelle ou coproduction). La coconstruction fait référence à une capacité d'influencer les orientations et des éléments fondateurs des politiques et programmes ce qui inclue la définition de leurs finalités et de leurs règles de fonctionnement sur la base d'un principe de reconnaissance de l'expertise et de la légitimité des acteurs.

<sup>5</sup> La loi 25 crée en 2003 les agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS) et prévoit une instance locale pour chacun de ces RLS. Ces instances locales sont définies comme étant les CSSS.

rappports plus hiérarchiques entre ses instances publiques locales et les organismes communautaires, l'État affirme dans la politique gouvernementale sur l'action communautaire (Gouvernement du Québec, 2001a) et son cadre de référence (Secrétariat à l'action communautaire autonome, 2004), de même que dans la Loi 83, le principe de l'autonomie des organismes communautaires. Ainsi, bien qu'il permette aux centres de santé et de services sociaux (CSSS) d'avoir recours à une approche contractuelle par le biais d'ententes de services qui doivent structurer les réseaux locaux de services, le MSSS (Loi 83) stipule que les organismes communautaires ont, sur une base libre et volontaire, à définir avec leur CSSS dans le cadre des projets cliniques, les modalités de leur collaboration pour assurer une offre de services intégrés à la population de leur territoire dans le respect de leur autonomie (MSSS, 2004a).

Dans le champ de la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), bien que les collaborations entre le réseau public et les organismes communautaires datent de plusieurs années, les transformations récentes du réseau de la santé et des services sociaux modifient le contexte de leurs collaborations. En effet, la réforme de 2003 appelle des changements importants quant au rôle de la Direction de santé publique (DSP), positionnée en deuxième ligne, et quant au rôle des CSSS dans leur milieu, y compris dans la nature des rapports entre les services publics de première ligne (les CLSC maintenant intégrés aux CSSS) et les organismes communautaires. De plus, l'incorporation de la responsabilité populationnelle<sup>6</sup> au mandat des CSSS les amène à articuler plus formellement deux secteurs de services ayant longtemps évolué avec peu d'interactions, la santé publique et le système de soins (Breton, 2009).

Quel est l'impact des récentes transformations contextuelles, particulièrement celles relevant de la réforme de 2003, sur les pratiques partenariales ayant cours en prévention des ITSS à Montréal? Voilà la question à laquelle cherche à répondre la présente recherche. L'optique mise de l'avant est d'enrichir la compréhension qu'ont les acteurs régionaux et locaux de leur système d'action et de soutenir, par le partage des connaissances, la réflexion sur l'optimisation de leurs pratiques collaboratives dans ce nouveau contexte<sup>7</sup>.

Pour répondre à cette question, l'équipe de recherche s'est basée sur l'analyse de documents et d'entrevues réalisées auprès de répondants de trois classes d'acteurs, soit quatre répondants de la

---

<sup>6</sup> Selon le MSSS (2004c : 11-8), la responsabilité populationnelle signifie que les ressources qui offrent des services à la population d'un territoire local, dont au premier chef le CSSS, « sont amenées à partager collectivement une responsabilité envers cette population, en rendant accessible un ensemble de services le plus complet possible et en assurant la prise en charge et l'accompagnement des personnes dans le système de santé et de services sociaux, tout en favorisant la convergence des efforts pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population et des communautés qui la compose. [...] Le défi réside dans l'articulation de divers modes de prestation de soins et de services en fonction des besoins de santé et de bien-être d'une population définie. Les CSSS et leurs conseils d'administration auront à innover pour offrir des services individuels mais aussi pour assurer la mise en place d'actions collectives visant à garantir un continuum d'interventions auprès de la population. »

<sup>7</sup> Le présent rapport présente les résultats du premier volet de cette recherche qui en comporte deux. Le second volet vise à outiller les acteurs et soutenir une transformation de leurs collaborations de sorte à améliorer l'intervention devant des problèmes en progression constante malgré les efforts investis. Ce deuxième volet vise à savoir s'il est possible, en recourant à des savoirs issus de la recherche (théorie, méthodologie, instrumentation), de soutenir une transformation des pratiques collaboratives entre les acteurs publics et communautaires dans le champ des ITSS. Il fera l'objet d'un rapport subséquent.



DSP, huit membres de la *Table des directeurs généraux des organismes communautaires montréalais en prévention des ITSS* et six membres du *Groupe de travail des répondants ITSS des CSSS*. Les entrevues ont été réalisées à l'automne 2008 et à l'hiver 2009 et couvraient la période de 2004 à 2008. Le portrait réalisé à partir des entrevues des acteurs d'une même classe a été validé auprès de l'ensemble des acteurs de cette classe. Le rapport de recherche a été réalisé à partir des portraits validés par les trois classes d'acteurs. Les résultats ont été partagés avec l'ensemble des acteurs du champ de la prévention des ITSS à Montréal lors d'un *Forum régional* tenu le 18 janvier 2010 (Bilodeau *et al.*, 2010).

Le présent rapport comporte trois chapitres. Le premier situe, d'une façon assez sommaire, la prévention des ITSS. Le deuxième chapitre présente la problématique de recherche, les principales questions auxquelles le projet tente de répondre de même que le cadre d'analyse et la méthodologie. Le troisième chapitre présente les résultats de la recherche. Il dresse d'abord le portrait du système d'action montréalais en prévention des ITSS pour ensuite décliner les conceptions des acteurs quant à la problématique des ITSS et quant aux rôles et contributions qu'ils attendent les uns envers les autres. Par la suite, la présentation des résultats met à jour cinq problèmes importants de collaboration dans le système d'action, formulés sur la base des constats tirés par les acteurs sur les facteurs aidant ou contraignant leurs collaborations.

Les cinq principaux problèmes de collaboration identifiés sur la base des propos des acteurs ITSS sont les suivants : 1) l'interface dans les services de première ligne entre CSSS et organismes communautaires; 2) la cohabitation d'approches ciblées et généralistes; 3) la détermination d'une offre de service régionale *versus* par territoire de CSSS sur le territoire montréalais; 4) l'allocation et la distribution des ressources et enfin, 5) la configuration du réseau d'acteurs. Chacun de ces problèmes est explicité en prenant soin d'énoncer la position des acteurs impliqués, les enjeux auxquels ils sont respectivement confrontés de même que les principales stratégies qu'ils déploient ou envisagent pour tenter de solutionner ledit problème et, par conséquent, pour améliorer leurs collaborations. En guise de conclusion, nous terminons par une réflexion pouvant alimenter les acteurs engagés : DSP, CSSS, et organismes communautaires, mais aussi MSSS et INSPQ, quant aux choix stratégiques devant renforcer les pratiques collaboratives en vue d'atteindre les finalités de santé publique visées.

## CHAPITRE 1

### PRÉSENTATION DU CHAMP DE LA PRÉVENTION DES ITSS

Les taux d'infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) sont en nette progression au Québec (MSSS, 2010). Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) continue de faire des ravages, chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) et les utilisateurs de drogues par injection (UDI) principalement. Un nombre croissant de cas d'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) est détecté, principalement parmi les UDI, et les autres ITS<sup>8</sup> sont en recrudescence. La situation n'est pas plus reluisante dans la métropole. Comme la plupart des autres grandes villes, Montréal fait face à une épidémie d'hépatite C chez les UDI, laissant présager que l'accès au matériel stérile d'injection n'est pas optimal (DSP, 2010a)<sup>9</sup>. La progression de la consommation de crack au sein des populations vulnérables est aussi inquiétante, d'autant plus qu'elle augmente la prise de risques (DSP, 2010a). Montréal est également aux prises avec des taux de syphilis élevés chez les HARSAH depuis la réapparition de cette infection en 2003. Ces taux font craindre une recrudescence des cas de VIH dans cette population, d'autant plus inquiétante qu'un grand nombre d'HARSAH ignorent leur séropositivité au VIH (22,5 % selon l'étude ARGUS citée dans DSP, 2010a : 4). Ces taux élevés soulèvent non seulement la question de l'adoption de pratiques sexuelles sécuritaires par les HARSAH, mais également celle de l'accès au matériel de protection dans les lieux de rencontres sexuelles. Enfin, d'autres ITS gagnent aussi du terrain à Montréal, particulièrement la chlamydia et la gonorrhée chez les jeunes femmes, et appellent des interventions spécifiques, notamment envers les jeunes en difficulté.

Les ITSS concernent la population générale mais touchent plus durement des populations qui adoptent certains comportements à risque, des pratiques sexuelles et/ou de consommation de drogues, principalement. D'après le *Programme national de santé publique* (MSSS, 2003 [2008 : 51]) et la *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* (MSSS, 2004b), les populations à risque de contracter une ITSS sont les jeunes de 12 à 24 ans, les personnes qui appartiennent à des groupes vulnérables socialement, dont les HARSAH; les personnes qui utilisent des substances psychoactives, dont les UDI; les jeunes en difficulté; les femmes en difficulté; les Autochtones; les personnes originaires de régions où les ITSS sont endémiques; les personnes détenues en milieu carcéral; et les personnes atteintes d'une ITSS, leurs partenaires sexuels et celles qui ont un ou des comportements à risque. Trois de ces populations vulnérables aux ITSS et qui en sont particulièrement touchées sont ciblées par les programmes gouvernementaux de même que par les groupes communautaires : les HARSAH, les UDI et les jeunes en difficulté<sup>10</sup>. Ces populations ne sont pas homogènes et

---

<sup>8</sup> ITS réfère aux seules infections transmises sexuellement.

<sup>9</sup> La théorie du problème est ici posée en termes d'accès et non d'utilisation.

<sup>10</sup> Pour une description des populations vulnérables aux ITSS et plus d'information à leur sujet, voir le Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec (MSSS, 2010), la *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*. (MSSS, 2004b) de même que le *Cadre de référence 2010-2015 - Volet communautaire* (DSP, 2010a).

certaines personnes font partie de plusieurs catégories. Bien qu'elles soient ciblées par les programmes gouvernementaux en raison de leur vulnérabilité à contracter des ITSS, ces différentes populations se différencient les unes des autres au plan des réalités qu'elles vivent, des difficultés qu'elles rencontrent, mais aussi des ITSS qu'elles contractent. Ces populations vulnérables sont d'autant plus vulnérables qu'elles vivent en marge du réseau formel (MSSS, 2004a) et qu'elles sont souvent aux prises avec de nombreux problèmes (toxicomanie, prostitution, itinérance, exclusion sociale, etc.), généralement plus urgents à régler que les ITSS. En effet, plus souvent qu'autrement, les ITSS et, plus globalement la santé, ne sont pas du tout une priorité pour les populations les plus vulnérables et ce, même lorsqu'elles sont malades. Pour bien des personnes à risque (toxicomanes, travailleurs (ses) du sexe, etc.), la priorité est plutôt axée sur les besoins de base (manger, dormir, etc.).

Le portrait des ITSS a changé considérablement au cours des quinze dernières années au Québec. Alors que le début des années 1980 a vu naître la lutte contre le VIH, celle-ci s'est progressivement étendue aux autres ITSS au fil des connaissances scientifiques et médicales (ex. : l'identification du VHC en 1989) et également au gré des changements de comportements des gens. L'apparition des trithérapies en 1996 a fait du VIH une maladie s'apparentant à une maladie chronique. Toutefois, bien qu'elles aient augmenté l'espérance et la qualité de vie des personnes infectées par le VIH, les thérapies antirétrovirales ont également engendré un phénomène de banalisation du VIH au point où un nombre appréciable de personnes continuent d'être infectées par le VIH chaque année au Québec (MSSS, 2010 : 31). La problématique du VIH, du VHC et des autres ITS est loin d'être dépassée : des gains importants ont été réalisés au cours des années, mais d'autres avancées importantes sont nécessaires pour contrer la propagation de ces infections lourdes de conséquences.

## **1 DU VIH-SIDA AUX ITSS, DES HARSAH AUX POPULATIONS VULNÉRABLES, L'ÉLARGISSEMENT DU PROGRAMME**

L'ampleur de l'épidémie du VIH-sida qui sévit dès le début des années 1980 suscite la mobilisation de plusieurs personnes, dont un grand nombre vivant avec le VIH/sida, dans l'espoir de contrer sa progression. À cette époque, le Sida est une maladie peu connue de la population et du corps médical et l'épidémie se présente d'abord sous forme de symptômes (Bilodeau *et al.*, 2002 : 25). Rapidement, une multitude d'initiatives communautaires sont mises sur pied et les premiers pas de la prise en charge publique du Sida par le réseau de la santé sont réalisés. L'*annexe 1* présente les principales lois et politiques et les programmes encadrant la prise en charge publique des ITSS. Vu l'ampleur de l'épidémie du VIH, un programme public et des budgets spécifiques sont alors mis en place. La politique en matière de lutte contre le VIH/sida constitue la première mesure gouvernementale à être déployée par le Centre québécois de coordination sur le Sida (relevant du MSSS). La première phase de la *Stratégie québécoise de lutte contre le sida* paraît en 1987 et la deuxième phase, l'année suivante (Centre québécois de coordination sur le Sida, 1987, 1988). Ces premières mesures gouvernementales ciblent deux populations restreintes particulièrement frappées par le virus : les personnes issues des pays où le Sida est endémique d'abord, puis les homosexuels (et bisexuels) quelques années plus tard (Bilodeau *et al.*, 2002).

Ce n'est qu'au milieu des années 1980 que le partage des aiguilles et des seringues est identifié comme un des principaux modes de transmission du VIH chez les UDI (Agence de la santé publique du Canada, 2000). C'est alors que les UDI s'ajoutent aux populations vulnérables au VIH. Pratiquement au même moment, vient le scandale du sang contaminé au Canada qui frappe durement le Québec<sup>11</sup> et qui met le virus de l'hépatite C (VHC) à l'avant-scène<sup>12</sup>. L'épidémie de VHC sera un moteur de changement dans la lutte contre le Sida. En effet, c'est elle qui amène les acteurs à repenser le champ plus globalement et à problématiser les ITSS dans leur ensemble.

La troisième phase de la *Stratégie québécoise de lutte contre le sida* (Centre québécois de coordination sur le Sida, 1992) traduit cette reproblématisation en portant sur le VIH et les ITSS. Outre une publication portant spécifiquement sur le Sida d'une part (MSSS, 1997), et sur les MTS d'autre part (MSSS, 2000), autour des années 2000, les mesures et orientations gouvernementales suivantes se concentrent sur les ITSS dans leur ensemble de même que sur les populations qui leur sont vulnérables. À ce moment-là, autant chez les organismes communautaires que dans le réseau institutionnel, l'élargissement aux ITSS semble plutôt limité à intégrer l'hépatite C à la lutte contre le Sida étant donné qu'elle touche une population, les UDI, qui est également fortement touchée par le Sida. Elle ne semble toutefois pas prendre en compte l'ensemble des autres ITS telles la chlamydia, la gonorrhée, la syphilis, etc.<sup>13</sup>

La remise en question de la structure des services de dépistage anonyme (SDA) du VIH<sup>14</sup> et la création des Services intégrés de dépistage et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (SIDEPS) représentent une transformation institutionnelle emblématique de cette reproblématisation vers les ITSS. L'efficacité des SDA spécialisés à dépister les personnes positives et à rejoindre les populations vulnérables a été questionnée notamment du fait que les taux de séropositivité des tests de VIH effectués par les SDA étaient grandement similaires à ceux observés à Montréal en dehors de ces services spécialisés (Lambert

---

<sup>11</sup> Le Canada a été frappé par une « catastrophe nationale en santé publique » à la fin des années 1970 et pendant les années 1980 alors que les réserves nationales de sang ont été contaminées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), qui a infecté plus de 1 000 personnes, et celui de l'hépatite C (VHC), qui a infecté des dizaines de milliers de personnes (Commission Krever, 1997). Pour plus d'information, visiter entre autres <<http://www.radio-canada.ca/nouvelles/dossiers/sang/index.html>>, consulté le 20 octobre 2010.

<sup>12</sup> Le virus de l'hépatite C (VHC) n'a été identifié qu'en 1989 bien que la médecine reconnaissait depuis 1974 une forme d'hépatite virale différente de celles déjà connues, alors identifiée comme hépatite virale non A, non B. (Commission Krever, 1997).

<sup>13</sup> Bien qu'elles n'étaient pas problématisées ainsi, les autres ITSS étaient déjà prises en charge par les services courants ou les cliniques Jeunesse des CLSC.

<sup>14</sup> Les SDA sont une des premières mesures importantes mises en place par le gouvernement (en 1989). La structure initiale s'appuie sur seulement quatre équipes (deux à Montréal, une à Québec et une à Sherbrooke) qui ont le mandat de former les infirmières d'autres régions. Les points de service se multiplient en 1994 au point d'être plus de 70 répartis dans 16 régions du Québec en 1998 (MSSS et CQCS, 2001). Les services de dépistage anonyme du VIH sont principalement offerts en CLSC quoique s'organisent, en parallèle, des services de prévention et de dépistage dans des centres de détention auprès des personnes incarcérées, au début des années 1990 (Beauchemin, J. et Labadie, J.F., 1997 dans MSSS et CQCS, 2001). D'autres initiatives de prévention et de dépistage s'articulent plus près du terrain pour tenter de rejoindre les groupes vulnérables, notamment le service mobile organisé à partir du centre régional de dépistage anonyme du VIH de Québec (Carbonneau et Poulin, 1999 dans MSSS et CQCS, 2001).

et Sissiko, 2003 : 126)<sup>15</sup>. De nouvelles orientations provinciales publiées en 2001 préconisent leur transformation en SIDEP (MSSS et CQCS, 2001). Pour le MSSS, l'intégration de la prévention et du dépistage des MTS aux services offerts par les équipes de dépistage anonyme du VIH s'avère pertinente dans le sens où « *les MTS jouent un rôle actif dans la transmission du VIH et [que] les programmes de prévention du VIH favorisent la prévention primaire des MTS.* » (MSSS et CQCS, 2001 : 15). Le MSSS affirme également, pour motiver ce changement, que « *les populations les plus vulnérables aux MTS sont les mêmes que celles identifiées à haut risque d'infection par le VIH* », qu'elles sont difficiles à joindre, « *d'où la nécessité de ne pas les contraindre à consulter deux services différents.* » (MSSS et CQCS, 2001 : 15). Toutefois, ces changements importants induits par la reproblématisation ne s'accompagnent pas d'un ajout significatif de ressources financières (MSSS et CQCS, 2001 : 10).

Sur le terrain des organismes communautaires déjà investis dans la lutte contre le VIH, le passage de la lutte contre le VIH à la lutte contre les ITSS se traduit particulièrement par l'accès gratuit à du matériel pour contrer le VHC de même qu'à des formations, éléments intégrés au programme de financement des organismes communautaires. La prise en considération de l'hépatite C se manifeste par la mise en place d'une structure de distribution de matériel (seringues, *stericup*). Outre le matériel qui leur est fourni, les organismes ne reçoivent aucune ressource supplémentaire pour effectuer ce passage de VIH à ITSS, malgré les changements de pratique qui lui sont associés.

Au final, la progression de la maladie et des autres infections est venue complexifier considérablement la problématique du VIH-sida, au point de lui faire perdre son statut d'exception. En effet, les années 2000 ont vu cette problématique se renouveler (Roy *et al.*, 2005) par la prise en considération des ITSS dans leur ensemble et par les accents mis sur les populations vulnérables. La prise en compte des ITSS dans leur ensemble par les services institutionnels s'est faite progressivement et à géométrie variable au cours des années 2000. Elle n'est toujours pas complétée à l'heure actuelle (MSSS, 2010 : 46, 52).

## **2 L'EXTENSION DU RÉSEAU D'ACTEURS APPELÉS À SE MOBILISER**

Jusqu'à la fin des années 1980, la problématique du sida n'est pratiquement perçue que sous l'angle médical. La deuxième phase de la *Stratégie québécoise de lutte contre le sida* (Centre québécois de coordination sur le Sida, 1992) l'ouvre progressivement à la multidisciplinarité, considérant désormais ses dimensions psychosociales, éthiques et préventives (MSSS, 1997). De même, les mesures alors déployées témoignent d'un certain élargissement des actions de lutte contre le sida en comparaison des mesures d'urgence effectuées quelques années plus tôt. Alors que les actions « de première nécessité » sont désormais enclenchées (« *campagnes d'éducation et de sensibilisation aux MTS, détection anti-VIH, sécurisation des approvisionnements sanguins, hébergement communautaire et surveillance épidémiologique* » (MSSS, 1997 : 11)),

---

<sup>15</sup> Les taux de positivité observés pour les autres ITS étaient également bien en-deçà des cas déclarés. Lambert et Sissiko (2003 : 127) notent qu'« *en 2002, alors que les équipes de prévention et dépistage des ITSS détectaient 27 cas de chlamydie, 7 cas d'infection gonococcique, 1 cas de syphilis et 58 cas d'hépatite C, approximativement 3000, 500, 200 et 1 400 cas de ces infections étaient déclarés dans la région de Montréal (registre MADO).* »

on préconise la promotion de la santé et la nécessité d'agir en amont des problèmes<sup>16</sup>. De 1989 à 1992, on procède à la création de cinq Unités hospitalières de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (UHRESS) pour dispenser des soins à la fine pointe des développements scientifiques et diffuser l'expertise acquise; on met sur pied le programme des Services intensifs de maintien à domicile-sida (SIMAD-sida) et on accentue le développement communautaire (MSSS, 1997 : 12). La considération des aspects psychosociaux, éthiques et préventifs du VIH entraîne ainsi un élargissement du réseau d'acteurs appelés à se mobiliser dans cette lutte.

Cet élargissement se poursuit quelques années plus tard alors que la lutte contre le VIH-sida passe des populations ciblées (les personnes venant de pays endémiques et les HARSAH) aux populations vulnérables. Le discours est à l'effet que les ITSS ne sont pas que le fait de comportements individuels à risque, mais que des conditions de vulnérabilité liées à des situations de pauvreté, d'itinérance, de toxicomanie, de maladie mentale, de violence et de discrimination prédisposent certaines populations aux ITSS (MSSS, 2004b)<sup>17</sup>. Cette reproblématisation commande une prise en compte globale des déterminants sociaux de la santé et interpelle une diversité d'acteurs dont certains ont été peu sollicités jusque-là. Elle induit une remise en question des façons de faire jusque-là privilégiées<sup>18</sup>, notamment en termes de pratiques collaboratives (en référence à Roy *et al.*, 2005 : 12). La concentration des actions sur les conditions de vulnérabilité à la contraction d'ITSS appelle l'intersectorialité : « *La situation des groupes vulnérables est complexe et nécessite que divers secteurs se concertent pour agir sur leur environnement et ainsi leur faire adopter des pratiques plus sécuritaires.* » (Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang, 2006 : 2). La nécessité d'approches concertées en matière de prévention et de dépistage est alors posée.

### 3 LES ACTEURS DU RÉSEAU MONTRÉALAIS EN ITSS

Le passage de la lutte contre le VIH-sida à la lutte contre les ITSS a non seulement été marqué par l'intégration des ITS et de l'hépatite C dans les stratégies gouvernementales d'abord spécifiques au sida, mais aussi par leur intégration au *Programme national de santé publique* (MSSS, 2003 [2008]). En vertu de la loi sur la Santé publique (Gouvernement du Québec, 2001b), les agences de la santé et des services sociaux sont tenues d'élaborer et d'implanter un

---

<sup>16</sup> En référence à Roy *et al.* (2005 : 11) qui cite à cet effet la phase 4 de la *Stratégie québécoise de lutte contre le sida* (MSSS, 1997) et la *Stratégie québécoise de lutte contre les MTS* (MSSS, 2000).

<sup>17</sup> L'extrait suivant de la *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le virus de l'hépatite C et les infections transmissibles sexuellement* (MSSS, 2004b :22) expose bien cette idée : « *n'utiliser que des stratégies de changement de comportements laisse planer l'idée que la transmission du VIH, du VHC et des ITS n'est que le résultat de la négligence personnelle. Au-delà des facteurs individuels, il existe une vulnérabilité aux ITSS qui comporte de multiples facettes psychoindividuelles et sociostructurelles* ». Cela rejoint la pensée de Roy *et al.* (2005 : 14) : « *La vulnérabilisation est aussi le résultat d'actions ou de mesures (involontaires) reliées à des institutions de services sociaux et de santé qui, à travers des pratiques discriminantes, fragilisent des individus et des populations.* ».

<sup>18</sup> Roy *et al.* (2005 : 13) notent « *On s'éloigne d'une conception centrée sur les services visant à répondre à des besoins ou des situations spécifiques pour s'ouvrir à une logique où l'on s'interroge sur les dimensions structurelles, les rapports sociaux et les interactions sociales qui rendent des populations vulnérables au VIH/sida* ». Dans les faits, ce niveau de préoccupation et d'intervention occupe peu de place dans le système d'action en prévention des ITSS à Montréal à la fin des années 2000.

plan d'action régional de santé publique (PAR) comprenant des actions spécifiques en ITSS<sup>19</sup>. La mise en œuvre des mesures locales est sous la responsabilité des CSSS.

À Montréal, l'élaboration et la gestion du plan d'action régional de santé publique sont assurées par la DSP qui se trouve par conséquent en soutien aux CSSS en ce qui a trait à la réalisation de leur plan d'action local (DSP, 2008a : 2). De plus, plusieurs mesures du PAR sont mises en œuvre à Montréal par des organismes communautaires soutenus financièrement par la DSP. Cette dernière définit les objectifs régionaux, assure une expertise en prévention – promotion de la santé en plus de soutenir la concertation régionale parmi les organismes communautaires et parmi les CSSS par le biais de deux mécanismes de collaboration, un par classe d'acteurs, créés dans le contexte des plans d'action régional et locaux (PAR/PAL) et de la réforme Couillard. Elle est également responsable du *Programme régional de prévention du VIH, des hépatites et des autres ITS – volet communautaire* (DSP, 2010a), dont le budget frôlant les quatre millions de dollars sert à financer le soutien régional, le matériel de protection de même que les organismes communautaires œuvrant en ITSS.

Sur le plan des organismes communautaires, ce sont d'abord ceux issus de la communauté gaie, nés au début des années 1980 en réponse à l'irruption du VIH-sida, qui s'investissent dans la lutte contre l'épidémie de VIH-sida<sup>20</sup>. Suite à la reproblématisation du VIH-sida autour des ITSS et, en conséquence, à l'élargissement des programmes de subventions de prévention à l'ensemble des ITSS, d'autres acteurs s'engagent dans cette lutte, soit des organismes communautaires œuvrant auprès des UDI, des jeunes en difficulté, des prostitués et des communautés culturelles, notamment. Actuellement, plus d'une vingtaine d'organismes communautaires réalisent des actions de prévention des ITSS sur l'île de Montréal. Seule une partie d'entre eux (17) est financée par la DSP par le biais du *Programme régional de prévention du VIH, des hépatites et des autres ITS – volet communautaire* (DSP, 2010a) dont elle a la charge. Tandis que la prévention des ITSS se situe au cœur de la mission de certains organismes, elle constitue une préoccupation connexe pour d'autres. Les 17 organismes communautaires financés sont regroupés au sein de la *Table des directeurs généraux des organismes communautaires montréalais en prévention des ITSS*. Cette instance, instituée en 2006, est le mécanisme de collaboration pour soutenir le dialogue avec les organismes communautaires et pour formater les rapports qu'elle entretient avec eux. Les acteurs ont posé les balises de leur collaboration dans un document élaboré conjointement et intitulé *Cadre de référence ITSS – Volet communautaire*<sup>21</sup>

---

<sup>19</sup> Le PAR doit être en cohérence avec le programme national de santé publique (MSSS, 2003 [2008]) et, dans le cas de la lutte aux ITSS, en cohérence avec la *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le virus de l'hépatite C et les infections transmissibles sexuellement* (MSSS, 2004b). Les agences sont soutenues par le Service de lutte contre les ITSS (SLITSS) du ministère de la Santé et des Services sociaux dans l'élaboration de leur plan régional de lutte aux ITSS.

<sup>20</sup> Comme le soulignent Bilodeau et al. (2002 : 25), « *La communauté homosexuelle croise le sida sur son chemin alors même qu'elle est en véritable conquête de son identité et de ses droits. En effet, c'est dans un contexte de liberté civique et sexuelle que se présente le sida au sein de la population homosexuelle, décimant une partie importante de la génération des 20-49 ans et plongeant leurs proches et la plupart des autres hommes homosexuels dans les difficultés de l'éprouvante maladie et du deuil, pour certains plusieurs fois répétées* ».

<sup>21</sup> Ce document deviendra le *Programme régional de prévention du VIH, des hépatites et des autres ITS – volet communautaire* (DSP, 2010a).

(DSP, 2010a). Cette instance coordonne et améliore l'offre d'activités et de services préventifs ITSS à Montréal.

Pour leur part, les 12 CSSS de l'île de Montréal sont impliqués dans la lutte contre les ITSS à titre d'organisation publique de santé de première ligne. Le dossier ITSS n'a pas la même importance dans tous les CSSS, rendant l'offre de service très inégale d'un territoire à l'autre. En effet, les services ITSS de certains CSSS sont très organisés alors que d'autres CSSS en sont seulement à les développer et les déployer. Un mécanisme de collaboration nommé le *Groupe de travail des répondants ITSS des CSSS* a été créé par la DSP en 2006 pour favoriser l'implantation du PAL-ITSS. Ce mécanisme réunit les répondants ITSS de chacun des CSSS. Bien que tous les CSSS comptent un répondant ITSS, ceux-ci ne disposent pas tous du même pouvoir décisionnel (ressources, position hiérarchique, etc.) ni des leviers nécessaires pour engager leur organisation dans des actions.

Bien que ces mécanismes de collaboration soient de création plutôt récente, les pratiques collaboratives entre la DSP, les organismes communautaires ITSS et les douze CSSS (où sont intégrés les CLSC) ont une longue histoire tracée à grands traits dans le chapitre suivant.



## CHAPITRE 2

### PRÉSENTATION DE LA RECHERCHE

#### 1 CONTEXTE DE LA COLLABORATION PUBLIC – COMMUNAUTAIRE DANS LE CHAMP DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET DANS CELUI DE LA PRÉVENTION DES ITSS

Un peu partout dans le monde, la gestion des services collectifs d'intérêt public se fait davantage avec le concours de la société civile (Proulx *et al.*, 2005). Au Québec, depuis les années 1980, l'État et le secteur public partagent de plus en plus l'offre de services collectifs, à des degrés divers, avec d'autres acteurs dont les organismes communautaires. Les pratiques de collaboration et de partenariat entre l'État québécois et les instances représentatives des organismes communautaires datent des années 1980-1990. Elles se développent d'abord dans quelques secteurs d'intervention, dont ceux de la santé mentale (René et Gervais, 2001 : 22). Le partenariat entre le réseau public et les organismes communautaires est par la suite au cœur de la réforme Côté (1990). En plus de formaliser les principes de décentralisation, notamment par la création des régies régionales de la santé et des services sociaux, cette réforme reconnaît formellement les organismes communautaires comme partenaires du réseau public et met en place des mesures favorisant leur participation. En témoigne la composition des conseils d'administration des nouvelles instances régionales (Panet-Raymond, 1994, René et Gervais, 2001; Jetté, 2008) où quatre sièges sont réservés aux représentants d'organismes communautaires. Surtout, cette réforme privilégie la complémentarité public – communautaire avec l'objectif d'atteindre une meilleure coordination des services sociosanitaires. Cette réforme concrétise les orientations du rapport Rochon (Jetté, 2008 : 307). La réforme Côté donne le coup d'envoi à une nouvelle manière de structurer les rapports sociaux : le « *partenariat s'impose comme un modèle, voire comme un paradigme dominant* » et dès lors, apparaît un questionnement au sujet du « *statut du partenariat au sein du social: serait-ce un nouvel outil de contrôle ou un levier de développement?* » (René et Gervais, 2001 : 23-26).

Lamoureux (1994) estime que le partenariat constitue en fait un moyen privilégié par l'État, face à l'échec de sa gestion technocratique et centralisatrice, d'introduire, à leur demande d'ailleurs, de nouveaux acteurs (dont les organismes communautaires) dans la planification et l'organisation des services collectifs d'intérêt public. Le partenariat apparaît alors comme le résultat d'une demande sociale et de transformations du rôle de l'État. Il est associé à la notion de dynamique paradoxale puisqu'il s'inscrit simultanément dans des logiques différentes et qu'il est porteur à la fois d'effets de démocratisation de la gestion publique du sociosanitaire, mais aussi de risques d'instrumentalisation de la société civile dont font partie les organismes communautaires (Lamoureux, 1994).

Dès lors, l'enjeu auquel les pratiques de collaboration et de partenariat sont confrontées est de pouvoir jouer un rôle de levier d'innovation et de développement tout en s'inscrivant dans la programmation centralisée qui est au cœur des politiques et programmes publics (ou privés) comme condition pour obtenir des ressources pour s'actualiser. Elles doivent permettre, voire forcer, l'adaptation de ces programmes et politiques aux réalités et expertises locales en vertu du constat voulant que l'adaptation des interventions publiques constitue un plus grand facteur de

succès que la fidélité aux programmes<sup>22</sup>. Le partenariat gagne donc à s'éloigner du pôle de l'instrumentalisation pour opérer dans un modèle « négogène » qui donne prise aux acteurs impliqués sur la finalité et les modalités de l'action tout en s'inscrivant dans des politiques qui lui sont vitales dans les conditions institutionnelles et politiques actuelles.

Le secteur de la santé et des services sociaux occupe une place singulière en ce qui concerne la construction des rapports entre les organismes communautaires et l'État québécois (White *et al.*, 2008). Cela vient d'abord du fait que les réformes du système de santé ont fortement influencé ces rapports. Cela vient aussi du fait que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) est un des premiers à avoir créé, en 1974, un programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC). Depuis le début de ce programme, le MSSS est le ministère qui finance le plus grand nombre d'organismes communautaires. Actuellement, plus de la moitié des organismes communautaires subventionnés par l'État québécois le sont par le MSSS, par le biais du PSOC<sup>23</sup>.

Une autre raison faisant en sorte que ce secteur occupe une place historique dans les rapports organismes communautaires – État est la particularité qu'a ce programme de financement de soutenir de manière prépondérante la mission des organismes communautaires<sup>24</sup>. Il est reconnu (Jetté, 2008; White *et al.*, 2008) que le financement en soutien à la mission des organismes communautaires favorise l'émergence d'innovations sociales puisqu'il leur permet de « *jouir de l'autonomie nécessaire à l'émancipation de leurs pratiques* » (Jetté, 2008 : 327-328). Ainsi, les organismes communautaires ont joué un rôle important au plan de la transformation du secteur public en le forçant à prendre en considération les pratiques alternatives qu'ils ont développées (Jetté, 2008 : 368).

Cette place singulière que détient le secteur de la santé et des services sociaux a également été acquise par le biais de longues tractations et revendications concernant la reconnaissance, l'autonomie et le financement des organismes communautaires, mais également la prise en compte de leurs savoirs et expertises au plan de la détermination des orientations par l'appareil gouvernemental. Bien que les organismes communautaires se soient regroupés sur une base sectorielle et soient présents dans plusieurs autres secteurs d'intervention (par exemple en employabilité, éducation, immigration), les instances représentatives des organismes communautaires dans le secteur de la santé et des services sociaux sont très proactives et influentes. Au point où la politique gouvernementale sur l'action communautaire (Gouvernement du Québec, 2001a) puise ses sources dans le modèle partenarial du MSSS, avec l'objectif de le

---

<sup>22</sup> Une contribution importante ici concerne le rôle des gestionnaires et intervenants provenant des appareils de planification ou des bailleurs de fonds qui choisissent d'être créatifs (ou délinquants) quant aux normes de leurs programmes afin de les rendre contributifs aux initiatives en provenance des milieux.

<sup>23</sup> En 2008-2009, le MSSS soutenait 3 324 organismes communautaires pour un montant de 440 617 702 \$, alors que 5 085 organismes communautaires étaient financés par l'État québécois pour un montant total de 794 678 742 \$. Soixante-cinq pour cent (65 %) des organismes communautaires financés par l'État québécois sont soutenus par le MSSS alors que 55 % de la somme totale octroyée aux organismes communautaires est distribué par le MSSS (Portrait du soutien financier du SACAIS <[http://www.mess.gouv.qc.ca/sacais/soutien-financier/soutien\\_gouvernemental/repertoires/portrait-du-soutien-financier.asp](http://www.mess.gouv.qc.ca/sacais/soutien-financier/soutien_gouvernemental/repertoires/portrait-du-soutien-financier.asp)>, consulté le 20 octobre 2010).

<sup>24</sup> Cette prépondérance du financement dédié à la mission des organismes communautaires se maintient à plus de 70 % au moins depuis 2001, année la plus ancienne où les données sont disponibles (Guay *et al.*, 2008).

reproduire à l'ensemble du gouvernement (Jetté, 2008 : 348). En plus du financement en appui à la mission globale, la politique identifie un autre mode de financement qui est celui des ententes pour des services complémentaires à ceux du réseau public. Ces ententes sont de nature contractuelle et ont pour but de soutenir la réalisation de mandats confiés à des organismes communautaires par le gouvernement en réponse à des besoins déterminés par ce dernier. Ces ententes de services sont accessibles à l'ensemble des organismes communautaires (autonomes ou non), mais s'inscrivent dans une logique différente de celle du mode de financement à la mission globale particulièrement en regard de la reddition de compte. Cependant, ces ententes de services doivent être « conclues dans un contexte de collaboration mutuelle libre et volontaire » (Gouvernement du Québec, 2001a : 46). Ainsi, la Politique gouvernementale sur l'action communautaire (Gouvernement du Québec, 2001a) ouvre la porte à un plus grand recours aux ententes de services en santé et services sociaux, ce qui était déjà la norme dans plusieurs secteurs (employabilité, justice, sécurité publique, immigration, etc.). Par définition, les ententes de services permettent à l'institution de définir explicitement les services que l'organisme est appelé à offrir, une justification documentée des coûts afférents et des résultats attendus de même que d'autres éléments (White *et al.*, 2008 : 33). L'évaluation de la politique gouvernementale sur l'action communautaire a mis à jour des pratiques relatives aux ententes de services qui limitent l'expression de l'autonomie des organismes communautaires : « dans plusieurs ententes de services, élaborées dans un contexte de complémentarité ou de partenariat avec le gouvernement québécois, il existe des clauses qui limitent le droit des organismes de se prononcer publiquement, contre les politiques et positions du ministère ou de contester publiquement le bien-fondé des mesures qu'ils appliquent. Par ailleurs, la marge de manœuvre des organismes œuvrant exclusivement dans un rapport contractuel avec le gouvernement est forcément limitée par la spécificité des ententes de service et par les conséquences prévisibles d'une reddition de compte qui dévie des cibles établies » (White *et al.*, 2008 : 87).

Les ententes de services sont devenues une pratique répandue entre le Gouvernement du Québec et les organismes communautaires selon deux figures de style : 1- la situation où tout le financement pour les organismes provient des ententes de services comme c'est le cas en justice et en employabilité; 2- la situation où le financement principal est en appui à la mission globale et le financement d'appoint par ententes de services comme c'est le cas en santé et services sociaux. En principe, les ententes de services placent les organismes communautaires dans un rapport contractuel où les règles du jeu sont définies par le contractant. En pratique, la possibilité pour les organismes communautaires de faire valoir des préoccupations et des pratiques hors normes par rapport aux programmes de financement est variable selon les secteurs et leur capacité à présenter une position commune dans leurs négociations des ententes avec l'organisme public concerné. Ainsi, il y aurait au moins deux tendances au niveau des pratiques d'ententes de services : la tendance administration et la tendance concertation (Bourque, 2007). Des ententes de services, malgré certaines limites<sup>25</sup>, peuvent se réaliser sous un mode de concertation et devenir un moyen pour réaliser des objectifs convenus entre les acteurs.

---

<sup>25</sup> Même sous un mode de concertation, les ententes de services peuvent poser certaines des difficultés suivantes : elles ne sont pas toujours librement consenties; elles font peu de place à la participation des populations concernées, elles sont plutôt désavantageuses pour le communautaire dans leur rapport coût-bénéfice; leurs impacts sur la poursuite de la mission globale et sur les pratiques communautaires sont inconnues (Bourque, 2007).

Les organismes communautaires dans le secteur de la santé et des services sociaux se distinguent par la diversité des populations auprès desquelles ils œuvrent de même que par la variété des secteurs d'intervention dans lesquels s'inscrivent leurs pratiques. Ces organismes se sont d'abord regroupés sur une base sectorielle afin de se positionner à titre d'interlocuteurs du MSSS. Leur organisation est ainsi largement calquée sur celle du MSSS et reproduit en quelque sorte l'organisation par programmes-services de ce dernier de même que les catégories du PSOC. Le courant de partenariat initié dans la décennie 1990 a également joué un rôle important au niveau de la représentation des organismes communautaires. L'organisation des organismes communautaires a également été influencée par la régionalisation qui les a poussés à s'organiser sur une base territoriale (Jetté, 2008 : 356). Se sont constituées seize tables régionales des organismes communautaires (TROC) regroupées, au provincial, au sein de la Coalition des TROC (CTROC). Plus tard, quelques regroupements d'organismes communautaires se forment au niveau local sous l'impulsion de la réforme Couillard (2003) en vis-à-vis des nouvelles organisations locales (CSSS). La régionalisation du PSOC en 1994 a non seulement octroyé des compétences de gouvernance importantes aux paliers régional et local (White *et al.*, 2008 : 41), mais elle a aussi constitué un « tournant dans les rapports » entre les organismes communautaires et le MSSS (Jetté, 2008 : 334). Les contacts institués, réguliers et nombreux<sup>26</sup>, qu'a engendré le courant de partenariat ont non seulement conduit les organismes communautaires à se politiser davantage (Laforest et Phillips, 2001 : 57), mais aussi à constituer des réseaux sectoriels et intersectoriels solides, dont plusieurs regroupements afin de défendre les intérêts du secteur de la santé et des services sociaux. Ainsi, l'institutionnalisation de la complémentarité des services par la réforme Côté aurait incité les organismes communautaires à établir leur identité, à affirmer leur différence et revendiquer leur reconnaissance dans la mise en place de cette relation partenariale. Au fil du temps, l'expertise développée par les regroupements communautaires provinciaux<sup>27</sup> en termes d'analyse des besoins, de conception des problématiques et de pratiques novatrices est reconnue par les différentes directions du MSSS et ces regroupements participent à la détermination des grandes priorités sectorielles (White *et al.*, 2008 : 48-49). C'est notamment le cas de la COCQ-sida en ce qui a trait à la lutte contre le sida. Enfin, en ce qui a trait à la lutte au sida, mentionnons que la phase 4 de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida « s'inscrit résolument à l'enseigne de la transformation du réseau ... laissant toute la place nécessaire aux décideurs régionaux quant au choix et à la mise en œuvre des actions inhérentes aux orientations qu'elle présente » et, en l'occurrence, favorisant grandement le partenariat régional (MSSS, 1997 : 7).

L'exercice démocratique insufflé par la régionalisation a pris fin en 1999 lorsque le MSSS a décidé de reprendre ses contacts avec les milieux communautaires sur la base de relations directes et privilégiées (Jetté, 2008 : 336). Cependant, la dynamique existant au niveau provincial entre le MSSS et les instances de représentation sectorielle des organismes communautaires est reproduite au palier régional. En effet, dans la majorité des régions, il existe une structure de liaison régionale assurant une interface régulière entre l'agence de la santé et des services

---

<sup>26</sup> Outre la participation aux conseils d'administration des régies régionales de la santé et des services sociaux, ce courant est marqué par la participation des organismes communautaires à des événements nationaux tels le sommet socioéconomique de 1996 et le sommet de la jeunesse de 2000.

<sup>27</sup> Au niveau national, les regroupements provinciaux sont regroupés au sein de la Table des regroupements provinciaux des organismes communautaires et bénévoles (TRPOCB). D'autres espaces de concertation existent comme le Comité sur la valorisation et la consolidation de l'action communautaire en santé et services sociaux.

sociaux et le milieu communautaire. À Montréal, le lieu par lequel l'Agence prend connaissance des revendications du milieu communautaire montréalais est le Comité de liaison Agence – CSSS – Communautaire, une instance permanente d'abord mise sur pied pour assurer le suivi du cadre de référence régional du partenariat public – communautaire (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2006). Des représentants des regroupements d'organismes communautaires, des CSSS (qui ont comme rôle de transmettre une opinion générique des CSSS) et de l'Agence, incluant la Direction de santé publique, composent ce comité. Du côté communautaire, ce sont sept regroupements régionaux qui y siègent<sup>28</sup>. Il n'existe aucune instance représentative des organismes sida-ITSS au niveau régional, faisant en sorte que les organismes communautaires ITSS (sida) n'y sont qu'indirectement représentés, par le biais du Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal<sup>29</sup>, et certains par le Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal, sans avoir de porte-parole représentant spécifiquement leurs intérêts.

Tout en pouvant être conflictuels, les rapports organismes communautaires – réseau public se sont graduellement inscrits dans le paradigme de la collaboration et du partenariat volontaires. D'après Panet-Raymond (1994 : 88), le courant de partenariat des années 1990 a fait passer les organismes communautaires d'un modèle de confrontation et d'action politique à un modèle de concertation où ils se positionnent désormais dans un rôle de collaborateurs critiques avec l'État. Plusieurs auteurs parlent d'une coopération conflictuelle définie comme « une stratégie qui prône des alliances avec l'État lorsque cela est possible et le conflit lorsque cela est nécessaire. Le conflit n'est pas nécessairement négatif ou stérile : il demeure essentiel pour affirmer des positions différentes et acquérir un pouvoir et une reconnaissance dans une relation de partenariat » (Dommergues, 1988, cité dans Panet-Raymond, 1994 : 91).

Cette pratique de concertation entre les instances gouvernementales et communautaires, « *ponctuée par des désaccords, des tensions et des stratégies de revendication et de pression de la part des organismes communautaires* », est toujours présente au moment de la mise en œuvre de la réforme de 2003 (White *et al.*, 2008 : 43). En tendant vers une déconcentration de la coordination des services vers le palier local, notamment par la création des réseaux locaux de services, la réforme Couillard est venue raviver les craintes des organismes communautaires d'être intégrés au réseau (White *et al.*, 2008 : 44). Ces craintes se fondent sur le peu d'expérience de collaboration que possèdent les nouveaux acteurs locaux, les CSSS dont la majorité inclut un centre hospitalier, avec le milieu communautaire de même que sur la logique contractuelle à la base du fonctionnement des réseaux locaux de services (RLS).

---

<sup>28</sup> Coalition pour le maintien dans la communauté (COMACO); Comité régional des associations pour la déficience intellectuelle (CRADI); Réseau alternatif et communautaire des organismes en santé mentale (RACOR); Réseau d'action des femmes en santé et services sociaux (RAFSSS); Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal (RAPSIM); Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal (RIOCM) et Regroupement des organismes de promotion du Montréal métropolitain (ROPMM).

<sup>29</sup> Plein milieu, un organisme communautaire membre de la Table des directeurs généraux des organismes communautaires montréalais en prévention des ITSS, en est le délégué. Pour plus d'information à ce sujet, voir <<http://www.riocm.ca/representation-politique/interlocuteur-aupres-agence-sante-services-sociaux/comite-regional-de-liaison-agence-csss-communautaire.html>>, consulté le 20 octobre 2010.

L'adoption de la Loi 25 en 2003 et de la Loi 83 en 2005, créant les agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et instituant les CSSS, induit des changements quant au rôle des CSSS dans leur milieu et quant à la nature de leurs rapports avec les organismes communautaires. Ce nouveau rôle en devient un de coordination des ressources communautaires, en plus des mandats de soutien envers elles et de concertation avec elles. Ce rôle de coordination s'accompagne du mandat de mise sur pied des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS) et d'une imputabilité nouvelle des CSSS, eu égard à l'efficacité de cette coordination et à l'efficacité des services eux-mêmes, qu'ils proviennent des établissements ou des autres partenaires et producteurs de services comme l'indiquent les articles suivants de la Loi sur les services de santé et les services sociaux :

99.3. La mise en place d'un réseau local de services de santé et de services sociaux vise à responsabiliser tous les intervenants de ce réseau afin qu'ils assurent de façon continue, à la population du territoire de ce réseau, l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux généraux, spécialisés et surspécialisés.

99.4. La coordination des services offerts par les intervenants d'un réseau local de services de santé et de services sociaux est assurée par une instance locale (CSSS).

99.7. Afin de s'assurer de la coordination des services requis pour la population du territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux, l'instance locale doit instaurer des mécanismes ou conclure des ententes avec les différents producteurs de services ou partenaires que sont, notamment, les établissements offrant des services spécialisés ou surspécialisés, les médecins du territoire, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale et les ressources privées.

Par conséquent, ce rôle engendre des relations plus hiérarchiques que celles ayant eu cours généralement jusque-là entre les établissements publics de première ligne et les organismes communautaires. En outre, les CSSS doivent mettre en place des projets cliniques impliquant des ententes de services ou de collaboration avec les organismes communautaires dans l'ensemble des programmes comme l'indique la même loi :

99.5. L'instance locale est responsable de définir un projet clinique et organisationnel identifiant, pour le territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux, les éléments suivants:

- 1<sup>o</sup> les besoins sociosanitaires et les particularités de la population en fonction d'une connaissance de l'état de santé et de bien-être de celle-ci;
- 2<sup>o</sup> les objectifs poursuivis concernant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population;
- 3<sup>o</sup> l'offre de services requise pour satisfaire aux besoins et aux particularités de la population;
- 4<sup>o</sup> les modes d'organisation et les contributions attendues des différents partenaires de ce réseau.

Aux fins de définir son projet clinique et organisationnel, une instance locale doit, pour le territoire de son réseau local, mobiliser les établissements offrant des services spécialisés et surspécialisés, les divers groupes de professionnels, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, les ressources privées et les intervenants des autres secteurs d'activité ayant un impact sur les services de santé et les services sociaux et s'assurer de leur participation.

Le MSSS encadre les projets cliniques en établissant des principes dont celui de la hiérarchisation des services et de la standardisation des pratiques et processus: « Les centres de santé et de services sociaux, pour assurer une qualité de services et une hiérarchisation appropriée de l'accès aux services, doivent mettre en place des mesures découlant de la standardisation des pratiques, des stratégies et des processus. » (MSSS, 2004c : 25). Ces principes peuvent constituer une menace pour les pratiques d'intervention sociale en les soumettant à des protocoles et pratiques en provenance du champ de la santé, mais aussi pour les pratiques associatives et communautaires dont l'accent mis sur le contact humain (approche globale, prévention, etc.) en fait justement la qualité. Les principes de hiérarchisation et de standardisation contrastent avec le discours de mobilisation de partenaires autonomes pour la définition d'un projet clinique aux couleurs locales. Vaillancourt et Jetté (2009) estiment que la réforme Couillard a pour effet de rendre non pas impossible, mais plus difficile l'instauration de relations de coconstruction entre le réseau public et les organismes communautaires. Avec la création des CSSS, le local devient le nouveau lieu principal d'actualisation du partenariat entre le réseau public et le communautaire, après le régional qui en était le lieu au cours des années 1990.

En même temps qu'il institue de tels changements pouvant mener à des rapports plus hiérarchiques entre ses instances locales et les organismes communautaires, l'État affirme dans le Cadre de référence (Secrétariat à l'action communautaire autonome, 2004), qui accompagne sa politique gouvernementale sur l'action communautaire (Gouvernement du Québec, 2001a) de même que dans la Loi 83, le principe de l'autonomie des organismes communautaires. Ainsi, bien qu'il permette aux CSSS d'avoir recours à une approche contractuelle par le biais des RLS, le MSSS stipule que les organismes communautaires ont, sur une base libre et volontaire, à définir avec leur CSSS dans le cadre des projets cliniques les modalités de leur collaboration pour assurer une offre de services intégrés à la population de leur territoire dans le respect de leur autonomie (MSSS, 2004c : 56).

La Loi 83 donne aussi l'obligation aux CSSS de susciter et d'animer des collaborations avec les autres intervenants, incluant le milieu communautaire, en vue d'agir sur les déterminants sociaux de la santé (Gouvernement du Québec, 2005) comme le précise l'article 100 :

100. Les établissements ont pour fonction d'assurer la prestation de services de santé ou de services sociaux de qualité, qui soient continus, accessibles, sécuritaires et respectueux des droits des personnes et de leurs besoins spirituels et qui visent à réduire ou à solutionner les problèmes de santé et de bien-être et à satisfaire les besoins des groupes de la population. À cette fin, ils doivent [...] collaborer avec les autres intervenants du milieu, incluant le milieu communautaire, en vue d'agir sur les déterminants de la santé et les déterminants sociaux et d'améliorer l'offre de service à

rendre à la population. De plus, dans le cas d'une instance locale [CSSS], celle-ci doit susciter et animer de telles collaborations.

Ainsi, dans le cadre de leurs plans d'action locaux, les CSSS cherchent à mobiliser leur milieu afin d'entreprendre des actions intersectorielles visant l'amélioration de la santé des populations et le développement des communautés qui constituent l'une des stratégies du Programme national de santé publique. Or, d'après Bourque (2004 : 10), plusieurs territoires des nouveaux RLS<sup>30</sup> sont des « *territoires administratifs* » qui « *ne sont pas significatifs d'un point de vue social et communautaire* » comme le sont les « *territoires vécus* », ce qui compromet la mobilisation des communautés. Les lois et politiques de l'État placent donc les CSSS dans la position ambivalente où ils doivent à la fois établir des rapports contractuels avec les organismes communautaires (qui peuvent se traduire par des ententes de services), et par ailleurs, solliciter leur mobilisation dans le développement des communautés et dans l'action sur les déterminants sociaux de la santé qui constituent des stratégies de base en santé publique (Bourque et Favreau, 2003). Pour rendre compte de tels rapports entre les organismes communautaires et l'État, Bourque (2004) parle de double registre : 1- celui du partenariat qui fait appel à la concertation volontaire d'acteurs autonomes dans une responsabilité populationnelle et territoriale partagée; 2- celui de la coordination des ressources communautaires, de la hiérarchisation et de la standardisation, qui fait appel aux rapports contractuels et aux ententes de services.

Les récentes années sont marquées par un double mouvement soit celui de la centralisation et celui de la localisation. Centralisation des décisions stratégiques et financières au palier central du gouvernement et localisation des arrangements entre les acteurs locaux autour de concertations institutionnalisées dans un nombre croissant de politiques publiques et même d'initiatives privées (réseaux locaux de services et projets cliniques, Approche territoriale intégrée de lutte à la pauvreté, Québec en Forme, Réunir Réussir, Pacte Rural, etc.). Ces concertations oscillent entre un pôle de démocratisation des services, programmes et politiques d'intérêt public qui se caractérise par la coconstruction, et un pôle d'instrumentalisation de la société civile à une gestion néo-institutionnelle centrée sur un paradigme d'offre technocratique de services souvent sous forme de sous-traitance.

Dans le champ de la prévention des ITSS, contrairement à ce que la réforme Couillard laissait anticiper, les CSSS ne semblent toujours pas être devenus « *les pivots organisationnels des services* » (White *et al.*, 2008 : 44). Au contraire, l'acteur régional, la DSP en l'occurrence, demeure l'acteur central du système d'action ITSS. Bien que la réforme Couillard ait ouvert la possibilité du transfert de la gestion du financement des organismes communautaires ITSS vers les CSSS, cette gestion est toujours la responsabilité de la DSP. Ainsi, bien qu'il existe des ententes de services entre organismes communautaires et CSSS dans d'autres domaines d'intervention, cela n'est pas le cas en prévention des ITSS. Le programme de financement en prévention des ITSS est demeuré régional et c'est à ce palier que s'actualise, sous forme d'ententes de services, la plus grande partie des rapports de partenariat public – communautaire,

---

<sup>30</sup> Bourque (2004 : 9-10) note « *Comme il y a maintenant 95 réseaux locaux au Québec comparativement à près de 160 CLSC ou centres de santé auparavant, on peut constater que plusieurs territoires des nouvelles structures sont plus sous-régionaux que locaux* ». À Montréal, ce sont 12 CSSS qui ont été formés alors qu'il existait anciennement 29 CLSC.



via la *Table des directeurs généraux des organismes communautaires montréalais en prévention des ITSS*.

La prévention des ITSS est un champ d'intervention complexe, à l'intersection du médical et du social, qui agit sur de nombreuses problématiques enchevêtrées (toxicomanie, prostitution, itinérance, exclusion sociale, etc.) affectant diverses populations dont la vulnérabilité est accentuée du fait qu'elles vivent en marge du réseau formel (MSSS, 2004a). Les interventions qui s'y pratiquent se situent tout le long du continuum promotion – prévention – protection (bien que plus faiblement au pôle de la promotion) et en interaction avec les traitements. Plusieurs catégories d'intervenants y travaillent, provenant de professions et d'organisations fortement différenciées sur le plan des savoirs, des valeurs et du pouvoir, conduisant à des interventions morcelées et incohérentes qui en diminuent l'efficacité (Laberge *et al.*, 2002; Imbleau et Rossi, 2007). Du côté des organismes communautaires qui œuvrent dans le champ, ils se différencient tant par leur histoire que par leurs rapports avec les institutions, en lien avec le statut précaire des populations qu'ils défendent. Et tandis que la prévention des ITSS se situe au cœur de leur mission pour certains, elle constitue une préoccupation connexe pour d'autres. Ces quelques constats, en plus de celui fondamental de la progression des ITSS, militent en faveur d'un examen des modes de prise en charge collaborative des ITSS qui ne semblent pas être à la mesure de la complexité des aspects sociaux et de santé qui caractérisent ces épidémies.

## **2 QUESTIONS DE RECHERCHE**

Ayant cerné cette situation problématique, le comité directeur MSSS – INSPQ sur l'évaluation de la *Stratégie québécoise de lutte au VIH, VHC et ITS*, dans l'appel de propositions (MSSS – INSPQ, 2007) auquel nous répondons par le présent projet, cherche à y induire des changements. La production de connaissances systématiques sur l'état du système d'action montréalais en prévention des ITSS et sur la collaboration public – communautaire, avec la participation des acteurs du champ, et le partage de ces connaissances avec eux, constitue une stratégie de changement mise de l'avant dans ce projet<sup>31</sup>. L'optique est d'enrichir la compréhension qu'ont les acteurs régionaux et locaux de leur système d'action et de soutenir, par le partage des connaissances, la réflexion sur l'optimisation de leurs pratiques collaboratives dans le nouveau contexte.

La question principale de recherche est de documenter quel est l'impact des transformations relevant de la dernière réforme de 2003 sur les pratiques collaboratives public – communautaire ayant cours en prévention des ITSS à Montréal. La recherche explorera plus largement que le seul impact de la réforme de 2003. Elle vise à caractériser les pratiques partenariales actuelles, à en comprendre les contraintes et les possibilités dans le contexte de la réforme, à fournir aux acteurs une compréhension systématique de leur système d'action et alimenter leur réflexion collective sur les constats, nouveaux défis et nouvelles stratégies de collaboration en prévention des ITSS.

---

<sup>31</sup> Le second volet de la recherche déploie une autre stratégie qui consiste à outiller les acteurs et soutenir une transformation de leurs collaborations.

### 3 CADRE THÉORIQUE

#### *Le programme comme système d'action organisée*

L'objectif de ce rapport est d'interpréter les représentations des acteurs sur leur système d'action à partir d'une approche théorique sur l'action en partenariat (Potvin *et al.*, 2005; Potvin et Bisset, 2008; Bilodeau, 2008). Dans la recherche réalisée, le champ montréalais de la prévention des ITSS et ses acteurs est considéré comme un système d'action complexe. Un système d'action se définit comme une structure qui opère des processus pour atteindre des finalités. Tout système d'action comporte des acteurs (structure) qui interagissent et produisent des actions (processus) en vue d'atteindre une solution à une situation jugée problématique (finalité). La complexité d'un tel système d'action tient au fait qu'il opère en milieu ouvert et donc en interaction constante avec son environnement qu'il transforme et qui le transforme dans le temps.

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

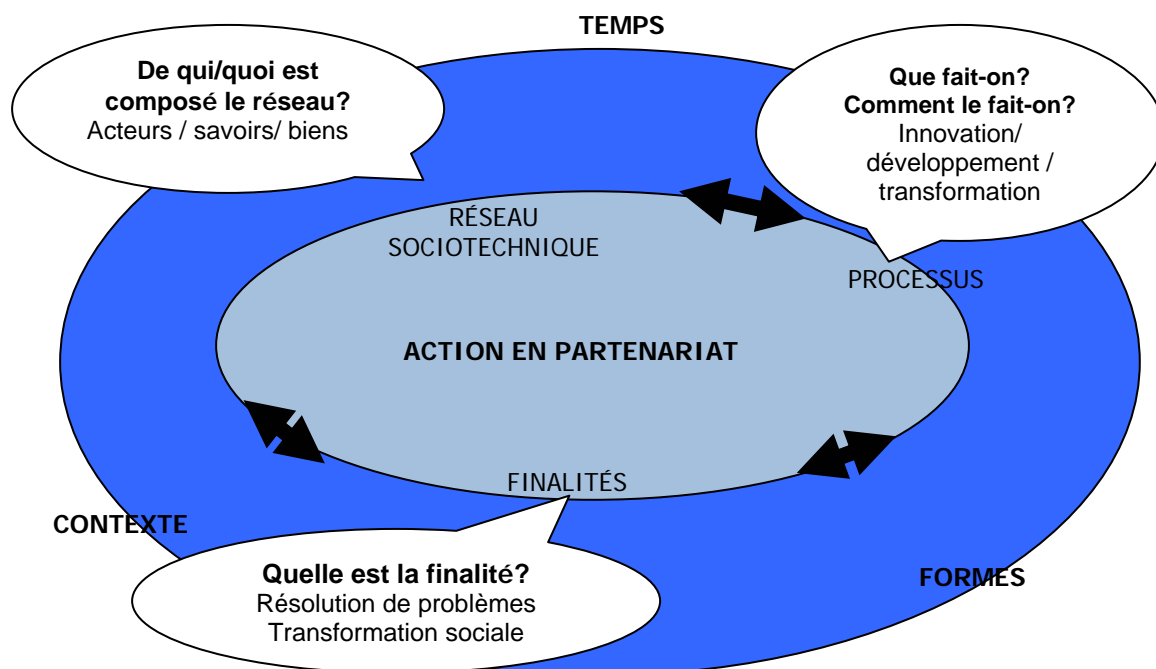
Les actions menées par le réseau composent des **processus**. Ce sont des ensembles d'actions et d'événements opérés délibérément par des acteurs et reliés entre eux en vertu de la finalité visée. L'intervention est considérée comme un processus social plutôt que comme une solution technoscientifique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

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

Ce système d'action (RST-processus-finalité) qu'est le partenariat constitue une **forme sociale** différente de ce qu'est une organisation ou une institution. Enfin, l'action en partenariat évolue dans l'**espace** et dans le **temps**. Elle opère dans un contexte donné où elle prend une forme spécifique qui se différencie de sa forme dans un autre contexte. Les systèmes d'action en

partenariat sont des systèmes ouverts, i.e. en interaction avec leurs environnements. S'y opèrent des échanges constants d'idées, de technologies ou de ressources. Ainsi, l'action en partenariat n'est pas un projet que l'on peut entièrement déterminer mais plutôt un projet que l'on peut influencer. L'action en partenariat se caractérise aussi par sa transformation dans le temps. Une action en partenariat a une histoire, elle se transforme dans le temps selon les événements qui adviennent dans son environnement interne (ex. : mobilité des partenaires, réforme gouvernementale) et dans son environnement externe (ex. : nouveaux problèmes/besoins; changements politiques, sociaux, économiques).

**Figure 1**  
**L'intervention de santé publique comme système d'action complexe**



Source : Bilodeau (2008).

**Au plan de la structure** du système d'action, la matrice suivante (**Tableau 1**) a été utilisée pour caractériser les entités en présence afin de comprendre leurs rapports sociaux et leurs principaux problèmes de collaboration (Bilodeau *et al.*, 2003).

**Tableau 1**  
**Entités du réseau sociotechnique du partenariat et leurs caractéristiques**

Acteurs/Actants	Position sociale Identité	Intérêts	Stratégies	Enjeux

Les entités du réseau sociotechnique peuvent être humaines (acteurs individuels ou organisationnels socialement situés, porteurs de valeurs, de savoirs et d'intérêts) et non humaines – qualifiées d'actants (entités matérielles, cognitives, discursives, tels que des programmes cadres, des cadres théoriques, du financement, des instruments tels que des technologies). Toutes ces entités, humaines et non humaines, possèdent une capacité d'action (*agency*).

Les entités humaines du réseau sociotechnique sont des acteurs stratégiques en ce qu'ils ont une identité et occupent une position sociale qui comportent des contraintes et des atouts. Ils défendent des intérêts différents, voire divergents, et ils développent des stratégies pour satisfaire leurs intérêts, dans leurs rapports aux autres acteurs, en vertu des enjeux liés au changement qui se manifestent dans leur environnement. L'**acteur**, que ce soit un individu ou un groupe, dispose d'autonomie et peut bâtir des stratégies pour atteindre des buts. La **stratégie** est la logique d'action que déploie un acteur pour atteindre ses buts en mobilisant ses atouts, tout en tenant compte des stratégies des autres acteurs. La logique d'action est une logique d'**intérêt** : l'acteur cherche à maximiser ses gains et à minimiser ses pertes. Les atouts d'un acteur, ce sont ses connaissances, ses moyens, ses ressources, qu'il mobilise dans une stratégie pour satisfaire ses intérêts. L'**enjeu**, c'est ce qu'un acteur peut gagner ou perdre à l'occasion d'un événement. Par exemple, dans un événement comme la création des CSSS, risque-t-on d'accroître sa capacité d'action ou de la réduire ? La **position sociale** d'un acteur, c'est la place qu'il occupe dans la société. Son **identité** est sa mission, sa vision des situations, des problèmes et des solutions. Par exemple, un organisme communautaire de défense des droits fonde son action sur la justice et la solidarité sociale.

Les atouts dont les acteurs disposent, et qu'ils mobilisent, et les stratégies qu'ils élaborent façonnent leurs rapports de pouvoir. Le pouvoir s'exerce dans le rapport aux autres. Exercer du pouvoir signifie pour certains acteurs qu'ils sont en mesure d'en amener d'autres à une action. Dans ce rapport de force, un acteur peut retirer davantage selon les atouts dont il dispose (et qu'il mobilise), mais aucun acteur n'est totalement dépourvu d'atouts face à l'autre, bien que la relation de pouvoir soit rarement équilibré. La relation de pouvoir comporte l'interdépendance des acteurs, qui permet de concevoir le fonctionnement collectif et la coopération. On entre dans une relation de pouvoir pour obtenir de la coopération. Il existe des jeux bénéfiques à certains, et des jeux gagnants-gagnants, favorables à tous. Dans l'action en partenariat, l'intérêt public supérieur doit guider la manière dont les acteurs construisent leurs rapports de pouvoir et évaluent le rapport coût/bénéfice de leur investissement.

Au plan des processus, les stratégies de changement entreprises ou envisagées par les acteurs pour faire face aux problèmes de collaboration qu'ils rencontrent et pour améliorer leurs collaborations visent à transformer leur système d'action. Tout changement comporte un certain

nombre d'enjeux pour les acteurs, c'est-à-dire des gains et des pertes potentiels. Puisqu'ils n'ont pas tous les mêmes intérêts et n'anticipent pas forcément les mêmes gains et pertes face au changement, certains acteurs sont favorables au changement tandis que d'autres préfèrent le *statu quo*. Par conséquent, tous les acteurs ne se positionnent pas de la même manière face au changement, y compris les acteurs d'une même classe.

Les stratégies de changement mentionnées par les répondants sont analysées selon trois grandes catégories. Une première catégorie regroupe les stratégies d'interaction et d'apprentissage. Celles-ci consistent à ce que les acteurs se côtoient, apprennent à se connaître et à se faire confiance, partagent de l'information, des pratiques et des outils, par exemple lors d'événements conjoints, pour arriver à améliorer leurs collaborations. Elles cherchent à ce que les acteurs transforment leurs pratiques par l'élaboration et l'appropriation collective d'un répertoire commun, construit autour de compréhensions partagées de l'action à réaliser et des rôles de chacun. Les interactions sont ainsi l'occasion pour les acteurs de réfléchir sur leurs pratiques, de partager leurs savoirs et leurs outils et de développer un vocabulaire commun. Ce type de stratégies engendre un changement émergent et continu, qui se situe au niveau micro et qui modifie les pratiques selon une logique ascendante<sup>32</sup>.

Une deuxième catégorie regroupe les stratégies de restructuration et de réorganisation. Ce sont des stratégies structurelles qui visent à remodeler les rapports entre les acteurs et à orienter les pratiques en modifiant les structures organisationnelles, physiques ou symboliques. Il s'agit d'agir sur les conditions de l'action en réunissant les conditions structurelles nécessaires au processus de transfert ou d'apprentissage (Fleury *et al.*, 2000). Ces stratégies engendrent un changement dirigé et discontinu, un changement qui se situe au niveau méso et macro et qui transforme les pratiques selon une logique descendante.

Les stratégies rassemblées au sein de la troisième catégorie sont d'ordre politique. Par ces stratégies, les acteurs usent de leurs atouts dans le but d'influencer le changement; ils tentent parfois de le forcer, d'autres fois, de le bloquer. C'est avec l'objectif de faire avancer leurs intérêts ou de défendre leurs privilèges que les acteurs utilisent des stratégies politiques qui peuvent par exemple prendre la forme du *lobbying* ou de représentations politiques. Ainsi, les acteurs tentent de créer des rapports de force par la création d'alliances ou de coalitions pour négocier et influencer le changement. Les stratégies politiques visent généralement à changer le contexte des collaborations.

En général, le changement se produit dans une dynamique réciproque d'apprentissage et de structuration (Denis *et al.*, 2009). Une certaine synergie entre les stratégies ascendantes et descendantes est nécessaire pour instituer un changement. Ainsi, un changement structurel ou organisationnel doit se refléter dans les pratiques des acteurs et, à l'inverse, les pratiques émergentes doivent être instituées au sein des structures organisationnelles. Évidemment, d'autres éléments du contexte modifient les structures et les pratiques, comme les nouvelles

---

<sup>32</sup> Cela rejoint les propos de Jetté (2008 : 352) : « *Tout autant que les conditions objectives d'établissement des rapports interorganisationnels, la qualité des relations interpersonnelles entre les personnes concernées constitue un élément fondamental de réussite dans les tractations menant aux compromis institutionnalisés. (...) La capacité des acteurs d'établir un lien de confiance a donc joué un rôle crucial dans l'établissement d'un nouveau type de relations entre l'État et les milieux communautaires.* ».

technologies, le marché de l'emploi, l'évolution du contexte légal et juridique ou encore l'évolution des problèmes sociosanitaires eux-mêmes.

#### **4 MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE**

Le projet cherche à modéliser le système d'action montréalais en prévention des ITSS dans le contexte de la réforme Couillard, à partir des représentations que s'en font ses acteurs, interprétées en recourant à la théorie de l'action en partenariat que nous venons d'exposer. Dans une optique de coconstruction des connaissances, les acteurs mobilisés dans la prévention des ITSS à Montréal ont été impliqués aux étapes stratégiques de la recherche.

##### **Sources des données documentaires et d'entrevues**

Pour arriver à caractériser les pratiques partenariales actuelles en prévention des ITSS et à en comprendre les contraintes et possibilités dans le contexte de la réforme Couillard, nous avons d'abord fait appel à des données documentaires relatives au contexte social, politique et institutionnel, tels que la Loi 25; la politique gouvernementale sur l'action communautaire (Gouvernement du Québec, 2001a); les programmes national et régional de santé publique (MSSS, 2003 [2008] et DSP, 2003); le cadre de référence régional sur le partenariat (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2006), le *Cadre de référence ITSS – Volet communautaire* (DSP, 2010a); et des comptes rendus de réunions deux instances régionales de concertation en ITSS (la *Table des directeurs généraux des organismes communautaires montréalais en prévention des ITSS* et le *Groupe de travail des répondants ITSS des CSSS*). Cet ensemble de données a permis de mieux comprendre le système d'action ITSS et de le situer dans son contexte socio-historico-politique afin d'être en mesure de prendre acte des changements engendrés par la réforme Couillard.

Dans l'optique de coconstruire une connaissance des dynamiques collaboratives entre les milieux communautaire et public en prévention des ITSS, nous avons réalisé des entrevues auprès des trois classes d'acteurs qui s'investissent dans le système d'action, à savoir les organismes communautaires, les CSSS et la DSP. Des entrevues individuelles ont été réalisées auprès de quatre répondants de la DSP, huit membres de la *Table des directeurs généraux des organismes communautaires montréalais en prévention des ITSS* et six membres du *Groupe de travail des répondants ITSS des CSSS*. Les entrevues ont été réalisées à l'automne 2008 et à l'hiver 2009 et couvraient la période de 2004 à 2008.

##### **Sélection des répondants**

Les informateurs régionaux ont été choisis sur la base de la représentativité de l'acteur institutionnel et des deux instances régionales de concertation. Les informateurs des CSSS et des organismes communautaires ont été choisis sur la base des populations vulnérables desservies, de la représentativité géographique et de leur capacité à témoigner des transformations du réseau à Montréal. L'échantillon a d'abord été constitué en incluant les acteurs institutionnels et communautaires engagés dans les trois initiatives retenues pour l'expérimentation du second volet de la recherche<sup>33</sup>. Par souci d'approfondir les représentations des acteurs quant à la

---

<sup>33</sup> Ce rapport présente les résultats du premier volet d'une recherche qui en comporte deux. Le second volet soutient la trajectoire de changement de trois initiatives locales et fera l'objet d'une autre publication. Se référer à la note de bas de page no 6 pour plus de détails.

problématisation des ITSS dans les trois populations vulnérables ciblées par la recherche (HARSAH, UDI et jeunes en difficulté), deux organismes supplémentaires œuvrant auprès des UDI et des jeunes en difficulté ont été sélectionnés ainsi qu'un organisme communautaire œuvrant auprès des HARSAH (un des deux organismes HARSAH financés par la DSP). Leur sélection a été effectuée en prenant soin de retenir des organismes pour lesquels la prévention des ITSS est au cœur de leur mission, comme des organismes à mission généraliste pour lesquels la prévention des ITSS est une mission complémentaire.

La sélection des répondants a par ailleurs été réalisée de manière à rencontrer les vis-à-vis institutionnels des organismes choisis, et vice-versa, de sorte à obtenir les points de vue des deux parties concernées par la collaboration. Dans cette optique, un acteur institutionnel (CSSS) a été retenu pour chacun des organismes communautaires sélectionnés<sup>34</sup>. Le choix des CSSS a également été effectué de façon à retenir à la fois des CSSS qui ont des budgets ciblés ITSS (SIDEPE) et d'autres qui n'en ont pas. Un autre critère pris en compte pour les acteurs institutionnels concernait la position du répondant ITSS dans son organisation de même que son ancienneté à ce poste. La durée d'occupation du poste de répondant ITSS est importante dans la mesure où la recherche tente de déterminer si la réforme de 2003 a eu un impact sur les pratiques partenariales. Il importe donc que le répondant ait été présent avant et après la réforme pour constater si elle a induit des changements.

Les entrevues, d'environ 90 minutes chacune, ont été dirigées selon une grille d'entretien élaborée en fonction du cadre conceptuel présenté antérieurement. La grille d'entretien, commune à l'ensemble des répondants, visait à expliciter les compréhensions des différents acteurs sur trois aspects particuliers : 1) le contexte législatif, politique et programmatique; 2) les collaborations public/communautaire existantes; et 3) les contraintes et opportunités du contexte qui façonnent les pratiques collaboratives des acteurs en présence. La grille d'entretien était adaptée aux différents répondants selon leur provenance (réseau public ou communautaire, local ou régional), leurs fonctions et responsabilités. Les grilles d'entrevues sont jointes en annexe, suivies du formulaire de consentement.

### **Analyse des données**

Les entrevues ont été transcrites en *verbatim* et analysées à l'aide d'une codification réalisée sur la base d'une arborescence et supportée par le logiciel NVivo. Une analyse descriptive des collaborations, telles que se les représente chacune des trois classes d'acteurs, a été effectuée par l'équipe de recherche. Ces (3) portraits descriptifs ont ensuite été discutés et validés dans des séances réunissant l'ensemble des acteurs d'une même classe. Ces séances ont été enregistrées et elles ont eu lieu lors de rencontres régulières des deux instances régionales de concertation (*Table des directeurs généraux des organismes communautaires montréalais en prévention des ITSS* et *Groupe de travail des répondants ITSS des CSSS*) et lors d'une rencontre planifiée à cette fin avec l'équipe ITSS de la DSP. Les séances de validation ont permis d'exposer l'analyse des chercheurs à l'ensemble des acteurs d'une même classe, qui ont apporté des corrections dans

---

<sup>34</sup> Mentionnons que certains organismes communautaires traitent avec plusieurs CSSS. Cette situation est apparue intéressante dans la mesure où elle permet d'examiner si les choses se passent différemment d'un CSSS à l'autre pour un même organisme à savoir, par exemple, si les pratiques collaboratives diffèrent, si les CSSS font une lecture semblable ou non de la problématique, s'ils disposent d'une organisation similaire ou s'ils mettent en place des solutions différentes, etc.

certains cas et qui l'ont approuvée. Ces séances ont ainsi donné la chance aux acteurs n'ayant pas été retenus pour les entrevues de faire valoir leur point de vue non seulement à l'équipe de recherche, mais aussi aux autres acteurs de leur classe. Les discussions de groupe suscitées par ces rencontres ont également généré de nouvelles informations qui ont été introduites aux analyses.

Une analyse transversale de ces portraits sectoriels a ensuite été produite en vertu du cadre théorique de la recherche et a été partagée et discutée lors du *Forum régional sur le partenariat en prévention des ITSS*, tenu le 18 janvier 2010 à la Direction de santé publique de Montréal. Ce forum a réuni la grande majorité des acteurs œuvrant en prévention des ITSS à Montréal, à savoir des gestionnaires et des professionnels de la Direction de santé publique de Montréal (DSP) et des membres des deux instances régionales de concertation. Quelques membres de l'équipe des Communications de la Direction de santé publique de même que des professionnels de l'Institut national de santé publique du Québec et du ministère de la Santé et des Services sociaux ont également pris part à l'activité. L'événement a été l'occasion de soumettre l'analyse transversale à l'appréciation de l'ensemble des acteurs. Les commentaires et échanges sont venus préciser certains aspects de la description de la situation présentée par les chercheurs, par exemple, préciser la faisabilité de certaines solutions que mettaient de l'avant une classe ou l'autre d'acteurs du système d'action.

### **Partage et utilisation des connaissances**

La présentation des résultats visait à enrichir la compréhension qu'ont les acteurs en prévention des ITSS à Montréal de leur système d'action et à soutenir l'amélioration de leurs pratiques partenariales. Dans une optique de partage et utilisation de connaissances (PUC), en référant à des concepts et théories plus générales, l'analyse faite par les chercheurs peut contribuer à enrichir la compréhension qu'ont les acteurs de leur système d'action (modèle de l'« *enlightenment* »<sup>35</sup>) (Denis *et al.*, 2004). Un tel exercice offre un cadre structuré pour des échanges comportant de nombreux enjeux autour desquels les acteurs en présence peuvent être divisés (Lamothe *et al.*, 2007). Le *Forum régional* a permis de mettre en lumière la modélisation du système d'action montréalais en prévention des ITSS de même que des constats émis par les acteurs quant aux problèmes existant au sein de leur système d'action. Il a exposé les changements que les acteurs considèrent nécessaires de même que les stratégies de changement mises en œuvre ou souhaitées pour arriver à modifier la problématique des ITSS. Le *Forum régional* a été une occasion pour les acteurs directement impliqués dans la prévention des ITSS d'échanger entre eux et avec l'équipe de recherche sur les résultats de recherche et sur les suites à donner pour améliorer leur système d'action, notamment par la détermination de nouveaux rôles constructifs à être joués par les trois classes d'acteurs et par les deux instances régionales de concertation.

---

<sup>35</sup> Ce modèle réfère à Weiss (1979) et soutient qu'étant donné la complexité des situations et leur degré élevé d'incertitude, les connaissances issues de la recherche ne peuvent réalistement qu'avoir une influence sur la représentation des problèmes et des solutions que se font les praticiens et ils doivent se les approprier et les réinterpréter pour qu'elles leur soient utiles. En conséquence, des échanges soutenus entre chercheurs et praticiens sont nécessaires afin d'accroître la pertinence et l'applicabilité des résultats de recherche (Gibbons, 1994 ; Denis *et al.*, 2004, 2005; Trottier et Champagne, 2006).



## CHAPITRE 3

### LES RÉSULTATS

Ce chapitre présente, en première partie, la modélisation du système d'action montréalais en prévention des ITSS, en discutant trois aspects. Premièrement, il décrit les représentations du problème des ITSS et des solutions portées par les acteurs mobilisés dans le système d'action, il présente quels en sont les principaux acteurs, les rapports entre eux et leurs rôles, en montrant la complexité. Deuxièmement, y sont présentées les convergences entre les représentations des trois classes d'acteurs quant à l'état de la situation des ITSS sur l'île de Montréal et quant aux interventions à développer ou consolider pour arriver à endiguer ces épidémies. Puis l'actualisation des rôles dévolus à chaque classe d'acteurs est discutée en montrant les décalages entre les rôles souhaités et leur accomplissement. En deuxième partie, ce chapitre présente les cinq principaux problèmes de collaboration qu'éprouve le système d'action et qui s'expriment dans les diverses tensions expérimentées par ses acteurs. La troisième partie est consacrée à l'exposition des principales stratégies mises en œuvre ou souhaitées par les trois classes d'acteurs pour tenter de surmonter leurs problèmes de collaboration. Enfin, une quatrième partie traite de l'impact de la réforme Couillard dans le champ montréalais de la prévention des ITSS.

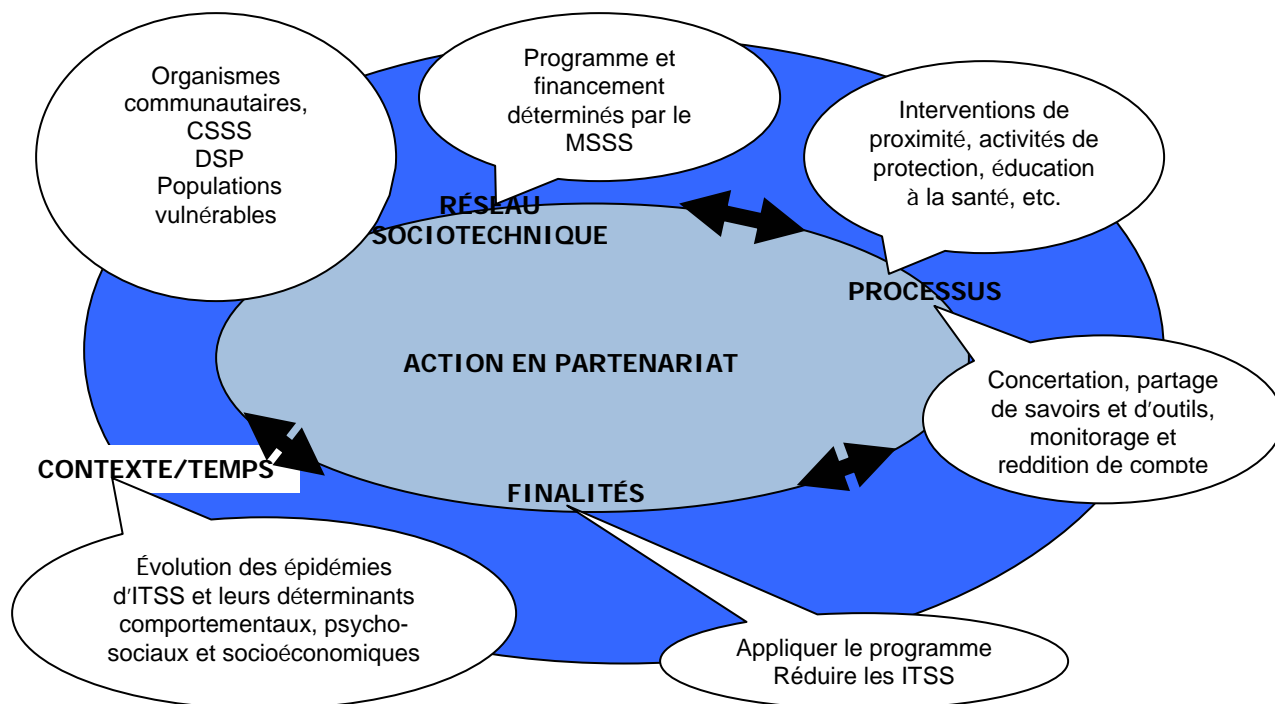
#### 1 MODÉLISATION DU SYSTÈME D'ACTION MONTRÉLAIS EN PRÉVENTION DES ITSS

Le champ montréalais de la prévention des ITSS et ses acteurs est considéré comme un système d'action complexe. Tout système d'action comporte des acteurs qui interagissent et produisent des actions en vue d'atteindre une solution à une situation jugée problématique. Le réseau sociotechnique (RST) du système d'action relie principalement trois classes d'acteurs, détenteurs de savoirs et de biens, de même que des entités non humaines (ex. : programmes, financement, technologies) qui exercent un rôle structurant dans le système. Ces trois classes d'acteurs sont des organismes communautaires, les douze CSSS et la Direction de santé publique de Montréal. La présente analyse se concentre sur les collaborations entre ces trois classes d'acteurs qui constituent l'unité centrale productive du système d'action montréalais en prévention des ITSS. Les entités non humaines structurantes sont les politiques et programmes publics en ITSS, principalement, au palier central, la stratégie de lutte contre les ITSS (MSSS, 2004b) et son financement, et au palier régional, le *Programme régional de prévention du VIH, des hépatites et des autres ITS – volet communautaire* (DSP, 2010a) et le PAR-ITSS<sup>36</sup>, qui engagent ces trois classes d'acteurs dans une finalité commune consistant à réduire les ITSS. Ce système d'action opère dans un contexte façonné notamment par les multiples circonvolutions des ITSS et leurs déterminants comportementaux, psychosociaux et socio-économiques.

---

<sup>36</sup> Plan d'action montréalais de santé publique produit par la Direction de santé publique de Montréal en 2003 [objectif 13, p. 55-60].

**Figure 2**  
**Modélisation du système d'action en prévention des ITSS à Montréal**



Ce système d'action est caractérisé par deux attributs principaux qui découlent de la position sociale et de l'identité des acteurs mobilisés. Premièrement, une double sectorisation, par territoires de CSSS et par populations vulnérables. Les CSSS se distinguent les uns des autres selon leur localisation (centre-ville ou périphérie) et l'importance relative des problématiques sociales et de santé liées aux ITSS sur ce territoire (incidence et prévalence des ITSS<sup>37</sup>, de la toxicomanie, de l'itinérance) et selon les ressources ITSS dont ils disposent (ex. : SIDEPE, présence de cliniques spécialisées dans le traitement des ITSS et de cliniques jeunesse). Chaque CSSS a développé ses rapports avec les organismes de son territoire et ses expertises d'intervention au point où certains en sont venus à créer de véritables sous-systèmes d'action locaux en ITSS qui ont une influence variable sur le système lui-même. De même, des sous-systèmes se créent en fonction des populations auxquelles s'adressent les organismes communautaires ou les services spécifiques des CSSS (HARSAH, UDI, Jeunes en difficultés...). Ainsi, bien que les acteurs soient réunis au sein du système d'action ITSS autour d'une volonté commune de réduire les ITSS, les acteurs engagés envers des populations spécifiques constituent des sous-systèmes articulés autour de finalités particulières. Par exemple, bien qu'ils fassent partie du système d'action montréalais en prévention des ITSS, les acteurs UDI forment aussi un sous-système autour des préoccupations particulières des UDI et se donne des lieux de partage de ces préoccupations communes (comité matériel de protection, regroupement des intervenants travaillant en sites fixes, etc.).

<sup>37</sup> L'incidence est le nombre de nouveaux cas observés pour une pathologie tandis que la prévalence est le nombre total de cas répertoriés.

Deuxième attribut, le système d'action montréalais en prévention des ITSS est largement défini de l'extérieur, par les programmes publics et leur financement. Ce système d'action est construit autour de la problématique des ITSS en progression constante et qui affecte majoritairement les populations les plus vulnérables. La finalité commune autour de laquelle se rallient ces acteurs (organismes communautaires – CSSS–DSP), disparates en termes d'identités, de positions sociales et d'intérêts, est la réduction des ITSS ou du moins le ralentissement de leur progression. Cette finalité est définie au palier central par les programmes de santé publique et leur financement, soit la *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le virus de l'hépatite C et les infections transmissibles sexuellement* (MSSS, 2004b) et le *Programme national de santé publique* (MSSS, 2003 [2008]). Ce que reprennent et actualisent aux particularités régionales le *Programme régional de prévention du VIH, des hépatites et des autres ITS – volet communautaire* (DSP, 2010a) et le PAR-ITSS (DSP, 2003) qui engagent les trois classes d'acteurs du système d'action. De cet attribut découle un degré variable de centralité de la finalité de réduction des ITSS pour les différents acteurs qui compose le système et l'hétérogénéité des acteurs d'une même classe, qu'il s'agisse des organismes communautaires, des CSSS ou de la DSP. Les membres d'une même classe d'acteurs ne partagent pas nécessairement les mêmes intérêts, les mêmes préoccupations et ne sont pas confrontés aux mêmes enjeux. Notamment, la mission ITSS des organismes communautaires n'a pas le même degré de centralité pour tous et tous n'ont pas le même intérêt à faire partie du système d'action ITSS. Ainsi, le système d'action est d'abord animé par une dynamique de programme. Il est un assemblage d'intérêts divers autour d'une finalité donnée a priori et dont la régulation est assurée par l'acteur régional (DSP).

La position sociale et l'identité des acteurs mobilisés, qui se répercutent dans les attributs de sectorisation et d'hétérogénéité du système d'action, influent aussi sur les représentations du problème des ITSS et ses solutions, surtout dans l'emphase que les acteurs accordent à différents aspects du problème et à l'une ou l'autre des stratégies d'intervention.

### ***Autour de quelles représentations du problème des ITSS et ses solutions se mobilise le système d'action?***

Selon la théorie de l'action en partenariat (Potvin *et al.*, 2005; Potvin et Bisset, 2008; Bilodeau, 2008), le réseau d'acteurs se constitue autour d'une situation problématique qu'il souhaite transformer. Cette définition du problème et des solutions est façonnée par la position sociale et l'identité des acteurs, elle est imbriquée dans leurs rapports sociaux et peut être influencée par les acteurs détenant davantage de leviers de pouvoir dans le système d'action. En l'occurrence, cette définition est principalement façonnée par les acteurs et actants (notamment les programmes gouvernementaux) de santé publique qui agissent en définisseurs de situation. L'angle de prise de cette problématisation est ici la réduction des ITSS ou le ralentissement de leur progression. Les acteurs régionaux avancent une multitude de facteurs pour expliquer les difficultés qu'ils rencontrent dans leur volonté de freiner les épidémies d'ITSS. Plusieurs de ces facteurs sont de l'ordre de l'organisation des services ITSS et de leur adaptation aux populations vulnérables.

Les acteurs parlent d'une « *bataille constante* » pour faire valoir l'importance de ce dossier dans le réseau de la santé et des services sociaux<sup>38</sup>. D'autres facteurs explicatifs sont davantage liés à des problématiques sociales auxquelles les ITSS sont tributaires, telles que les conditions de pauvreté et les difficultés de l'intervention auprès des populations vulnérables. Malgré cette convergence de vue sur la problématisation, les acteurs en viennent au constat que malgré les efforts investis, ce qu'ils font déjà est insuffisant.

Au chapitre des solutions, les acteurs mobilisés s'entendent sur l'importance de renforcer leurs collaborations, en plus d'intéresser d'autres secteurs de la société vu la complexité du problème et des solutions. Les interventions à développer ou à consolider pour freiner ces épidémies vont des mesures de protection individuelles (l'accès au matériel de protection, le dépistage, la vaccination), à l'amélioration de l'accès aux services de première et deuxième lignes pour les populations vulnérables, en passant par une diversité d'innovations en prévention utilisant les nouveaux médias ou déployant des stratégies participatives, voire d'*empowerment*<sup>39</sup>. Tout en admettant que ces actions de prévention – protection et de traitement soient nécessaires, les acteurs souhaitent développer davantage d'actions populationnelles en promotion de la santé (développement des communautés, création d'environnements favorables). Mais ils admettent du même coup que la première ligne de services est *toujours à recommencer*, vu le manque de ressources et l'évolution constante du contexte d'intervention (lois, pauvreté, avancées médicales), laissant bien peu de ressources à consacrer à la promotion, et que la faible volonté politique ne favorise pas l'implantation de certaines innovations, tels que les sites d'injection supervisée. Ce contexte amène non seulement les acteurs ITSS à renforcer leurs collaborations entre eux, mais les appelle également à établir des partenariats avec d'autres secteurs de la société.

Le réseau se fonde ainsi sur une problématisation axée sur l'importance de renforcer les collaborations entre les acteurs mobilisés, en plus d'intéresser d'autres secteurs de la société vu la complexité du problème et l'évolution rapide du contexte d'intervention. Cette problématisation engage les acteurs dans des rôles spécifiques. Puisque pour qu'un partenariat atteigne ses finalités, il importe que les rôles de chacun des acteurs soient bien définis et endossés, comment sont définis et endossés les rôles des trois classes d'acteurs du système d'action ITSS? C'est à cette question qu'est consacrée la prochaine partie.

---

<sup>38</sup> Cela est vrai à tous les paliers, autant dans les institutions locales et régionales que provinciales. Aux dires des principaux intéressés, ce manque de priorité du dossier ITSS se perçoit dans sa faible importance au sein des différents comités régionaux et provinciaux portant sur les maladies infectieuses, comparée aux maladies nosocomiales notamment et touchant davantage la mission hospitalière des CSSS.

<sup>39</sup> Les acteurs ITSS mettent de l'avant des outils et des approches d'intervention très innovantes. Par exemple, des organismes communautaires utilisent des nouvelles technologies (Internet, texto, etc.) pour rejoindre les clientèles qui se sont elles-mêmes tournées vers ces technologies ou encore développent des stratégies participatives. À ce sujet, plusieurs exemples de projets où les organismes communautaires tentent d'impliquer leurs usagers de manière plus ou moins structurante peuvent être énumérés. Ces projets vont de la préparation du matériel de protection (ex., la préparation des sachets comprenant un condom et un dépliant d'information) à la participation de jeunes à la production de vidéos clips sur les ITSS, en passant par des ateliers pour élaborer un outil de sensibilisation (sous-vêtement) et par des projets comme PLAISIIRS [*Responsabilisation des participants et création d'un lieu d'appartenance; Projet de Lieu d'Accueil et d'Implication sociale pour personnes qui consomment des drogues par Injection et Inhalation Responsables et Solidaires*].

En ligne au <<http://www.cactusmontreal.org/fr/lieudaccueil.html>>, consulté le 20 octobre 2010].

## ***Rôles définis et endossés par les trois classes d'acteurs***

Pour qu'un système d'action puisse atteindre les finalités qu'il s'est donné, il importe qu'un rôle soit dévolu et endossé par les acteurs engagés. Théoriquement, le partenariat est plus susceptible d'atteindre un rendement optimal lorsque les partenaires sont engagés dans des rôles correspondant à leurs forces et intérêts (Lasker & Weiss, 2003, dans Bilodeau et Allard 2007 : 6). La description des rôles attendus par les trois classes d'acteurs illustre que chaque classe entretient un rapport différent envers les ITSS, en partie explicable par sa position sociale, son identité et ses missions ou mandats spécifiques. Cela dit, les trois classes d'acteurs se représentent de façon plutôt convergente les rôles de chacun.

### *Principaux rôles attendus des organismes communautaires*

Les trois classes d'acteurs comptent particulièrement sur le rôle d'intermédiaire dévolu aux organismes communautaires afin de favoriser l'accès des personnes vulnérables aux services publics qui leur sont requis. Rejoindre les populations vulnérables qui fréquentent peu les services publics, leur offrir des services de proximité (*counseling*, accès au matériel de protection) et les mettre en lien avec les services publics (accompagnement, référence) sont au centre de leur action. Côté de près les populations à risque ou touchées par les épidémies, les organismes communautaires sont à même de constater leurs conditions de vie de même que les différents problèmes auxquels elles font face. Ils développent une connaissance fine de leurs besoins et de leur expérience du système de santé. Ils développent des stratégies communicationnelles aptes à les interpeller<sup>40</sup>. Les rôles attendus des organismes communautaires par les deux autres classes d'acteurs sont conséquents à ces atouts. À ces rôles d'acteur intermédiaire et de proximité, s'ajoutent ceux habituellement attribués et reconnus au milieu communautaire, soit la sensibilisation d'autres acteurs publics et communautaires aux réalités des populations vulnérables, l'*empowerment*, la défense des droits et la représentation politique.

### *Principaux rôles attendus de la DSP*

Ayant des mandats de prévention et de promotion de la santé populationnelle, la DSP est préoccupée par les enjeux sociaux et de santé de la lutte contre les ITSS<sup>41</sup>. Les trois classes

---

<sup>40</sup> Différents outils permettent aux intervenants ITSS des organismes communautaires d'initier des échanges avec les personnes vulnérables sur des sujets plus difficiles à aborder, telles que les pratiques sexuelles. C'est notamment le cas du sous-vêtement à slogan ou encore de l'utilisation de gadgets (des *dildos* pour illustrer comment mettre un condom ou des DVD portatifs pour permettre aux travailleurs de rue d'illustrer et de soutenir leurs propos par la visualisation de portraits statistiques). Tous ces outils servent d'entrée en la matière pour susciter l'interrogation chez les populations desservies afin de provoquer des discussions, amener les gens à réfléchir aux pratiques à risque et permettre de les sensibiliser. Fait à noter, plusieurs de ces outils ont été développés par les organismes une fois qu'ils ont réalisé que plusieurs de leurs intervenants attendaient d'être interpellés avant de discuter de sexualité ou étaient mal à l'aise de le faire. Ce qui démontre l'importance de développer des techniques et des outils d'intervention efficaces.

<sup>41</sup> Six grandes orientations guident l'action de la DSP dont la suivante : *Une population vaccinée et protégée des infections et des menaces chimiques et physiques*, qui intègre la prévention des ITSS. Pour plus d'information à ce sujet, visiter la section Mandat légal, mission et vision de la DSP à l'adresse suivante : <<http://www.santepub-mtl.qc.ca/direction/index.html>> (consulté le 14 janvier 2011).

d'acteurs perçoivent son rôle sensiblement de la même manière. Tous considèrent que la réforme de 2003 l'a positionnée dans un rôle de deuxième ligne où elle a la responsabilité de définir les activités et services ITSS et de soutenir les acteurs de première ligne (organismes communautaires et CSSS) dans la mise en œuvre de ceux-ci<sup>42</sup>. En ce sens, les acteurs s'attendent à ce que la DSP les outille et leur offre différentes formations en plus de leur offrir un soutien financier. Bien que la réforme Couillard ouvre la possibilité du transfert de la gestion du fonds de prévention des ITSS vers les CSSS, la DSP de Montréal est maintenue dans ce rôle. Le rôle de la DSP comporte ainsi le suivi des plans d'action des groupes communautaires et la reddition de compte, de même que l'octroi et le suivi des budgets destinés aux CSSS (budgets SIDEPE, budgets pour l'adaptation des services aux UDI).

Les deux classes d'acteurs de première ligne sont dotées, à l'initiative de la DSP, d'instances de concertation régionales afin de faciliter l'accomplissement de leur rôle. Le leadership, l'animation et l'instrumentation de ces deux instances reviennent à la DSP. Elle doit jouer un rôle d'intermédiaire entre les acteurs de première ligne et favoriser les interactions par le biais de formations ou autres événements conjoints. Sa position d'acteur public régional, leader et expert du domaine, lui confère en outre un rôle politique d'influence afin de mieux positionner le dossier ITSS dans le réseau de la santé et des services sociaux (Agence, MSSS, Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens) et auprès d'autres acteurs sociaux (municipalité, milieu scolaire, sécurité publique) afin de solutionner certains problèmes de niveau régional (par exemple, pour développer des ententes supra-locales pour la collaboration des organismes communautaires chevauchant plusieurs territoires de CSSS; pour aplanir des difficultés tels que l'accès des CSSS aux ressources médicales, les quotas dans les laboratoires ou les obstacles aux ordonnances collectives qui nuisent à la réalisation des tests de dépistage).

Les rôles que s'octroie la DSP ne diffèrent pas de ceux que lui attribuent ses partenaires (CSSS et organismes communautaires). Cependant, les répondants de la DSP affirment que des obstacles internes nuisent à leur capacité d'actualiser ces rôles, particulièrement la sectorisation interne et l'association du dossier ITSS à la protection. La sectorisation limiterait l'apport d'autres *secteurs*, tel le secteur Jeunes et l'*Approche école en santé*, à la problématique ITSS. De plus, le dossier ITSS, associé à la protection, placerait l'équipe ITSS en porte à faux par rapport à la culture organisationnelle davantage axée sur la promotion et la prévention, ce qui nuirait aux collaborations de l'équipe ITSS de la DSP avec les autres *secteurs* de la DSP. Enfin, le financement non récurrent de l'équipe ITSS est un autre élément soulevé par les répondants de la DSP l'empêchant de jouer pleinement son rôle puisque le financement met en cause la pérennité de l'équipe.

---

<sup>42</sup> Ce rôle lui confère des responsabilités de surveillance et de vigie, de planification (définition des orientations) et de recherche. La DSP détient une expertise « *de contenu qui se distingue de l'expertise de processus des CLSC* » (Hétu, 2003, dans Bourque et, Favreau, 2003 : 301). L'expertise de contenu « *concerne la connaissance de l'état de santé des populations, la définition des grands objectifs d'amélioration de la santé sur les plans national et régional, la référence aux programmes et modèles d'intervention jugés scientifiquement efficaces, l'évaluation des projets de développement des communautés sur le plan des processus et des résultats, le soutien technique et financier aux nouveaux projets de développement et à ceux existants, etc.* » (Bourque et Favreau, 2003 : 301).

### *Principaux rôles attendus des CSSS*

Les trois classes d'acteurs s'attendent à ce que les CSSS assument trois principaux rôles en prévention des ITSS : 1) prestation de services cliniques, intra et extra muros; 2) liaison à l'interne entre leurs propres programmes-services de même qu'avec les services spécialisés de deuxième ligne; 3) développement des liens avec les organismes communautaires sur deux plans : i) afin d'offrir des services dans les milieux de vie (*outreach*, proximité), avec l'optique d'installer un continuum de services public – communautaire; ii) afin de soutenir les organismes communautaires dans leur mission (ressources humaines, formation, matériel, locaux, accès aux ressources médicales, organisation communautaire, etc.). Certains CSSS se voient moins dans ce dernier rôle de soutien des organismes communautaires, en lien avec l'état d'avancement de leurs pratiques collaboratives avec le milieu communautaire, certains CSSS étant très avancés alors que d'autres n'en étant qu'aux premiers balbutiements. Parmi les trois rôles qui leurs sont dévolus, celui que les répondants ITSS des CSSS donnent sans conteste à leur organisation est essentiellement centré sur l'organisation et la prestation des services cliniques. Les CSSS comprennent leur rôle en référence au cadre légal de leur organisation, qui a cependant été redéfini et élargi par la réforme Couillard (exercer leur mandat de services cliniques; leur responsabilité populationnelle, la création de réseaux locaux de services (RLS), la création d'un continuum de services autant avec les services spécialisés qu'avec le milieu communautaire)<sup>43</sup>. La focalisation des CSSS sur la seule prestation des services cliniques peut être limitative, notamment parce qu'elle laisse peu de place au développement de stratégies d'amélioration des conditions de vie des personnes ou de développement des communautés.

### *Des rôles attendus ... à leur accomplissement*

Si les trois classes d'acteurs se partagent une représentation à peu près commune de leurs rôles respectifs, des tensions et paradoxes imbriqués dans ces rôles rendent leur accomplissement difficile. C'est donc la manière d'exercer leurs rôles ou leur (in)capacité à bien les remplir qui causent problème. Cela porte à croire que le système d'action n'est pas traversé par des conflits idéologiques ou politiques, du moins si c'est le cas, ces conflits n'ont pas été affichés.

La DSP est confrontée à l'accomplissement de rôles ayant des logiques différentes, voire contradictoires. Alors que ses rôles de planification régionale et de gestion du programme lui confèrent des responsabilités d'efficacité et de cohérence des interventions appelant des rapports plutôt verticaux, ses rôles de soutien et d'animation des acteurs de première ligne nécessitent davantage des rapports horizontaux. Ces différents rôles placent la DSP dans une position quelque peu ambiguë à l'interstice du vertical et de l'horizontal, même si les fonctions de contrôle et de gestion de la DSP sont peu évoquées comme problématiques par les autres acteurs.

Du côté des CSSS, leur rôle de services de première ligne auprès de personnes présentant de multiples problèmes requiert d'instituer la transversalité des interventions ITSS au sein de leur

---

<sup>43</sup> L'influence de la réforme Couillard sur les répondants des CSSS est palpable dans leurs discours empreints de termes mis sur la place publique par cette réforme, tels que les projets cliniques et la responsabilité populationnelle, qui introduisent les notions d'identification des besoins de la population, d'obligation de rejoindre les populations (surtout les plus vulnérables) et de rendre accessibles les services à ces populations. Ces discours semblent dénoter une appropriation de leurs nouveaux rôles, mandats et identités, redéfinis par la réforme.

structure organisationnelle. Or, leur organisation par programmes – services se révèle être un obstacle à l'intégration des différents services requis par les populations vulnérables<sup>44</sup>.

De leur côté, les organismes communautaires sont historiquement tiraillés entre leur volonté de collaborer avec le réseau public, afin d'arrimer leurs services respectifs, et leur souci de préserver leur autonomie et leur spécificité. Les organismes communautaires souhaitent collaborer avec les instances publiques afin de mieux répondre aux besoins de leurs clientèles en même temps qu'ils souhaitent garder une certaine distance avec le réseau vu les pratiques qui les distinguent et qu'ils tiennent à conserver. Leur complémentarité avec le réseau public se définit dans cette tension constante entre ces deux pôles.

Ces zones de tension, qui nuisent à l'accomplissement des rôles des acteurs, se répercutent dans divers problèmes de fonctionnement du système d'action. La partie suivante focalise sur cinq problèmes de collaboration, formulés sur la base des constats des acteurs, qui nuisent à l'efficacité du système d'action montréalais en prévention des ITSS.

## **2 CINQ PRINCIPAUX PROBLÈMES DE COLLABORATION DU SYSTÈME D'ACTION MONTRÉALAIS EN PRÉVENTION DES ITSS**

Les pages suivantes présentent chacun des cinq problèmes de collaboration identifiés par les acteurs en exposant leurs constats de même que les enjeux auxquels ces problèmes les confrontent.

### ***Problème 1 : Interface entre les services de première ligne en CSSS et organismes communautaires***

Dans un contexte où les personnes vulnérables aux ITSS font face à des problèmes multiples et complexes et nécessitent des interventions dans un court délai (voire sans délai), leur circulation entre les services des organismes communautaires et des CSSS doit être facilitée. Or, partout, les collaborations entre CSSS et organismes communautaires devant assurer cette continuité rencontrent des difficultés : là où elles n'existent pas ou existent faiblement, les collaborations sont difficiles à établir et là où elles sont déjà bien établies, elles sont difficiles à maintenir.

Les collaborations organismes communautaires – CSSS s'organisent principalement autour de l'infirmière de proximité, dont les services sont rendus disponibles dans les locaux des organismes communautaires par les CSSS; souvent, les collaborations se limitent à ce rôle. D'ailleurs, il y a très peu de références mutuelles entre organismes communautaires et CSSS et très peu de CSSS ont mis sur pied un comité ITSS où les organismes communautaires sont présents. Les organismes communautaires comptent beaucoup sur l'infirmière de proximité pour qu'elle soit aussi une intervenante pivot entre les populations qu'ils rejoignent et le CSSS où elle est rattachée. Ils s'attendent à ce qu'elle fasse l'accompagnement et la référence vers les autres services du CSSS, ce qu'elle n'accomplit pas toujours, principalement pour les deux raisons

---

<sup>44</sup> La complexité des interventions ITSS rend nécessaire la mise en place de nouvelles façons de faire, moins traditionnelles, qui sont difficiles à instituer. Par exemple, la tendance vers le travail hors les murs rend les postes de travail de proximité particulièrement exigeants, notamment parce qu'ils se situent à la frontière de l'institutionnel et du communautaire. Ces postes nécessitent des aptitudes professionnelles particulières de la part des intervenants sociaux et infirmières alors que ces postes sont souvent précaires. On y constate un haut taux de roulement faisant en sorte que les liens collaboratifs essentiels avec les autres intervenants sont souvent à recommencer.



suivantes. D'une part, les services d'infirmière de proximité sont instables et discontinus du fait que ces postes sont l'objet d'un important roulement de personnel. En conséquence, ces services sont difficiles à maintenir en place par les CSSS et cela entraîne un bris dans la relation de confiance entre les intervenants et les clientèles en plus de causer certaines tensions entre les CSSS et les organismes communautaires. D'autre part, l'infirmière n'arrive pas toujours à bien jouer son rôle d'intervenante pivot entre les clientèles rencontrées et les autres secteurs du CSSS ou les services spécialisés de deuxième ligne, en raison de l'absence ou de l'inefficacité des mécanismes internes de liaison.

Ainsi, le principal problème de la liaison organismes communautaires – CSSS est celui de l'accès aux services des CSSS pour les personnes vulnérables aux ITSS rejointes par les organismes communautaires. Les organismes communautaires perçoivent plutôt être considérés par les CSSS comme des ressources de dernier recours à qui sont déversés les problèmes complexes que le réseau institutionnel ne parvient pas à traiter. Ainsi, ils considèrent jouer un rôle qui n'est pas le leur, en plus de ne pas obtenir la reconnaissance et le financement qui devraient accompagner ce rôle.

La complémentarité organismes communautaires – CSSS pose aussi problème. Cela s'applique particulièrement aux métiers d'intervention sociale qui existent à la fois au sein des CSSS et des organismes communautaires<sup>45</sup>. L'objectif de continuum de services organismes communautaires – CSSS appelle une certaine intégration des services respectifs qui ne peut se faire sans une délimitation claire et partagée des rôles. Or, si ces rôles sont définis comme complémentaires, un flou persiste puisque sur le terrain les interventions psychosociales des organismes communautaires et des CSSS peuvent se recouper. Cela peut gêner les collaborations entre les organisations et aussi entre les professionnels. En effet, les CSSS adoptent de plus en plus des pratiques de proximité et offrent leurs services en extra-muros alors qu'il s'agit d'un domaine d'expertise historique du milieu communautaire.

Cette question est d'autant plus pertinente dans le contexte de la réforme Couillard puisque les mandats de responsabilité populationnelle et de coordination de RLS renforcent des pratiques en CSSS qui chevauchent celles des organismes communautaires, notamment les pratiques extra-muros et de proximité pour répondre à leur mandat populationnel. La continuité des services entre les organismes communautaires et le réseau est une orientation promue depuis de nombreuses années démontrant qu'il ne s'agit pas d'une mince affaire<sup>46</sup>. En ce sens, la réforme Couillard ne semble pas atténuer le problème. L'inégalité structurelle (statuts, pouvoirs et

---

<sup>45</sup> Cette situation n'est pas soulevée pour les infirmières de proximité des CSSS car le milieu communautaire ne dispose pas de telles ressources et qu'elles y sont par ailleurs fort appréciées.

<sup>46</sup> Par exemple, déjà en 1997, le MSSS (1997 : 24), indiquait l'importance d'« *assurer la continuité des services aux personnes vivant avec le VIH/sida : (...) À un autre niveau, c'est l'intensification des liens entre les organismes communautaires et les CLSC qui permettrait de présenter une gamme de services plus étendue et qui rendrait souvent possible la prolongation du maintien à domicile des personnes. Des mécanismes de collaboration entre les différents intervenants œuvrant auprès des mêmes personnes, quel que soit l'organisme auquel ils appartiennent et leur discipline, pourraient aussi assurer un meilleur suivi ou une meilleure coordination lors de la prise en charge des personnes. Enfin, une meilleure utilisation des plans d'intervention et de services devrait également contribuer à exercer un suivi adéquat. Il faudrait en outre s'assurer de la disponibilité de médecins qui acceptent de suivre les personnes à domicile.* ».

ressources) existant entre les organismes communautaires et les CSSS peut contribuer à entretenir cette difficulté. Bien qu'ils puissent avoir des objectifs similaires et détenir des formations équivalentes, les intervenants des CSSS et des organismes communautaires disposent de ressources et jouissent de conditions de travail grandement inégales, pouvant donner lieu à des rapports tendus entre eux et pouvant affecter leur travail et leurs pratiques collaboratives.

La pérennisation des interventions novatrices est une autre difficulté de la collaboration entre les organisations publiques et communautaires de première ligne. Cela s'explique par le fait que les ententes organismes communautaires – CSSS tiennent souvent à des personnes plutôt qu'aux organisations elles-mêmes; elles sont le plus souvent négociées à la pièce et sont rarement formalisées par des ententes écrites. Les nouvelles pratiques sont en conséquence largement affectées par le roulement de personnel dans ces organisations, causant la perte des ententes au fil du temps, des pertes d'expertise et très peu d'apprentissage organisationnel. Cela dit, la difficulté que les organismes communautaires et les CSSS éprouvent à formaliser leurs ententes conjointes est parfois perçue par les organismes communautaires comme la preuve du faible investissement des CSSS dans leurs collaborations avec le milieu communautaire. Cela contribue à alimenter leur impression de ne pas être reconnus comme des partenaires à part entière par les CSSS.

Il faut dire qu'une multitude d'obstacles internes aux organisations nuisent à la continuité des services, rendue nécessaire par la complexité des interventions ITSS. Bien que les organismes communautaires soient aux prises avec certains obstacles d'ordre organisationnel ou structurel nuisant à leurs pratiques collaboratives avec les CSSS, le principal étant leur manque de ressources, voire leur précarité, ce sont surtout les CSSS qui se retrouvent avec de nombreux obstacles internes. Au nombre de ces obstacles, les acteurs ITSS mentionnent le manque d'importance du dossier des ITSS qui engendre un faible déploiement des services et qui nuit aux collaborations interorganisationnelles. Selon les répondants des CSSS, la qualité des collaborations avec les organismes communautaires dépend du positionnement et de l'organisation des services ITSS au sein de leur organisation. Ils indiquent que ce dossier est constamment remis en question à l'intérieur des CSSS, en partie en raison de la compétition entre les priorités organisationnelles conduisant à un désinvestissement constant dans la prévention au profit du curatif<sup>47</sup>. Un autre obstacle à l'intégration des services en CSSS est le cloisonnement entre les programmes-services des CSSS. Comme nous l'avons mentionné plus tôt, celui-ci limite l'institutionnalisation de la transversalité des interventions ITSS au sein des CSSS et produit une réponse morcelée et non intégrée aux populations vulnérables<sup>48</sup>. L'organisation par programmes-services des CSSS conduit également à des réponses non coordonnées de la part des CSSS aux demandes des organismes communautaires. En outre, un certain nombre d'obstacles auxquels sont confrontés les CSSS sont des obstacles sur lesquels les CSSS n'ont que peu de prise étant donné qu'ils relèvent des paliers régional et central. Par

---

<sup>47</sup> À ce sujet, le bilan de Lambert et Sissiko (2003) démontre qu'il est difficile pour les établissements locaux de déployer des ressources pour faire des actions en prévention puisque l'accent est mis sur la dispensation de services d'aide et de soins directs à la population.

<sup>48</sup> L'étude de Lambert et Sissiko (2003 : 70) précise que le rattachement des équipes de prévention ITSS au « programme de services courants » était facilitant « *eu égard à la prise en charge clinique de la clientèle (références, évaluation médicale, continuité de l'intervention) et à la possibilité de mobiliser au besoin des ressources habilitées à rendre des services « à proximité ».* ».

exemple, l'établissement de diagnostics ITSS est grandement affecté par différents problèmes liés aux ordonnances collectives et à l'accès aux laboratoires de même que par le faible nombre de médecins mobilisés par rapport à cette problématique et qui se acceptent de se positionner à titre de médecins répondants.

Les changements requis pour établir un meilleur arrimage entre les services de première ligne peuvent être importants pour les acteurs. Cela est particulièrement vrai pour les CSSS étant donné que plusieurs difficultés à l'instauration d'un continuum de services sont de l'ordre de leur organisation interne et nécessitent des investissements assez considérables de leur part. Le défi commun que pose aux organismes communautaires et CSSS l'interface entre leurs pratiques de première ligne est de rejoindre et répondre aux besoins des groupes à haut risque, tout en respectant leurs missions et capacités respectives. Les organismes communautaires ont besoin d'un meilleur accès pour leur clientèle aux services du réseau public sans pour autant compromettre leur autonomie de mission. L'enjeu pour eux est d'améliorer l'arrimage des services public – communautaire tout en s'assurant que les approches cliniques ne prédominent pas sur les approches communautaires. Quant aux CSSS, leur collaboration avec les organismes communautaires exerce une pression sur les services requis et leur adaptation aux personnes vulnérables. L'enjeu pour eux est d'établir des priorités, en contexte de ressources limitées, parmi une multitude de demandes, au moindre coût politique pour leur établissement et au moindre coût sociosanitaire pour leur population. Le contexte de ressources limitées place les CSSS dans l'embêtante position de devoir trancher en fonction des réalités et besoins locaux plus imposants que ce que leurs ressources peuvent satisfaire.

Le contexte de la réforme Couillard (responsabilité populationnelle des CSSS les enjoignant, de concert avec le réseau local, de rejoindre et offrir des services aux populations vulnérables qui fréquentent peu les services) et de la mise en œuvre des PAL a un impact certain sur l'interface entre les services de première ligne. D'abord parce que le PAL, aux dires des répondants ITSS, agit comme déclencheur au sein des CSSS<sup>49</sup> et favorise le rapprochement entre les acteurs publics et communautaires. Ensuite parce que la réforme et le PAL sont une occasion, pour certains organismes communautaires ITSS, d'acquérir une meilleure reconnaissance de leur légitimité et de leur expertise de la part des CSSS. Pour la plupart, les acteurs communautaires voient positivement la démarche du PAL puisque son élaboration oblige les CSSS à descendre sur le terrain et à s'associer avec des partenaires. Il s'agit d'une opportunité pour les organismes communautaires de faire valoir leurs expertises pratiques et leurs connaissances des réalités du terrain auprès des acteurs locaux, institutionnels et communautaires. Les PAL peuvent non seulement être le gage d'une certaine reconnaissance de leur expertise, mais aussi être l'occasion pour les organismes communautaires de participer aux décisions quant aux actions à entreprendre sur leur territoire plutôt que de seulement participer à la mise en œuvre. Enfin, bien que la plupart des organismes communautaires voient positivement la démarche du PAL, leurs intérêts et attentes envers les PAL ITSS varient grandement d'un territoire à l'autre. Si les PAL ne comportent pas d'enjeux importants pour certains, ils représentent, pour d'autres, des leviers pour interpeller les CSSS et les inciter à développer une offre de service plus complète.

---

<sup>49</sup> Il rend « visibles » des populations mal desservies; mobilise les ressources à l'interne; donne des orientations, objectifs, échéanciers; favorise l'intégration des services; engage les décideurs (ex. : plan ITSS entériné par le conseil d'administration du CSSS).

## **Problème 2 : Approches spécialisées ITSS versus généralistes**

Un autre problème de collaboration du système d'action montréalais en prévention des ITSS a trait à la façon de faire le travail de proximité. Le débat porte sur les façons les plus efficaces d'intervenir et les référents sur lesquels baser l'évaluation de l'efficacité. La question engage particulièrement les organismes communautaires et la DSP et porte sur le rôle de l'intervenant de proximité et la distribution du matériel de protection par celui-ci. Elle est au cœur des travaux du comité « matériel de protection » de la *Table des directeurs généraux des organismes communautaires montréalais en prévention des ITSS* qui se penche sur la mise à jour des pratiques et politiques de distribution et modalités d'accès au matériel.

Deux conceptions différentes de l'intervention de proximité en prévention des ITSS sont en cause : une première, empruntant l'approche du travail de rue, privilégie la santé globale des individus qui sollicitent ses services et tente de répondre à l'ensemble de leurs besoins; une autre, empruntant une approche d'agent de prévention, cherche à se rendre aux usagers (*outreach*) et cible particulièrement les risques imminents en ITSS. Adoptant une approche généraliste, le travailleur de rue distribue du matériel de protection aux usagers qui lui en font la demande alors que l'agent de prévention recherche activement les clientèles à haut risque afin de leur livrer le matériel nécessaire. Évidemment, les interventions peuvent rarement être distinguées de manière aussi tranchée mais le dilemme demeure néanmoins. L'*outreach* est considéré par plusieurs comme une instrumentalisation du travail de l'intervenant qui est alors réduit à la distribution du matériel de protection au détriment de la création de liens avec l'utilisateur. Pour les tenants de l'*outreach*, cette approche ne dénature pas le travail de rue, au contraire même, puisqu'elle permet d'utiliser le matériel de protection comme outil donnant accès aux clientèles plus difficilement accessibles, permettant par la suite à l'intervenant de tisser un lien avec elles. À la base le problème reflète une grande variabilité, et parfois des divergences, dans les modèles d'intervention des organismes communautaires. Un clivage s'observe parfois entre le travail de rue et le site fixe d'un même organisme. Ces différences apparaissent à certains acteurs comme un manque de cohérence d'action entre les organismes communautaires, voire un manque de rigueur aux plans de la formation et de l'encadrement des intervenants communautaires.

Le degré de centralité de la mission ITSS des organismes communautaires œuvrant en prévention des ITSS est vu comme une cause partielle de la coexistence de ces deux approches difficilement conciliables. En effet, une partie des organismes communautaires de la *Table des directeurs généraux des organismes communautaires montréalais en prévention des ITSS* porte les ITSS au cœur de leur mission alors qu'une autre partie porte une mission généraliste (ex. : les organismes Jeunes) et réalise seulement un certain nombre d'actions en prévention des ITSS. Le financement octroyé par la DSP s'apparente à du financement à la mission pour les premiers, mais constitue un financement *d'appoint* pour les seconds. La DSP, de son côté, s'attend à ce que les ITSS soient au cœur des interventions réalisées avec le financement du programme de prévention des ITSS. Or, il peut être difficile pour les organismes communautaires à mission généraliste d'isoler les activités spécifiquement dédiées aux ITSS dans leur intervention. Alors, la reddition de compte demandée ne leur semble pas toujours adaptée à leur situation, ni utile dans le sens où elle ne leur permet pas de rendre compte de l'ensemble de leurs pratiques. En conséquence, tous les organismes communautaires n'ont pas autant d'intérêt à s'investir dans la lutte contre les ITSS. En témoigne la participation plus limitée des organismes communautaires à mission généraliste à l'instance régionale de concertation.

Les organismes communautaires et la DSP se trouvent face à une tension entre un objectif d'efficacité et celui d'installer des rapports plus horizontaux entre eux. L'objectif d'efficacité appelle à l'uniformisation des interventions communautaires autour des pratiques considérées exemplaires (tout en tenant compte de leur nécessaire adaptation). La DSP défend cet objectif d'efficacité vu son rôle de bailleur de fonds qui l'oblige à justifier ses investissements. Cette position favorable aux interventions prioritaires, à savoir la distribution du matériel de protection, met en jeu sa capacité à intéresser et mobiliser différents acteurs pourtant stratégiques pour rejoindre différentes populations cibles dans la lutte contre les ITSS. Puisque les objectifs de performance peuvent se traduire par une uniformisation des interventions des organismes communautaires autour des pratiques exemplaires, il leur importe que cette uniformisation n'entraîne pas l'instrumentalisation du travail de proximité. Cet enjeu est nourri par la perception des organismes communautaires à l'effet que la DSP ne reconnaît pas suffisamment leurs savoirs d'expérience, en contrepartie des savoirs scientifiques, dans le choix des activités exemplaires et prioritaires et quant à la façon d'intervenir (notamment quant à la quantité de matériel à distribuer). Ainsi, la volonté de collaborer des acteurs se heurte à une dynamique de confrontation entre des évidences scientifiques et des savoirs expérientiels.

En plus d'être lié de près à la question de l'efficacité, ce dilemme concernant la manière d'intervenir recoupe aussi la question du découpage de l'intervention auprès des personnes vulnérables. Étant donné que ces personnes font souvent face à des problèmes multiples (santé mentale, itinérance, etc.), fortement imbriqués les uns dans les autres, les approches généralistes font parfois en sorte que ce sont les acteurs ITSS qui s'occupent de ces problèmes connexes. D'un certain point de vue, cette intervention peut être vue comme de l'éparpillement au sens où ce sont les ressources ITSS qui sont utilisées pour ces autres problèmes. Dans ce contexte où les acteurs doivent composer avec des ressources limitées, certains préféreront mettre l'accent sur les actions ITSS, qui sont au cœur de leur expertise, tout en cherchant à intéresser d'autres acteurs pour qu'ils s'occupent de ces autres problèmes qui touchent les personnes vulnérables avec le risque de morcellement et de cloisonnement des interventions que cela comporte.

### ***Problème 3 : Offre de service régionale versus par territoire de CSSS***

Un autre problème de collaboration du système d'action identifié par les acteurs a trait à l'offre de services cliniques et préventifs en ITSS sur le territoire montréalais. Ce problème touche la territorialisation ou la centralisation de l'offre de service ITSS et soulève le questionnement suivant : une gamme complète de services en prévention des ITSS, couvrant toutes les populations cibles, doit-elle être offerte sur tous les territoires de CSSS de l'Île de Montréal ou l'offre de service doit-elle être ajustée aux réalités et capacités locales? Tout comme le problème précédent relatif aux approches d'intervention, le débat concernant l'offre de service régionale versus territoriale ne crée pas d'antagonisme entre les classes d'acteurs concernées, soit parmi les CSSS ou entre eux et la DSP, mais il représente un enjeu particulièrement prégnant au sein du système d'action.

Cette question se pose puisque la mise en place des services de première ligne en CSSS n'est pas complétée sur le territoire montréalais et que les services ITSS sont inégalement distribués. Plusieurs obstacles internes aux CSSS déjà mentionnés freinent l'organisation de ces services. En outre, le dossier ITSS en est un parmi d'autres dans le déploiement des priorités de santé

publique qui incombe aux CSSS, en contexte de ressources limitées et de pressions du côté du système de soins. À cet égard, les CSSS notent le peu de ressources dont ils disposent comparativement aux ressources régionales (DSP). Les répondants ITSS se sentent ensevelis par les priorités régionales de santé publique et ont l'impression que les gens de la DSP ne tiennent pas compte des réalités du terrain auxquelles ils sont confrontés<sup>50</sup>. Ils souhaitent que la DSP exerce un certain leadership et qu'elle effectue une priorisation des dossiers et activités. Cette question découle aussi du fait que des budgets dédiés aux ITSS (SIDEP) sont déjà alloués à certains CSSS ayant des mandats régionaux, bien que ces budgets aient pu déjà être consacrés à d'autres fins. Cette situation a pour conséquence de ralentir l'organisation régionale de services ITSS.

Dans son rôle de planificateur régional, la DSP vise une meilleure prise en charge des ITSS sur l'île de Montréal. Elle s'attend à ce que tous les CSSS offrent un tronc commun régional de services ITSS pour chaque population cible, sans viser une uniformisation dans les 12 CSSS. De même, certains CSSS centraux, sursollicités, s'attendent à ce que les CSSS périphériques développent leur propre offre de service. Or, tous n'en voient pas l'utilité, car ils soutiennent que les populations vulnérables aux ITSS sont peu présentes sur leur territoire ou bien qu'elles vont préférer l'anonymat que leur procurent des services hors territoire local<sup>51</sup> ou encore parce que leur priorité a été accordée à certaines populations cibles (ex. : communautés culturelles, jeunes). Tous ne disposent pas non plus des mêmes ressources, des mêmes expertises ni des mêmes expériences en matière d'ITSS et de pratiques collaboratives. Par exemple, certains CSSS disposent de SIDEP, certains ont développé des liens de collaboration avec des Groupes de médecine de famille ou des cliniques privées. De même, il y a une concentration d'organismes communautaires ITSS sur certains territoires de CSSS tandis qu'il y en a très peu, voire aucun, sur d'autres. L'existence d'organismes communautaires sur les territoires de CSSS peut avoir un impact sur l'offre de service des CSSS puisque ces organismes communautaires agissent en sentinelle permettant que se manifestent les besoins et qu'ils puissent collaborer à l'offre de service.

La question de la territorialisation ou la centralisation de l'offre de service en ITSS comporte un certain nombre d'enjeux, dont certains sont spécifiques à chacune des classes d'acteurs. Pour les CSSS, l'enjeu est d'accomplir leur mandat de responsabilité populationnelle dans la lutte contre les ITSS, alors que le volume de la demande peut ne pas être suffisant pour maintenir une expertise et des ressources dédiées et alors que plusieurs autres priorités se présentent. La question de l'offre de service comporte aussi un enjeu important pour la DSP qui reflète la tension entre ses rôles de soutien et d'expert. Cet enjeu est d'assurer l'application du *Programme*

---

<sup>50</sup> Il faut comprendre que cette critique n'est pas spécifiquement adressée à l'équipe ITSS, mais à la DSP dans son ensemble. Cependant, il s'agit d'une des principales difficultés que les répondants ITSS rencontrent dans leurs rapports avec la DSP. Ainsi, l'équipe ITSS de la DSP se doit d'en tenir compte dans ses rapports avec les CSSS.

<sup>51</sup> Cela dit, le développement de l'offre de service ITSS sur le territoire montréalais est grandement tributaire des déplacements des clientèles vulnérables. Par exemple, il est permis de croire que le déplacement important des populations gaies vers le territoire du CSSS Lucille-Teasdale a un impact sur le développement de l'offre de service de ce CSSS. Cependant, des acteurs ITSS affirment que les personnes vulnérables fréquentent moins les services du centre-ville au profit des services périphériques, ce qui témoigne de l'importance que les services ITSS soient offerts sur l'ensemble des territoires de CSSS de l'île. Dans cette lignée, certains acteurs ITSS considèrent que le développement des grands projets immobiliers au centre-ville de Montréal laisse présager des déplacements des personnes vulnérables du centre-ville vers les territoires périphériques.

*régional de prévention du VIH, des hépatites et des autres ITS – volet communautaire* (DSP, 2010a) pour lequel elle est redevable, tout en faisant preuve de souplesse dans ses rapports avec les CSSS afin de favoriser leur participation. C'est dans cette optique que certains conçoivent qu'une offre de service régionale, incluant des services ITSS spécialisés, pourrait potentiellement permettre un gain en efficacité par la mise en commun d'expertise.

#### **Problème 4 : Statu quo versus changement dans le financement des organismes communautaires**

Le financement associé au *Programme régional de prévention du VIH, des hépatites et des autres ITS – volet communautaire* (DSP, 2010a) est le principal élément réunissant les acteurs au sein du système d'action montréalais en prévention des ITSS. Cet élément structurant est par ailleurs déterminé par le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) puisque les organismes qui peuvent être financés par le programme ITSS et donc intégrer le système d'action ITSS, doivent être des organismes reconnus et financés par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal dans le cadre du PSOC. Le financement constitue un levier important pour intéresser des partenaires et pour rassembler les acteurs vers cette finalité qu'est la lutte contre les ITSS. Il est aussi un élément structurant de l'organisation et de la prestation des services. Paradoxalement, bien que le programme de financement soit un élément de cohésion, les acteurs ITSS s'entendent pour dire que les règles actuelles d'allocation des ressources financières aux organismes communautaires (quels organismes sont financés et à quelle hauteur) contraignent de deux façons principales les pratiques collaboratives au sein du système d'action.

Premièrement, le mode selon lequel le financement est octroyé aux organismes, par projets ou ententes de services<sup>52</sup>, et sa non-récurrence offrent peu de marge de manœuvre aux organismes communautaires, les montants étant strictement limités aux ressources requises par chaque projet. Des ressources additionnelles leur sont pourtant essentielles pour la coordination, pour l'arrimage entre les projets ou organismes ciblant les mêmes populations ou pour évaluer leurs actions. Le peu de flexibilité de ces financements contribue à évacuer la planification à long terme et nuit à l'intégration et à la continuité des activités des organismes communautaires, mais aussi à leurs projets collaboratifs. Ainsi, plutôt que d'encourager le travail collaboratif, le mode

---

<sup>52</sup> La question du financement est liée de près à celle de l'autonomie des organismes communautaires. Notons que la politique gouvernementale sur l'action communautaire (Gouvernement du Québec, 2001a) reconnaît trois modes de financement : le financement à la mission globale, par ententes de services et par projets ponctuels ou de courte durée. Le mode de soutien à la mission globale repose sur la reconnaissance des pratiques propres à l'action communautaire autonome, c'est-à-dire des pratiques ou services alternatifs à ceux du réseau public. Selon la politique gouvernementale sur l'action communautaire (Gouvernement du Québec, 2001a : 26), il constitue « *un enjeu majeur pour l'autonomie et la stabilité de cette catégorie d'organismes communautaires* », notamment parce qu'il permet de défrayer les coûts de fonctionnement de l'organisme. Le financement par ententes de services sert à financer des « *services complémentaires aux services publics* » et a « *surtout pour but de soutenir la réalisation de mandats reçus du gouvernement* » (Gouvernement du Québec, 2001a : 32). En ce sens, ce financement « *couvre exclusivement les salaires et les équipements nécessaires à l'organisation d'un service spécifique*. » (Jetté, 2008 : 325). Ainsi, alors que les organismes communautaires sollicitent des financements dans le but de réaliser leur mission, définie sur la base des besoins des populations qu'ils desservent, le financement par ententes de services est souvent dénoncé par les organismes communautaires « *comme étant susceptible – lorsque son ampleur dépasse certains seuils- d'influencer leur mission d'origine en la soumettant à des pressions indues provenant des priorités du secteur public* » (Jetté, 2008 : 349).

de financement par organisme et projet spécifique induit un climat de compétition entre les organismes communautaires ITSS et un certain cloisonnement (travail en silo) entre eux, voire entre les projets au sein du même organisme<sup>53</sup>. La précarité se vit au jour le jour par la recherche incessante de financement qui nuit à la qualité des processus internes et externes (y compris la concertation). La précarité et la non-récurrence du financement génèrent un important roulement de personnel, des pertes d'expertise considérables, et nécessitent de rétablir constamment les liens avec les organismes partenaires.

Deuxièmement, la structure de financement actuelle peut constituer un obstacle à la concertation entre les acteurs ITSS parce qu'elle contribue à maintenir une catégorisation des organismes communautaires par populations vulnérables et renforce leur cloisonnement. Cette logique de différenciation des organismes communautaires par populations cibles accroît la tendance à mobiliser les organismes communautaires que pour les sujets qui concernent leur catégorie sans leur permettre de se sentir partie prenante de questions qui touchent les autres cibles. Cette logique de différenciation des organismes communautaires par populations est entretenue par les modes de fonctionnement au sein de la *Table des directeurs généraux des organismes communautaires montréalais en prévention des ITSS* (par exemple, il existe un cadre de référence UDI, les acteurs tentent d'élaborer une charte HARSAH...). Cette logique semble tirer sa source de la *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* (MSSS, 2004b) et de la logique de programmes.

Ainsi, la catégorisation des organismes qu'opère le programme de financement limite leur participation à la planification des actions en prévention des ITSS avec la DSP, ceux-ci n'étant interpellés par la DSP qu'en fonction de la population principale pour laquelle ils sont financés alors qu'ils ont la plupart du temps développé une expertise avec plusieurs populations cibles. Ces éléments, qui ont une incidence sur la concertation des organismes communautaires ITSS entre eux, ont aussi un impact sur la collaboration avec les acteurs institutionnels.

Par ailleurs, la répartition des fonds du programme de prévention ITSS entre les différentes catégories d'organismes communautaires est questionnée par certains acteurs qui soutiennent qu'elle ne reflète pas la prévalence et l'incidence des différentes ITSS parmi les différentes populations. Cette iniquité perçue serait en défaveur des groupes HARSAH qui, en termes d'incidence et de prévalence, sont pourtant fortement touchés par les ITSS. L'iniquité évoquée entre catégories d'organismes communautaires soulève certaines questions, particulièrement celle de leur capacité respective de se représenter et d'arriver à organiser et déployer leurs services pour atteindre leurs finalités. Puisque les sources de financement sont sectorisées mais que les organismes sont multi-vocationnels, cette capacité d'atteindre ses buts est tributaire des fonds disponibles dans d'autres programmes de financement. Par exemple, il serait difficile de faire financer les projets UDI-toxico puisque les fonds disponibles pour ces populations sont limités. Ce serait, en conséquence, les fonds ITSS qui compenseraient ce manque de financement en toxicomanie, ce qui aurait une répercussion sur les autres groupes ITSS (HARSAH, etc.).

---

<sup>53</sup> Les organismes communautaires précisent que des intervenants qui travaillent pour des projets différents au sein du même organisme ne travaillent pas forcément ensemble, mais de surcroît, ne connaissent pas toujours bien les autres projets de l'organisme, limitant grandement leur intégration.



Un autre élément qui pose problème selon les acteurs est la différence dans la catégorisation des organismes réalisée par la DSP et par l'Agence. D'un côté, dans le *Programme de soutien aux organismes communautaires* (PSOC), les organismes communautaires sont appariés aux programmes-services (sida, dépendances, santé mentale, etc.) les plus compatibles avec leurs missions. En contrepartie, le programme de financement ITSS de la DSP s'adresse spécifiquement aux ITSS. Cette différence est interprétée par plusieurs comme une incohérence et un manque d'arrimage entre les deux sources régionales de financement s'adressant pourtant en partie aux mêmes organismes. La logique de rattachement aux catégories du PSOC, qui oblige les instances nationale et régionales de santé et services sociaux à « *appairer les organismes communautaires aux programmes-services les plus compatibles avec leurs missions* » (White *et al.*, 2008 : 47), est inappropriée aux organismes communautaires qui œuvrent auprès de populations multi-problématiques et dont les interventions répondent aux priorités de plusieurs programmes, comme c'est le cas des organismes communautaires ITSS.

De plus, les acteurs déplorent que la DSP ne dispose d'aucun budget de développement en prévention ITSS<sup>54</sup>. De nouveaux financements pourraient augmenter l'offre de service en ITSS, mais pourraient également servir à enrôler de nouveaux acteurs dans le système d'action, soit des acteurs déjà impliqués en prévention des ITSS qui ne sont pas financés par la DSP ou bien de nouveaux acteurs provenant d'autres secteurs.

Au final, la modification de la structure de financement pourrait être une option envisagée par le système d'action pour mieux répondre aux besoins des populations vulnérables ou touchées par les ITSS. Cependant, et c'est là le principal enjeu, tous les acteurs n'ont pas le même intérêt à ce qu'une telle révision structurelle ait lieu. Le système d'action pourrait gagner en efficacité et en équité, mais puisqu'il s'agirait d'un jeu à somme nulle (pas de financement additionnel), tous n'en sortiraient pas gagnants. Ceux qui appréhendent que le changement les désavantagerait préféreront évidemment le *statu quo*. Ainsi, la remise en question de la structure de financement risque de mettre le système d'action en crise, voire de faire éclater le réseau tel qu'il est présentement constitué. Une telle révision ne peut avoir cours sans une entente entre les acteurs sur une rationalité d'attribution des fonds qui soit considérée plus équitable par tous.

### **Problème 5 : Configuration du réseau d'acteurs : consolidation ou extension?**

Suite au constat de la progression constante des épidémies, les acteurs du système d'action montréalais en prévention des ITSS questionnent la configuration de leur réseau. Ils considèrent que l'implication d'autres acteurs ou encore une plus grande implication de ceux plus faiblement impliqués pourrait leur permettre de mieux jouer leurs rôles. Si tous s'entendent sur la nécessité de revoir la configuration du réseau en prévention ITSS, tous ne la perçoivent cependant pas de la même manière. Deux options sont sur la table.

Certains acteurs privilégient une consolidation de la configuration actuelle autour de la prévention – protection – dépistage – traitement. Les organismes communautaires ITSS étant happés par une multitude de problèmes connexes rencontrés par les personnes vulnérables aux ITSS, ils utilisent leurs ressources pour accomplir maintes actions connexes à la prévention des

---

<sup>54</sup> Notons cependant qu'en 2010, une année après la collecte des données, la DSP a annoncé l'allocation d'un budget de 780 000 \$ non récurrent pour les organismes communautaires ITSS.

ITSS. Ces actions connexes taxent leurs ressources ITSS et ont un impact sur leur capacité à bien jouer leurs rôles. Selon cette optique, la consolidation du réseau signifie la concentration du système actuel autour de l'organisation et de l'adaptation des services de première ligne en ITSS et l'engagement d'autres acteurs essentiels tels que les organismes communautaires ITSS non financés par la DSP, ceux du secteur hébergement (sida) et les acteurs institutionnels ayant la responsabilité du dépistage et du traitement des ITSS (médecins répondants ITSS, laboratoires, GMF, centres hospitaliers, etc.), ce sans négliger les populations vulnérables elles-mêmes que les acteurs ITSS doivent réussir à intéresser.

D'autres acteurs du système d'action privilégient un rallongement vers de nouveaux partenaires, en amont ou en aval, pour renforcer l'efficacité du système d'action. Le rallongement du réseau d'acteurs vers l'amont suppose d'entreprendre des actions selon une optique davantage populationnelle, en prévention – promotion de la santé. Cela dit, bien qu'un tel rallongement vers l'amont soit une option envisagée par les acteurs montréalais ITSS, il n'est toutefois pas précisément défini. La nécessité d'agir en amont par rapport à la problématique des ITSS est mentionnée dans le *Cadre de référence ITSS – Volet communautaire* (DSP, 2010a) mais cette orientation demeure sous-définie dans les documents d'encadrement actuels au palier régional comme au palier central. Le *Programme national de santé publique* (MSSS, 2003 [2008 : 52]) réitère l'importance d'agir en amont par rapport à l'ensemble des problématiques, avant que surviennent les problèmes de santé et psychosociaux. Dans cette lignée, il présente trois axes d'intervention spécifiques visant à réduire les ITSS : 1) l'offre de service aux populations à risque; 2) l'organisation d'activités dans les milieux de vie des populations vulnérables socialement; 3) la création d'environnements favorables à la prévention de ces infections.

En amont, bien que des acteurs du réseau ITSS actuel souhaitent voir s'investir de nouveaux acteurs œuvrant dans une perspective d'amélioration des conditions de vie et de création d'environnements favorables, les acteurs pertinents à mobiliser diffèrent selon les sous-systèmes par populations vulnérables, puisqu'elles ont des réalités épidémiologiques, sociales et culturelles particulières. À titre d'exemples, le sous-système Jeunes se représente le rallongement du réseau par la participation d'acteurs communautaires et publics impliqués auprès des jeunes (maisons de jeunes, tables jeunesse, centres jeunesse, municipalités, écoles, secteur Jeunes de la DSP). Cela dit, des éléments pourraient faciliter le rallongement du réseau. Par exemple, à la Direction générale de santé publique au MSSS, le rattachement récent du dossier ITSS à la Direction du développement des individus et de l'environnement pourrait s'avérer favorable au rallongement du réseau ITSS vers l'amont. Dans cette optique, il est pertinent de questionner si le programme de financement ITSS, où une nette prédominance est accordée à la protection, peut constituer une contrainte au développement d'actions en promotion de la santé?

En aval, l'idée est de rendre plus accessibles les services hors ITSS destinés aux mêmes populations vulnérables en les adaptant à leurs réalités et en améliorant l'arrimage avec les services ITSS, notamment par l'établissement de corridors de soins. Les acteurs à intéresser et mobiliser sont alors les services spécialisés en Dépendances et en Santé mentale de même que les Unités hospitalières de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (UHRESS). Selon certains, le rôle des UHRESS, qui ont été créées au début des années 1990 dans le contexte de

l'épidémie de VIH-Sida, est à développer pour le suivi des personnes atteintes de l'hépatite C<sup>55</sup>. L'offre de service des organisations de réadaptation (Dépendances) est aussi à reconsidérer selon les acteurs ITSS qui estiment que les critères d'accès restrictifs, telle une approche clientèle fondée sur la motivation des individus, ne conviennent pas et tendent à exclure la plupart des personnes avec qui ils travaillent<sup>56</sup>. Les acteurs ITSS rapportent que ces organisations ont du mal à se positionner en tant que partenaires au sein du système d'action ITSS, en partie parce qu'elles n'ont pas toujours l'expertise ou les ressources pour développer une intervention adaptée aux problématiques émergentes (nouveaux modes de consommation, nouvelles populations, etc.) et aussi parce qu'elles ne reconnaissent pas l'expertise développée en milieu communautaire. Ils sont d'avis que les organisations de réadaptation pourraient offrir des services plus adaptés en allant sur le terrain, possiblement en offrant leurs services à l'intérieur même des groupes communautaires.

En outre, l'intéressement et l'implication de différents ordres professionnels sont également préconisés par les acteurs souhaitant rallonger le réseau vers l'aval. La participation d'ordres professionnels tels le Collège des médecins du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec est perçue comme étant nécessaire à l'implantation d'une gamme élargie de services en réduction des méfaits, incluant les services d'injection supervisée (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2008 : 17).

Les enjeux d'une reconfiguration du réseau ITSS, en aval ou en amont, sont importants. Celle-ci peut potentiellement générer un gain en efficacité et en pertinence en donnant accès aux ressources et expertises cruciales que possèdent les nouveaux acteurs pressentis tout en abaissant le sentiment de capacité limitée d'action de ceux déjà mobilisés. Elle a aussi un coût. Il est prévisible qu'elle commandera des déplacements importants aux acteurs déjà engagés, que tous ne sont probablement pas disposés à entreprendre. Par exemple, elle risque d'entraîner un questionnement, de la part des nouveaux acteurs, sur les rôles, pratiques et valeurs des acteurs ITSS et solliciter chez ces derniers une modification de leurs pratiques et un déplacement vers des actions dépassant le cadre actuel de la prévention des ITSS. En outre, pour arriver à intéresser de nouveaux acteurs, une reproblématisation plus large s'impose, en amont comme en aval. Un tel exercice comporte le risque, pour les ITSS, d'être « diluées » dans une compréhension plus large. Une conséquence potentielle peut aussi être des pressions pour un

---

<sup>55</sup> Les UHRESS ont pour rôle de soutenir les intervenants des première et deuxième lignes dans la prestation des soins et services qu'ils donnent aux personnes vivant avec le sida (<<http://www.santepub-mtl.qc.ca/mdprevention/fiches/sida/ressource.html>>, consulté le 20 octobre 2010). Les UHRESS assurent un suivi médical complet des patients, qui « peuvent entre autres bénéficier des services de nutritionnistes, de psychologues et de travailleurs sociaux et recevoir les vaccins adaptés à leur état. » (<<http://www.chumtl.qc.ca/services-soins/recherche-soins/liste-soins/soins-liste-pz/soins-clhd-uhress.fr.html>>, consulté le 20 octobre 2010). Or, selon les acteurs, le rôle des UHRESS n'a pas été revu depuis la découverte de l'épidémie de l'hépatite C. Pour plus d'information à ce sujet, se référer notamment aux travaux de Claire Lahaie (2002, 2005).

<sup>56</sup> Dans cette optique, les acteurs souhaitent que des programmes à bas seuil d'accessibilité soient mis en œuvre par les organisations de réadaptation. Les programmes à bas seuil d'accessibilité découlent de la philosophie de la réduction des méfaits et sont « conçus pour rejoindre les consommateurs désaffiliés et peu motivés à changer leur consommation. [Ils] sont peu exigeants et sont ainsi accessibles aux personnes les plus désorganisées par leurs difficultés. » (Vincent et al., 2003 : 217).

nouveau partage des ressources. Le rallongement du réseau peut en conséquence créer des tensions nouvelles importantes dans le système d'action.

Enfin, envisager un tel rallongement du système d'action exige de considérer deux attributs du système d'action que révèle l'analyse qui précède, soit que les acteurs qui le constituent sont faiblement attachés et que le réseau apparaît peu attractif. D'une part, les intérêts qui lient les acteurs du réseau sont surtout instrumentaux, tels que le programme de financement pour les organismes communautaires et l'obligation de produire un plan d'action ITSS pour les CSSS, ce qui concourt à leur engagement vers une finalité ITSS, peu importe la centralité de cette problématique en leur sein. Selon Lachapelle et Bourque (2007 : 74), c'est souvent le cas des programmes de santé publique de voir le financement comme « *premier moteur de ralliement et de collaboration* » des acteurs des systèmes d'action. D'autre part, les acteurs du réseau actuel font le constat que les problèmes complexes des populations vulnérables aux ITSS nécessitent la mobilisation d'acteurs d'autres secteurs actuellement manquants, alors que le réseau ne semble pas disposer des atouts nécessaires pour les mobiliser.

### **3 STRATÉGIES ENVISAGÉES ET MISES EN ŒUVRE FACE À CES CINQ PROBLÈMES**

Les acteurs déploient plusieurs stratégies pour faire face aux problèmes de collaboration qu'ils rencontrent. Tel que mentionné au cadre théorique, ces stratégies sont départagées selon trois catégories : 1) les stratégies d'interaction et d'apprentissage; 2) les stratégies de restructuration et de réorganisation; et 3) les stratégies politiques ou d'influence. Les stratégies rapportées dans cette section sont uniquement celles qui ont été nommées en entrevue par les répondants. Ce ne sont évidemment pas les seules qui puissent être pertinentes. Ces stratégies envisagées ou mises en œuvre par les acteurs ITSS visent l'amélioration de leurs collaborations et, par conséquent, amènent souvent des éléments de solution à plus d'un problème à la fois. Ainsi sont-elles traitées pour l'ensemble des problèmes.

#### ***Stratégies d'interaction et d'apprentissage***

Les stratégies d'interaction et d'apprentissage consistent à ce que les acteurs se côtoient partagent de l'information, des pratiques et des outils et participent conjointement à des événements. Ces activités conduisent à la construction d'un patrimoine commun où figurent des points de repère. Une grande partie des stratégies utilisées par les acteurs ITSS vise la transformation des pratiques et passe par des apprentissages collectifs et des interactions. En résumé, il s'agit d'activités pour présenter les services ou les organisations, d'activités de formation, d'événements ponctuels, de documentation des pratiques en vue d'obtenir une meilleure reconnaissance. Figurent aussi à ce registre les interactions au sein des instances de concertation.

Concrètement, ces stratégies sont notamment des présentations de leurs organisations et de leurs services par les acteurs ou encore la diffusion de dépliants et de bottins de ressources. Il peut également s'agir de prendre part à des événements locaux ou d'investir des lieux de concertation comme les tables de quartier et les tables sectorielles afin de se faire connaître et de mettre la problématique ITSS à l'ordre du jour. Le but est de susciter des échanges avec les autres acteurs de la communauté, sensibiliser de nouveaux acteurs à l'importance des ITSS et les intéresser à se

mobiliser dans le système d'action<sup>57</sup>. Cela permet également aux CSSS et aux organismes communautaires de se côtoyer et de se familiariser. La contrepartie la plus importante à ces stratégies de représentation est le temps qu'elles requièrent, souvent au détriment de l'intervention, et le danger de surconcertation<sup>58</sup> qu'elles comportent.

Les formations sont également une stratégie grandement utilisée par les acteurs. Plusieurs organismes communautaires offrent des formations aux intervenants de première ligne des CSSS pour les informer de leurs services et des besoins de leurs clientèles. La formation a évidemment un objectif de sensibilisation mais elle est également perçue par les organismes communautaires comme un moyen de s'inscrire comme un partenaire indispensable du réseau, notamment en raison de leur aptitude à rejoindre des personnes vulnérables que le réseau institutionnel n'arrive pas à rejoindre. La formation est aussi utilisée par la DSP pour réunir les intervenants communautaires et institutionnels. La *communauté de pratique nursing et psychosociale de proximité* qu'elle a mise sur pied en est un exemple. L'objectif des formations et des communautés de pratique est évidemment de permettre aux intervenants et professionnels de partager des techniques et des outils, mais également de faciliter la collaboration et la référence entre eux et entre leurs organisations. Un autre objectif de la formation et de l'instrumentation des intervenants de première ligne est le développement des capacités et de l'expertise des acteurs institutionnels locaux pour qu'ils soient en mesure de prendre en charge les personnes vulnérables aux ITSS, ce qui va de pair avec la volonté que tous les CSSS offrent un tronc commun régional de services ITSS pour chaque population cible.

Des événements ponctuels regroupant l'ensemble des acteurs ITSS sont d'autres exemples de ce type de stratégies. C'est notamment le cas de la journée du 4 juin 2008 qui a réuni le *Groupe de travail des répondants ITSS des CSSS* et la *Table des directeurs généraux des organismes communautaires montréalais en prévention des ITSS* de même que la DSP. Cette activité avait pour objectif général d'« améliorer l'arrimage entre les services offerts par les organismes communautaires et par les CSSS en augmentant le niveau de connaissance et de reconnaissance des services, pratiques et expertises développées par chacun des réseaux » (DSP, 2008b)<sup>59</sup>. L'activité visait donc directement le problème d'interface entre les organisations de première ligne. Les acteurs s'entendent pour dire que cette activité a resserré les liens entre les classes d'acteurs au niveau régional, en plus d'avoir contribué à les resserrer ou à en créer entre les acteurs des territoires locaux.

---

<sup>57</sup> Les organismes communautaires notent que les outils produits par la DSP, par leur caractère officiel, ont facilité leur travail de sensibilisation auprès des instances locales. Les organismes communautaires affirment, par exemple, que les portraits locaux représentent des catalyseurs pour sensibiliser les acteurs de leur territoire aux problématiques ITSS.

<sup>58</sup> Ce sentiment de sur-concertation chez les organismes communautaires (multiplication des instances) est également renforcé par les financements des fondations privées puisqu'ils requièrent la création de comités de concertation.

<sup>59</sup> Cette journée a consisté en la présentation des services de quelques CSSS et organismes communautaires, suite à quoi une séance de travail a eu lieu sur les enjeux d'arrimage. La journée s'est terminée par une plénière. Les organismes communautaires souhaiteraient que la DSP réunisse plus régulièrement les acteurs communautaires et institutionnels (CSSS) pour discuter des priorités et des enjeux en termes d'offres de service. Enfin, un cahier précisant l'état de situation de l'offre de service de dépistage et de prise en charge des ITSS par les CSSS et l'état de situation de l'offre de services préventifs ITSS par les organismes communautaires a été élaboré suite à cette journée et a été distribué à l'ensemble des acteurs.

La participation d'une délégation montréalaise à la 19<sup>e</sup> conférence internationale sur la réduction des méfaits de Barcelone en 2008 est un autre exemple d'activité ponctuelle favorisant l'interaction et l'apprentissage. Composée de directeurs d'organismes communautaires ainsi que de représentants de la DSP de Montréal, cette délégation avait pour mission d'enrichir les réflexions des acteurs sur le renouvellement des pratiques en prévention des ITSS. Il s'agissait d'un projet de collaboration et d'échange entre la Catalogne et le Québec en matière de prévention du VIH et du VHC chez les UDI et les personnes inhalatrices de crack afin d'exposer les acteurs montréalais à d'autres savoirs et pratiques. Organisée de concert par la DSP et les organismes communautaires, cette activité a engendré des interactions informelles qui ont contribué à renforcer leurs liens. Plus encore, cette mission a été un élément déclencheur d'un questionnement sur le renouvellement des pratiques en prévention des ITSS, à propos de l'*outreach*, la livraison de matériel à domicile, la mise en place de machines distributrices de matériel, etc. Dans ce créneau du renouvellement des pratiques figure l'apprentissage d'un nouveau rôle, celui d'agent d'intervention ITSS faisant du démarchage (*outreach*), en comparaison du travail de rue plus généraliste et du travail d'intervention en sites fixes.

Des stratégies d'interaction et d'apprentissage sont aussi utilisées par des organismes communautaires dans le but d'obtenir une meilleure reconnaissance de leur organisation et de leurs actions. En ce sens, des organismes communautaires tentent de documenter leurs pratiques d'intervention pour arriver à mieux les illustrer et en montrer l'utilité. La production de savoirs scientifiques qui documentent les pratiques des organismes communautaires ITSS et en évaluent les impacts est aussi considérée. À cet effet, l'association à des chercheurs universitaires est envisagée puisqu'elle permet de tirer profit de ressources dont ne dispose pas le réseau communautaire.

Cependant, aucune stratégie d'interaction – apprentissage n'est mise en œuvre pour faire face spécifiquement au problème de financement des organismes communautaires. Il est toutefois évident que les diverses stratégies évoquées pour mieux évaluer les impacts de leurs actions peuvent, à terme, en venir à améliorer le financement des organismes communautaires. De même, les travaux de la *Table des directeurs généraux des organismes communautaires montréalais en prévention des ITSS*, dont l'élaboration du *Cadre de référence ITSS – Volet communautaire* (DSP, 2010a), démontrent que les interactions entre les organismes communautaires et la DSP contribuent à réfléchir à ce problème.

Enfin, la grande partie des interactions bi-directionnelles, organismes communautaires/DSP et CSSS/DSP, ont lieu au sein des instances régionales que sont la *Table des directeurs généraux des organismes communautaires montréalais en prévention des ITSS* et le *Groupe de travail des répondants ITSS des CSSS*. Ces instances sont appréciées par les deux classes d'acteurs, particulièrement du fait qu'elles sont bien souvent le seul endroit où ils se côtoient régionalement, où ils partagent et échangent idées et outils<sup>60</sup> et où ils bénéficient de l'expertise et du soutien de la DSP. La DSP produit de l'information et des outils et les diffuse notamment aux

---

<sup>60</sup> En ce qui a trait aux organismes communautaires, il existe d'autres instances de concertation régionale, mais elles regroupent plutôt les coordonnateurs ou les intervenants des organismes. Par exemple, une dynamique active est présente entre les intervenants qui se côtoient principalement dans deux instances, l'ATTrueQ (qui réunit les travailleurs de rue) et UDI (qui unit les intervenants qui travaillent en site fixe). Ces instances ont principalement pour but le partage d'information en matière d'intervention (ex., sur la mobilité des populations à rejoindre, autour des pratiques gagnantes). Elles permettent aussi le partage d'outils et la réalisation d'arrangements entre intervenants (par exemple, entre travailleurs de rue pour qu'ils coordonnent leur action sur les territoires, etc.).

répondants ITSS et aux directeurs généraux des organismes communautaires par le biais de ces instances. Pour ce qui est du *Groupe de travail des répondants ITSS des CSSS*, par exemple, les portraits locaux et les cadres logiques sont des outils particulièrement marquants. Alors que les premiers dressent le portrait épidémiologique de chacun des territoires et aident les CSSS à effectuer la priorisation de leurs actions<sup>61</sup>, les seconds soutiennent les CSSS dans la mise à jour des PAL. Cela fait partie des stratégies de changement mises en œuvre par la DSP afin de mieux éclairer les différentes possibilités et positionnements qui s’offrent aux acteurs par rapport au dilemme ayant trait à l’organisation et au déploiement des services ITSS sur le territoire montréalais. Ces instances régionales de concertation seront davantage discutées dans la section suivante concernant les stratégies structurelles.

### ***Stratégies de restructuration et de réorganisation***

Les stratégies structurelles visent à remodeler les rapports entre les acteurs et à orienter les pratiques en modifiant les structures. Il s’agit particulièrement de mettre en place les conditions structurelles nécessaires au processus de transfert ou d’apprentissage. À cet égard, deux types de stratégies sont particulièrement structurants : les instances de concertation régionales de même que les sources de financement que la DSP met à la disposition des acteurs de première ligne. D’autres stratégies intra ou interorganisationnelles sont également réalisées par les différents acteurs.

#### *Les instances de concertation régionales*

Le *Groupe de travail des répondants ITSS des CSSS* est le dispositif structurant pour les stratégies d’interaction des répondants ITSS, tout comme la *Table des directeurs généraux des organismes communautaires montréalais en prévention des ITSS* l’est pour les organismes communautaires ITSS. La grande majorité des rapports CSSS–DSP se concrétisent par le biais de cette instance. Un certain « consensus » se dégage parmi les trois classes d’acteurs en ce qui a trait aux deux structures de concertation mises en place et soutenues par la DSP, qui sont vues comme des lieux de partage de connaissances et d’expertises grandement utiles. Ces instances permettent aux acteurs de côtoyer leurs homologues engagés dans la lutte contre les ITSS et de bénéficier de leur expertise et de celle de la DSP. Elles leur offrent aussi l’opportunité de définir conjointement l’offre de service en matière d’ITSS.

Pour les CSSS comme pour la DSP, le *Groupe de travail des répondants ITSS des CSSS* représente une structure particulièrement aidante quant à l’organisation de l’offre de service montréalaise de même que pour l’implantation des PAL-ITSS. En fait, il s’agit là de son mandat, ce qui fait de ce dispositif le lieu indiqué pour alimenter la réflexion et éclairer le débat au sujet de l’offre de service locale – régionale. En dépit de la nécessité d’harmoniser les services offerts en CSSS au tronc commun régional, les répondants des CSSS perçoivent là une flexibilité de la DSP dans le processus décisionnel. Ils considèrent être écoutés par la DSP et pouvoir l’influencer en amenant leurs préoccupations. L’influence des PAR/PAL ne peut être passée sous silence ici. C’est effectivement le contexte de la production et de la mise en œuvre des PAR/PAL

---

<sup>61</sup> Les répondants de CSSS ont souvent fait référence aux portraits locaux réalisés par la DSP. Dans le cadre de leur obligation d’adopter une approche populationnelle, la disponibilité et l’accessibilité de ces données épidémiologiques leur permettent de prendre le pouls de leurs populations et des ITSS sur leur territoire.

qui a motivé la création par la DSP en 2006 de l'instance régionale réunissant l'ensemble des répondants ITSS des CSSS, ceci, dans la foulée de la réforme de 2003. L'influence des PAL est considérable en ce qui a trait à l'organisation et de la prestation des services ITSS sur l'île de Montréal de même qu'au plan de l'organisation interne des CSSS à l'égard des ITSS.

De la même manière, la *Table des directeurs généraux des organismes communautaires montréalais en prévention des ITSS* représente une opportunité pour les organismes communautaires de négocier les modalités de leur collaboration avec la DSP et d'influencer leur bailleur de fonds. Ils tentent de tirer profit de leurs interactions avec la DSP pour accroître leur participation et leur influence quant à l'offre de service communautaires en prévention des ITSS. Les organismes communautaires font cependant état d'un intérêt variable pour cette instance. Au nombre de leurs insatisfactions, des organismes communautaires considèrent que cette table répond avant tout à des besoins de la DSP. Certains soutiennent que des questions administratives y sont surtout discutées au détriment de discussions de fond sur des enjeux du champ. Certains considèrent que cette instance leur exige un investissement important en raison de la fréquence des rencontres et de leur implication dans les sous-comités de travail. Cela dit, cette table et ses chantiers de travail constituent des lieux où se façonnent plusieurs éléments de solution face aux principaux problèmes de collaboration.

À titre d'exemple, mentionnons le sous-comité sur le processus d'allocation budgétaire du *Programme régional de prévention du VIH, des hépatites et des autres ITS – volet communautaire* (DSP, 2010a), initié conjointement par les organismes communautaires et la DSP. Ce sous-comité a pour objectif d'assouplir la reddition de compte puisqu'il est admis par la DSP comme par les organismes communautaires que la reddition de compte demandée aux organismes communautaires n'est pas toujours adaptée à leur réalité. Cette question est quelque peu litigieuse au sein du système d'action ITSS, particulièrement chez les organismes communautaires dont la mission ITSS n'est pas centrale, qui considèrent lourde la reddition de compte qui leur est demandée compte tenu des sommes qu'ils reçoivent. Le travail de ce comité s'est entre autres soldé par l'assouplissement de la reddition de compte exigée afin de valoriser les pratiques du terrain et de s'adapter aux différentes missions des organismes communautaires. Le travail de ce comité a également mené au passage d'un financement annuel à un financement triennal. Cela viendra potentiellement favoriser et soutenir l'ouverture des organismes communautaires aux autres initiatives déployées sur un même territoire ou envers une même population pour éventuellement améliorer leur arrimage, leur permettra de planifier à plus long terme ou de mieux évaluer leurs actions.

Le comité matériel de protection, qui porte spécifiquement sur les pratiques et politiques de distribution et les modalités d'accès au matériel de protection est un autre exemple de lieu de travail où sont explorées des modalités d'avancement des collaborations. Ce comité est la base de la réflexion concernant le renouvellement des pratiques, des approches et des outils. Il constitue certainement un lieu où peut progresser le débat relatif aux approches d'intervention en prévention des ITSS.

Dans cette lignée, l'élaboration du *Cadre de référence ITSS – Volet communautaire* (DSP, 2010a) par la DSP et les organismes communautaires pour officialiser les balises de leur collaboration mérite d'être souligné. Celui-ci précise les actions et approches que les acteurs



privilégieront pour s'attaquer aux épidémies d'ITSS. De même, il officialise le passage du financement annuel à un financement triennal. Il y est fait mention que l'introduction d'un nouveau mode de planification régionale, désormais triennal, « veut permettre aux organismes communautaires et à la DSP de recentrer la prévention des ITSS autour de priorités convenues conjointement et de consolider les actions reconnues les plus efficaces. » (DSP, 2010a : 7). L'institution de règles moins contraignantes pour les organismes communautaires dans ce cadre de référence tente d'atténuer quelque peu les lourdeurs financières qui pèsent sur les organismes communautaires.

En outre, les répondants de la DSP considèrent également les instances régionales de concertation comme des leviers pour faire collaborer les CSSS et les organismes communautaires ensemble. Bien qu'une seule activité réunissant l'ensemble de ces acteurs ait été réalisée depuis la création de ces deux instances<sup>62</sup>, ces dernières permettent à la DSP d'être continuellement en contact avec des professionnels de CSSS s'intéressant aux ITSS de même qu'avec les organismes communautaires œuvrant en prévention des ITSS. Mentionnons qu'il n'existe pas de structure régionale permettant une interface directe entre les organismes communautaires et les CSSS. L'absence d'un tel lieu fait en sorte que la DSP est l'unique interlocutrice des deux instances de concertation régionale. De la sorte, la DSP est la seule à entretenir des rapports soutenus avec les deux autres classes d'acteurs et c'est à elle qu'incombe le rôle de liaison entre ces deux structures régionales et l'ensemble de leurs membres.

#### *Les financements offerts aux acteurs de première ligne*

Le deuxième type de stratégies particulièrement structurant est la mise à disposition de ressources financières aux acteurs de première ligne. Ces financements visent à soutenir l'organisation des services de même que leur adaptation aux populations cibles. Il est notamment question des budgets ponctuels rendus disponibles aux CSSS par la DSP afin de les soutenir dans l'adaptation de leurs services aux UDI. Ce sont des budgets de démarrage d'une durée de trois ans. Ils peuvent servir à la formation du personnel de première ligne, à offrir du matériel de protection dans tous les sites CLSC, à travailler de concert avec les partenaires de leur territoire pour créer un réseau de distribution de matériel de protection avec les pharmacies, ou pour sensibiliser aux ITSS les services généraux ou les programmes-services susceptibles de recevoir des UDI<sup>63</sup>. Au sujet des ressources financières mises à la disposition des CSSS, mentionnons les budgets SIDEPA. Bien qu'ils soient octroyés par l'Agence, la reddition de compte de ces budgets a désormais lieu au *Groupe de travail des répondants ITSS des CSSS* de sorte à assurer un meilleur suivi et contrer leur utilisation à d'autres fins.

Des ressources financières sont également offertes par la DSP aux organismes communautaires pour développer et offrir des services ITSS. Comme nous l'avons mentionné, le travail au sein du sous-comité sur le processus d'allocation budgétaire de même que le *Cadre de référence ITSS*

---

<sup>62</sup> Il s'agit du 4 juin 2008. Soulignons que quatre activités ayant eu lieu dans le cadre de la présente recherche ont réuni l'ensemble des acteurs (trois activités de formation au cours de l'hiver 2009 de même qu'un Forum en janvier 2010).

<sup>63</sup> Le projet peut être « piloté » par un organisateur communautaire, une infirmière clinicienne (ou les deux). La DSP a conçu un projet *clé en main*. Seules 13 installations CLSC sur 29 ont un centre d'accès au matériel stérile d'injection, les 13 autres centres d'accès existants sur le territoire montréalais se trouvent dans des organismes communautaires (DSP, 2006).

– *Volet communautaire* (DSP, 2010a) établissent des mesures visant à clarifier les rapports organismes communautaires – DSP et à faire que le financement ait le moins de répercussions négatives possible pour les organismes communautaires. Une autre stratégie structurelle que les acteurs de la DSP souhaitent réaliser est l’harmonisation des deux principales sources de financement des organismes communautaires (le PSOC géré par l’Agence et le programme ITSS géré par la DSP).

Par ailleurs, pour augmenter leurs ressources financières et assurer leur pérennité, les organismes communautaires cherchent à obtenir des financements en dehors du financement de la DSP. Certains vont solliciter des cofinancements d’autres programmes, c’est-à-dire d’autres ministères, du gouvernement fédéral ou encore de sources privées. La contrepartie de cette stratégie est la complexité de la gestion des cofinancements et la difficile conciliation des exigences souvent divergentes des bailleurs de fonds.

#### *D’autres stratégies intra et interorganisationnelles*

D’autres stratégies structurelles de changement concernent l’intra et l’interorganisationnel. Ce sont des stratégies d’intégration horizontale ou verticale. Pour faire face au problème d’interface entre les organismes communautaires et les CSSS, des stratégies interorganisationnelles d’intégration horizontale sont surtout considérées, tels que des comités conjoints organismes communautaires – CSSS de discussion de cas, des ententes formelles de collaboration entérinées au niveau supérieur des organisations pour en favoriser la pérennité, la reconnaissance formelle des rôles et expertises propres aux organismes communautaires dans les continuums de services, ou la solidification des arrangements organismes communautaires – CSSS avec l’infirmière de proximité de sorte à réduire la fragmentation des actes professionnels. Un autre exemple de stratégie horizontale interorganisationnelle consiste en l’établissement de corridors de services entre CSSS pour consolider le réseau ITSS. C’est notamment le cas du réseau UDI – hépatite C qui vise à solidifier l’offre de service ITSS régionale.

Des stratégies d’intégration intraorganisationnelle horizontale et verticale sont aussi considérées en CSSS pour faire face au problème de liaison avec les organismes communautaires. Les premières consistent en des équipes ou des services dédiés aux ITSS auxquels chaque programme-service contribue, telles que la création d’une structure de coordination ITSS ou la mise en place d’un guichet unique donnant accès à une gamme de ressources pour certaines clientèles. Les secondes sont des services ITSS intégrés à chaque programme-service.

Par ailleurs, un certain nombre d’autres stratégies structurelles sont déployées par les différents acteurs pour améliorer leurs collaborations. Par exemple, des CSSS participent aux instances locales de concertation, telles les tables de quartier, des tables sectorielles en jeunesse, toxicomanie, prostitution, etc., et profitent des interactions avec les acteurs communautaires du milieu pour mieux comprendre leurs besoins, leur apporter du soutien et, à terme, favoriser les collaborations. Des CSSS mettent aussi à la disposition des organismes communautaires de l’expertise et des ressources (ex. : infirmière) afin de faciliter la prestation et l’organisation des services ITSS. Une autre stratégie de restructuration envisagée est la reproblématisation de la

prévention des ITSS, parfois recadrée dans une finalité plus large (ex. : santé sexuelle<sup>64</sup>) ou autour d'un problème qui rallie plusieurs acteurs (ex. : l'hypersexualisation qui est un prétexte pour parler de sécurisexe). Ces stratégies visent non seulement à améliorer les rapports entre les acteurs et l'offre de service ITSS, elles visent à intéresser et mobiliser de nouveaux partenaires dans la lutte contre les épidémies d'ITSS. Elles touchent de près à la question de la configuration du réseau d'acteurs.

### **Stratégies politiques ou d'influence**

Les stratégies politiques ou d'influence cherchent à influencer des acteurs dont l'action, ou l'inaction, est jugée névralgique dans le système d'action, au sens où elle freine l'atteinte des résultats souhaités. Les stratégies politiques envisagées et mises en œuvre par les acteurs ITSS peuvent être regroupées selon les principaux objectifs qu'elles visent.

Une partie de ces stratégies a pour objectif d'améliorer le financement disponible pour le développement et la prestation des services ITSS de même que la reconnaissance des organisations. Non seulement cela fait-il référence aux représentations faites par les organismes communautaires et la DSP auprès de l'Agence et du MSSS pour obtenir plus de subventions pour les organismes communautaires, mais également à celles visant à augmenter les ressources de l'équipe ITSS et la consolider au sein de la DSP.

Cela fait également référence à la réactivation de la *Table des organismes montréalais Sida (TOM-Sida)*, qui inclurait les organismes communautaires ITSS, afin de faire valoir leurs intérêts politiques et financiers au sein du *Comité de liaison Agence – CSSS – communautaire*. D'après les acteurs, leur présence à ce comité est importante puisque des positions prises par les regroupements présents ne servent pas toujours les intérêts des acteurs ITSS, ni les populations qu'ils rejoignent. La forte relation entre la DSP et la *Table des directeurs généraux des organismes communautaires montréalais en prévention des ITSS* semble cacher quelque peu cette absence de positionnement politique des organismes communautaires ITSS au sein de l'Agence. Pourtant, une telle instance de représentation a déjà existé au cours des années 1990. Le fait que les acteurs soient sollicités pour participer à de multiples instances de concertation peut en partie expliquer pourquoi ce comité n'a pas encore été réactivé. La remise sur pied de cette instance viserait à établir des rapports de collaboration plus productifs avec l'Agence de même qu'à influencer sur les politiques régionales concernant les populations desservies.

Un second objectif recherché par les stratégies politiques est l'amélioration de l'accès et de la prestation des services ITSS. Ces stratégies se manifestent entre autres par des représentations auprès du MSSS et d'autres directions de l'Agence dont la Direction des affaires médicales et universitaires pour soutenir l'organisation de services, dont les services médicaux, afin de lever les obstacles à l'accès et à la prestation des services, aux pratiques de dépistage ou aux ordonnances collectives. Des répondants ITSS mentionnent par exemple des démarches entreprises dans leur CSSS auprès de la direction des soins infirmiers pour enclencher le dépistage ITSS ou encore des démarches à entreprendre auprès de la direction régionale de

---

<sup>64</sup> Dans cette lignée, on peut faire référence au repositionnement de Rézo (anciennement Séro-Zéro) qui a élargi son mandat de façon à considérer la santé globale des HARSAH. Une démarche semblable a été entreprise par le CSSS Lucille-Teasdale auprès de la population masculine.

médecine générale (DRMG) afin que celle-ci conviennent avec les médecins de s'engager comme répondants en ITSS. La tournée effectuée par la DSP auprès des CSSS au cours de l'année 2007-2008, dans le but de mobiliser les décideurs locaux sur la problématique des ITSS de sorte à faciliter le développement des services locaux, peut également être ajoutée à ce groupe de stratégies.

Enfin, des stratégies politiques ont pour objectif d'amener les préoccupations et besoins des populations vulnérables aux ITSS sur la place publique et éventuellement d'intéresser et mobiliser des acteurs considérés névralgiques. Au nombre de ces stratégies, notons la présentation de mémoires à des commissions parlementaires, des pressions auprès des acteurs institutionnels (Agence, MSSS, CMDP) et parfois du *lobbying* fait par des groupes organisés d'organismes communautaires tels que des coalitions *ad hoc* ou des regroupements formels (ex. : la remise sur pied de la TOM-Sida). Les acteurs misent également sur la visibilité du dossier ITSS dans la foulée des rapports annuels 2010 des directeurs de santé publique national et régional pour tenter d'intéresser de nouveaux acteurs, voire pour faire des ITSS un enjeu plus important.

#### **4 IMPACT DE LA RÉFORME DE 2003 SUR LE CHAMP DE LA PRÉVENTION DES ITSS**

La réforme Couillard a un impact non négligeable sur le champ de la prévention des ITSS. Elle transforme les rôles des acteurs, surtout institutionnels, et influence leurs collaborations. Par conséquent, elle a un impact sur les cinq problèmes de collaboration identifiés au sein du système d'action.

##### ***L'impact de la réforme sur les rôles des acteurs ITSS et leurs collaborations***

La réforme redéfinit les rôles des acteurs publics à commencer par les instances locales. La création des CSSS ayant les mandats de responsabilité populationnelle et de création de RLS bouleverse l'organisation locale des services tout comme elle perturbe les collaborations de ces instances avec leurs partenaires. La réforme a engendré une période de déstructuration caractérisée par des bris de services, de nombreux changements de personnel à l'intérieur des CSSS et des pertes de liens et d'ententes informelles entre partenaires, faisant dire à certains organismes communautaires que le CSSS n'a pas joué son rôle de soutien convenablement pendant cette période tumultueuse.

Cette période de déstructuration passée, les organismes communautaires ont l'impression de se retrouver face à de lourdes structures ayant quelque peu perdu leur *culture CLSC* : les rapports avaient été dépersonnalisés et complexifiés et les modalités de collaboration devaient être réajustées. Entre autres, les acteurs avaient à identifier leurs nouveaux interlocuteurs clés de même qu'à reconstruire et stabiliser leurs liens. Autant les organismes communautaires que les CSSS considèrent que la DSP a joué un rôle important dans la reconstitution de ces liens interpersonnels dans les différents territoires, notamment par l'initiation de la journée du 4 juin

2008<sup>65</sup>, en réponse à la demande de la *Table des directeurs généraux des organismes communautaires montréalais en prévention des ITSS*. Ils voient là un impact de la réforme qui a positionné la DSP dans un rôle de deuxième ligne.

Par ailleurs, la réforme Couillard suscite des appréhensions quant à la possibilité que la responsabilité du financement des organismes communautaires soit transférée de la DSP aux CSSS, leur reléguant le rôle de bailleurs de fonds des organismes communautaires. Cela ouvrirait la voie aux ententes de services entre organismes communautaires et CSSS, faisant craindre aux répondants ITSS des CSSS un assombrissement des relations établies avec eux. Cette crainte est également partagée par les organismes communautaires qui redoutent une subordination aux CSSS. Bien que la réforme ouvre cette possibilité, la DSP montréalaise est maintenue à ce jour dans ce rôle de gestionnaire du fonds de prévention des ITSS, d'autant plus que certains groupes ont une mission régionale et que le transfert de leur financement au niveau local pourrait causer certaines difficultés.

Pour ce qui est des organismes communautaires, le changement apporté par la réforme n'a pas trait à la définition de leur rôle mais a tout de même un effet structurant sur celui-ci en ce qu'il les inscrit comme partenaires de l'offre locale de services. Avant la réforme, les organismes communautaires s'associaient aux instances locales en fonction des territoires de CLSC où ils œuvraient. La réforme a fusionné des territoires de CLSC pour créer les nouveaux territoires de CSSS qui sont beaucoup plus étendus. Par conséquent, le secteur de desserte des organismes communautaires ne correspond pas forcément aux territoires des CSSS. Or, pour les fins d'élaboration de leur PAL notamment, les CSSS interpellent les organismes communautaires de leur territoire pour déterminer leur offre conjointe de services. Il arrive donc que les CSSS interpellent des organismes communautaires pour des territoires adjacents à celui ou ceux sur lesquels ils œuvrent, imposant une reconfiguration du système d'action sur la base territoriale du CSSS et de nouveaux territoires de desserte aux organismes communautaires. Ce nouveau découpage territorial entraîne une multiplication des espaces de négociation des ententes et des espaces de concertation pour des organismes communautaires. Par ailleurs, la réforme et le PAL ont été une occasion, pour certains organismes communautaires ITSS, d'acquérir une meilleure reconnaissance de leur légitimité et de leur expertise de la part de CSSS.

### ***L'impact de la réforme sur la prévention des ITSS***

Outre cette instabilité transitoire et ces changements de rôles, la réforme Couillard suscite différentes réactions et appréhensions chez les trois classes d'acteurs. Pour les organismes communautaires, les effets vécus de la réforme ont été et sont encore davantage négatifs que positifs. Ils ont dû faire face à la désorganisation de leurs partenaires publics locaux, refaire des ententes avec eux, s'adapter aux changements de territoires des nouvelles instances et créer des liens avec de nouveaux partenaires qui, en outre, étaient maintenant constitués en structures plus imposantes. Tout cela, en ayant l'impression d'assumer dans les faits certains mandats dévolus à

---

<sup>65</sup> Rappelons que cette journée organisée par la DSP a réuni le Groupe de travail des répondants ITSS des CSSS et la Table des directeurs généraux des organismes communautaires montréalais en prévention des ITSS. Elle a consisté en la présentation des services de CSSS et d'organismes communautaires, suite à quoi une séance de travail a porté sur les enjeux d'arrimage. Suite à cette journée, un cahier précisant l'état de situation de l'offre de service de dépistage et de prise en charge des ITSS par les CSSS et l'état de situation de l'offre de services préventifs ITSS par les organismes communautaires a été élaboré distribué à l'ensemble des acteurs.

ces nouvelles instances, notamment en regard de la responsabilité populationnelle de certains groupes touchés par les ITSS. Sur le plan du pronostic, craintes et espoirs se chevauchent : craintes quant à de possibles modifications au plan du financement, espoirs d'une meilleure reconnaissance et mise à profit de leur expertise par l'ensemble des CSSS, notamment leurs pratiques d'*outreach* dans lesquelles ils sont spécialisés.

Du côté des CSSS, contraintes et bénéfices réels se côtoient. Après avoir entamé des changements organisationnels de grande ampleur, ils en viennent à percevoir des perspectives profitables. D'ailleurs, un CSSS a su profiter du regroupement des établissements de son territoire pour consolider des ressources sollicitées depuis longtemps par les organismes communautaires. Il a effectué un montage financier pour créer un poste d'infirmière de proximité plus stable (à quatre jours par semaine) assurant une meilleure rétention du personnel. Au niveau des anticipations, des répondants ITSS des CSSS sont d'avis que la réforme et leur nouvelle mission institutionnelle leur seront utiles pour renforcer leurs collaborations et favoriser les pratiques innovantes. Ces répondants soutiennent que la réforme, axée sur l'approche populationnelle, pourrait inciter leur établissement à développer une offre de service intégrée et adaptée aux populations vulnérables et encourager le travail collaboratif avec les organismes communautaires. Cependant, l'orientation de leur mandat de coordination des RLS de même que l'issue de la décision quant à la gestion du financement et la reddition de compte des organismes communautaires laissent cependant toujours place à une certaine inquiétude.

Le passage pour la DSP d'un rôle de maître d'œuvre à celui de deuxième ligne représente un effet positif concret de la réforme. Ce changement de rôle a des retombées positives pour les acteurs de première ligne. Ces derniers font référence aux événements qu'elle a organisés (p. ex. : journée du 4 juin 2008, Délégation à Barcelone), aux instances qu'elle a mises en place et qu'elle soutient, de même qu'aux outils qu'elle a développés (p. ex. : portraits locaux). La réforme comporte aussi des perspectives prometteuses pour la DSP, surtout en termes de développement, d'organisation et de mise en place de services puisqu'elle constitue un levier pour inciter les CSSS à développer une offre de services adaptés aux populations vulnérables. Cependant, ces perspectives prometteuses rencontrent des difficultés au sens où les principes mis de l'avant dans la réforme ne sont pas encore mis en place, principalement en raison des difficultés de développer des pratiques innovantes en CSSS et du manque de ressources.

À ce propos, il importe de mentionner que la réforme a contribué à faire que la problématique des ITSS soit plus transversale dans l'ensemble des CSSS au lieu d'être spécialisée dans quelques CLSC comme c'était le cas auparavant. Cela est probablement dû à l'attribution du mandat de responsabilité populationnelle aux CSSS mais également au fait que la réforme a réduit de près de la moitié le nombre d'instances locales (les 29 CLSC de l'île de Montréal ayant été fusionnés en 12 CSSS). Mentionnons que cette implication des CSSS dans le champ des ITSS n'est pas étrangère à l'exercice des PAL puisque le *Groupe de travail des répondants ITSS des CSSS*, sous-comité de la Table régionale de santé publique, a été créé en 2006 pour répondre à l'obligation qui leur était faite de produire et mettre en œuvre un PAL<sup>66</sup>. Il s'ensuivit le regroupement des CSSS dans un espace commun à cet effet. De cette façon, la réforme et

---

<sup>66</sup> Ce qui est directement lié à l'intégration de la lutte au VIH et aux ITSS dans le Programme national de santé publique (MSSS, 2003 [2008]).

l'exercice de planification des PAL-ITSS ont eu une incidence sur l'offre de service en ITSS en territoire montréalais en l'orientant vers une offre davantage territoriale.

Au final, le champ des ITSS est un champ d'intervention où la réforme ne s'est pas appliquée dans toutes ses prérogatives. En effet, le programme ITSS n'a pas vécu la localisation qui est pourtant la logique de la réforme. Alors que la réforme cherche à déplacer l'interface public – communautaire de la DSP vers les CSSS, les rapports entre le réseau public et les organismes communautaires sont demeurés principalement au niveau régional. Il existe bien sûr des rapports entre des organismes communautaires et des CSSS, mais l'instance régionale demeure un acteur majeur avec qui collaborent directement les organismes communautaires, notamment parce qu'elle demeure responsable de la gestion du financement et du contenu programmatique. En fait, les éléments de coordination ou de co-production de services se font entre la DSP et les organismes communautaires alors que les attentes de la réforme sont placées sur une interface entre les CSSS et les organismes communautaires au sein des réseaux locaux de services (RLS). Cela soulève un questionnement sur la pertinence d'établir une structure d'interface directe permanente entre organismes communautaires et CSSS au plan régional de même que dans certains territoires de CSSS là où elle n'existe pas.

## DISCUSSION

Au terme de cette analyse des dynamiques collaboratives et des problèmes et tensions qui traversent le système d'action en prévention des ITSS à Montréal, nous souhaitons alimenter la réflexion des acteurs engagés : DSP, CSSS, et organismes communautaires montréalais, mais aussi MSSS et INSPQ, quant aux choix stratégiques devant renforcer les pratiques collaboratives et le système d'action en vue d'atteindre les finalités de santé publique visées. Dans cette recherche, nous nous sommes intéressés non seulement aux collaborations public – communautaire (la structure) mais aussi à ce que font ensemble ces acteurs (les processus) et au pourquoi ils le font (les finalités). La discussion qui suit porte donc sur l'ensemble du système d'action de prévention des ITSS en contexte montréalais et non pas sur la seule dimension des collaborations. Ainsi, les éléments discutés renvoient à des paradigmes qui façonnent la santé publique, telles que les approches planificatrices rationalistes versus adaptatives ou partenariales; la structuration des réseaux d'acteurs autour de problèmes, de populations cibles ou de territoires; ou l'action intersectorielle, voire les politiques et programmes intégrés, plutôt que l'action sectorisée, devant les problèmes complexes. Différentes problématiques entraînent des configurations différentes d'acteurs–actants–ressources, qui opèrent des processus différents en vue de finalités différentes. Si aucune forme d'organisation en réseau n'est supérieure a priori, chacune comporte des exigences, des possibilités et des limites. C'est par une analyse fine des systèmes d'action **en contexte** que les décideurs et les acteurs sont à même de choisir les orientations paradigmatiques les plus appropriées pour atteindre les finalités de santé publique escomptées. La présente recherche, et la discussion qui suit, viennent concourir à cette réflexion.

Une des caractéristiques importantes du système d'action montréalais en prévention des ITSS est d'être balisé par le programme ministériel, qu'il contribue par ailleurs lui-même à définir et qui, en retour, détermine sa finalité et ses acteurs. En ce qui a trait aux acteurs, une partie des organismes communautaires toujours actifs dans le système d'action actuel ont été créés par le programme lui-même (ex. : les organismes à mission ITSS intervenant auprès des UDI) alors que d'autres sont plutôt nés de la mobilisation des populations face aux épidémies qui les affectaient (ex. : les organismes intervenant auprès des HARSAH). Quant à la finalité et aux stratégies du programme ministériel, et du programme régional, elles sont principalement définies selon une approche par problème (épidémiologie des maladies infectieuses), sur laquelle s'appuie l'intervention préventive qui cible principalement les conduites individuelles à risque chez des groupes sociaux à risque. L'articulation régionale de ce programme par la DSP de Montréal, où sont concentrées les principales populations à risque, contribue en soi au développement, à la reproduction et la transformation du programme ministériel. Nous soulignons dans l'analyse que le programme régional et son financement constituent le principal élément réunissant les acteurs au sein du système d'action montréalais en prévention des ITSS. Cette condition qui définit le système d'action est structurante. Elle constitue un important levier d'action mais lui impose aussi des limites.

Soulignons que cette condition n'est pas propre au système d'action montréalais en prévention des ITSS mais qu'elle caractérise plutôt différents systèmes d'action concertée, aux paliers régional et local, qui sont mobilisés en réponse à l'appel de politiques ou programmes publics (ou privés avec la Fondation Lucie et André Chagnon) dont le déploiement est à base



communautaire. Les finalités et les règles du jeu sont alors souvent prédéterminées et acceptées comme telles par les acteurs (Bourque, 2008).

En prévention des ITSS, cette condition a pour bénéfice de permettre la constitution d'un savoir considérable, scientifique et expérientiel, de pratiques et d'innovations autour de la stratégie de réduction des méfaits<sup>67</sup>, qui est centrale dans le programme. En contrepartie, cette condition a pour conséquence de limiter le développement de solutions nouvelles et plus globales face au problème des ITSS. En effet, les acteurs montréalais en prévention des ITSS partagent la croyance en la capacité limitée de leurs interventions actuelles pour infléchir la trajectoire des épidémies d'ITSS (DSP, 2010b). Plusieurs données épidémiologiques et d'intervention<sup>68</sup> soutiennent l'idée que les interventions actuelles, articulées autour de la stratégie de réduction des méfaits, sont insuffisantes et militent en faveur d'un rallongement du système d'action, en aval pour traiter comme en amont pour prévenir, avec l'optique de chercher aussi à « *intervenir autrement* » (DSP, 2010b). Deux stratégies s'offrent alors aux acteurs, tel que le soutient le rapport annuel 2010 du directeur montréalais de santé publique (DSP, 2010b), soit de chercher à faire davantage et mieux ce qu'ils font déjà et de chercher aussi à faire autrement.

## **1 FAIRE DAVANTAGE ET MIEUX CE QUE L'ON FAIT DÉJÀ**

L'engagement des acteurs dans le déploiement de stratégies concordantes avec l'intention du programme ministériel et dans des innovations<sup>69</sup> confère au système d'action régional son dynamisme et sa réactivité face au contexte changeant des épidémies et des conduites à risque. Ce faisant, les acteurs montréalais concourent à enrichir le programme ministériel et à assurer sa

---

<sup>67</sup> La réduction des méfaits (*harm reduction* ou *harm minimisation* dans le monde anglo-saxon d'où origine l'approche) réfère à des moyens de réduire les conséquences négatives (ex. : surdoses, infections, maladies transmissibles) associées à l'usage de psychotropes ou autres comportements à risque ou créant une dépendance. Elle réfère généralement aux interventions n'exigeant pas l'arrêt de la consommation ou du comportement (CCLAT, 2008).

<sup>68</sup> Considérons quelques données relatives à la population des utilisateurs de drogues injectables chez qui les infections par le VIH et le VHC sont très présentes. Selon l'enquête SurvUDI, 51 % des UDI sont infectés par le VHC seulement, 2 % le sont par le VIH seulement, alors que 18 % le sont par ces deux virus. Les taux d'incidence observés sont aussi inquiétants : 3,3 par 100 personnes-années pour le VIH et 27 par 100 personnes-années pour le VHC (Leclerc *et al.*, 2010 : 1). En vertu de la stratégie de réduction des méfaits, un million de seringues sont distribuées annuellement auprès de cette population alors que le besoin est estimé à 15 millions (Leclerc *et al.*, 2006). Ces constats soutiennent l'idée qu'une réduction du volume de seringues propres requises, par la prévention en toxicomanie et la prévention du passage à l'injection, est une avenue tout aussi nécessaire d'intervention. D'autant plus que l'objectif, essentiel, de mieux joindre les UDI fait face à la mobilité constante de cette population et à la diminution de leur fréquentation des services communautaires en place. Les données sur le traitement, bien que nécessaire aussi comme mesure préventive, militent aussi en faveur d'une stratégie concomitante, plus en amont. Par exemple, pour l'infection à l'hépatite C, bien que les deux tiers des personnes UDI aient déjà été infectées par le VHC, moins de 10 % de celles-ci accèdent au traitement (DSP, 2010b : 14). Et parmi celles traitées, le taux de succès du traitement varie de 50 % à 80 % (DSP, 2010b : 11). À cela s'ajoutent la lourdeur du traitement pour les personnes atteintes, pouvant aller jusqu'à la greffe hépatique, et les coûts importants du traitement pour le système de soins. Autant de données qui appuient la pertinence d'un investissement préventif, plus en amont.

<sup>69</sup> À titre d'exemple, notons la diversification et le renouvellement des stratégies pour joindre les populations vulnérables et rendre accessible le matériel de protection, des projets d'accompagnement à la réinsertion sociale (logement, emploi), les stratégies d'*empowerment* individuel et collectif conduisant à la défense des droits, les stratégies de médiation sociale auprès des citoyens et des autorités visant la cohabitation et la mixité sociale.

pérennité. Les problèmes de système et les solutions déployées ou envisagées par les acteurs, que documente cette recherche, témoignent de ce dynamisme et de cet intérêt des acteurs envers leur système d'action. Quatre des cinq problèmes identifiés par les acteurs concernent principalement le fonctionnement interne de leur système d'action, avec l'optique de « *faire davantage et mieux ce que l'on fait déjà* ». Ces problèmes mobilisent la plus grande part de leurs stratégies de changement, surtout des stratégies d'interaction et d'apprentissage et des stratégies structurelles (pour un rappel des stratégies de changement, voir le tableau 2 à l'annexe 4).

Sur le plan de son fonctionnement interne, le système d'action comporte les mêmes tensions qui caractérisent généralement les systèmes d'action en partenariat composés d'acteurs publics et communautaires, des tensions qui semblent être gérées de façon plutôt satisfaisante, du point de vue des deux parties. Premièrement, comme acteur régulateur du système d'action montréalais, la DSP compose avec deux fonctions en tension, l'une de régulation et de contrôle gestionnaire qui impose un rapport hiérarchique, et l'autre d'accompagnement et de facilitation de l'action, qui comporte le soutien des acteurs et l'animation des instances de concertation, et où un rapport de partenariat est plutôt recherché<sup>70</sup>. Établir des rapports de partenariat tout en ayant une fonction de contrôle dans un système d'action concertée pose des défis de taille pour l'acteur concerné afin de s'acquitter des exigences propres, mais paradoxales, de chacune de ces fonctions. Selon la majorité des acteurs du système d'action montréalais en prévention des ITSS, la DSP réussit de manière satisfaisante à tenir les parties ensemble et assurer la régulation.

Deuxièmement, de leur côté, les organismes communautaires sont historiquement tiraillés entre leur volonté de collaborer avec le réseau public afin d'arrimer leurs services respectifs, et leur souci de préserver leur autonomie et leur spécificité. Les organismes communautaires souhaitent collaborer avec les instances publiques afin de mieux répondre aux besoins de leurs clientèles en même temps qu'ils souhaitent garder une certaine distance avec le réseau, vues les approches et les pratiques qui les distinguent et qu'ils tiennent à conserver. Leur complémentarité et le partenariat avec le réseau public se définissent dans cette tension constante entre ces deux pôles. Les enjeux en cause concernent le maintien, le développement et la reconnaissance des pratiques communautaires, confrontées aux pratiques cliniques que l'on cherche à standardiser et institutionnaliser dans le réseau public. Dans le système d'action montréalais en prévention des ITSS, les acteurs ont la capacité de traiter ces enjeux si on se base sur trois constats : 1- la volonté des acteurs communautaires de soulever cette controverse; 2- l'existence d'un lieu pour le faire, soit la *Table des directeurs généraux des organismes communautaires montréalais en prévention des ITSS*; 3- une ouverture de la DSP (et des CSSS en général) au pluralisme des modes d'intervention en prévention des ITSS. Ainsi, malgré les contextes programmatique et financier, et malgré la forme de financement par ententes de services, les rapports entre la DSP et les organismes communautaires apparaissent participatifs autour de la codéfinition de certaines modalités de l'action, quoi que dans un contexte où ses éléments les plus structurants échappent aux acteurs communautaires. Les programmes-cadres sont en effet des technologies sociales plus ou moins restrictives et il convient de souligner la nécessité de soutenir les processus d'appropriation, de traduction, de réinvention, de sorte que ces programmes aient du sens pour les acteurs qui les mettent en action (Denis *et al.*, 2009). Ce qui requiert des planificateurs

---

<sup>70</sup> Les CSSS vivent sensiblement la même dynamique dans les réseaux locaux de services sauf qu'ils n'ont pas de rapport de bailleurs de fonds avec les partenaires impliqués même s'ils ont le mandat d'assurer la coordination et la hiérarchisation des services au plan local.

publics qu'ils instrumentent la délibération autour des controverses et la négociation du compromis.

Le **deuxième problème**, qui met en présence l'approche généraliste versus spécialisée en prévention des ITSS, constitue un enjeu prégnant au sein du système d'action qu'il convient de traiter avec une telle stratégie de délibération autour d'une controverse. Ce problème prend place au coeur des rôles contradictoires de soutien et de contrôle qu'assume la DSP et de la tension complémentarité-autonomie du rapport public – communautaire. S'appuyant sur le *modus operandi* de la démocratie technique (Callon *et al.*, 2001), les acteurs doivent être situés dans un espace délibératif où ils conduisent un exercice rigoureux d'analyse d'une controverse en mettant à contribution des experts de la question choisis de manière consensuelle. Des outils peuvent aider à un tel exercice (Bilodeau *et al.*, 2003). Il importe que la conduite de l'exercice soit hautement interactive avec les parties concernées de sorte que les conclusions suscitent l'adhésion de tous (Lavis *et al.*, 2003). À l'issue de l'exercice, quatre options sont possibles : 1) un consensus se dégage autour d'une approche se distinguant par sa faisabilité et son efficacité sociosanitaire; 2) les deux approches ont leurs conditions essentielles d'opération pour atteindre une efficacité sociosanitaire et on s'oriente alors vers le « mieux faire » l'une et l'autre de ces approches; 3) aucune évidence ne ressort quant à l'efficacité sociosanitaire de l'une ou l'autre approche; 4) une approche est sous évaluée dans la littérature scientifique et il faut poursuivre l'effort de recherche pour être en mesure de poursuivre l'exercice comparatif.

Le fonctionnement interne du système d'action ITSS est aussi caractérisé par des attributs structurels du système sociosanitaire québécois qui ne lui sont pas spécifiques, notamment ici, l'organisation interne des CSSS en programmes-services. Comme solution au **premier problème**, celui de l'interface et de la liaison entre les services de première ligne en CSSS et organismes communautaires, on cherche à aménager et à pérenniser, à travers cette structure de programmes-services, des corridors et des services de proximité pour les personnes vulnérables rejointes par les organismes communautaires. La complexité des interventions auprès des populations présentant de multiples problèmes rend nécessaires ces nouvelles façons de faire qui sont difficiles à instituer. Par exemple, l'ouverture vers le travail hors les murs rend les postes de travail de proximité particulièrement exigeants, notamment parce qu'ils se situent à la frontière de l'institutionnel et du communautaire. Ces postes nécessitent des aptitudes professionnelles particulières de la part des infirmières et intervenants sociaux alors qu'ils sont souvent précaires. On y constate un haut taux de roulement faisant en sorte que les liens collaboratifs essentiels avec les autres intervenants sont souvent à reconstruire. Par ailleurs, ce premier problème ne peut être traité sans considérer du même coup le **troisième problème**, celui de l'offre de service régionale versus par territoire de CSSS, puisqu'ils sont imbriqués. L'accessibilité locale versus la concentration d'une masse critique de ressources pour assurer un service de qualité, tout en considérant la distribution déjà inégale des ressources ITSS entre les CSSS, sont autant d'enjeux en cause.

Il ressort de l'analyse de ces problèmes internes du système que les stratégies de changement mises de l'avant le sont pour la plupart en dyade, au palier local entre organismes communautaires et CSSS ou au palier régional entre la DSP et les CSSS ou entre la DSP et les organismes communautaires. Puisqu'il demeure que la DSP est positionnée au centre du système (malgré la réforme de 2003), où elle assure la régulation et une cohésion d'ensemble, il apparaît

qu'un espace régional tripartite pourrait permettre de chercher des voies de solutions aux problèmes qui concernent le fonctionnement interne du système. Face au premier problème, au-delà de la mise en place des services ITSS de première ligne en CSSS comportant des accès pour les organismes communautaires, un espace régional tripartite permettrait aux acteurs de mieux comprendre le contexte et les contraintes avec lesquels chacun doit composer. Cela faciliterait les interfaces locales et le partage de modèles collaboratifs CSSS – organismes communautaires. En outre, l'offre régionale ou territoriale en CSSS (troisième problème) gagnerait à être discutée dans un espace régional tripartite puisque cette question ne se pose pas seulement pour les CSSS mais aussi pour les organismes communautaires. Le même raisonnement vaut pour la question de l'approche généraliste versus spécialisée en prévention des ITSS (deuxième problème) puisque les CSSS sont concernés pour ce qui est de leur propre offre locale de services. On peut penser qu'un espace régional réunissant les trois classes d'acteurs, auquel seraient soumis des problèmes de système, leur permettrait de s'influencer en confrontant leurs discours, d'améliorer leur compréhension réciproque et de développer progressivement une vision populationnelle montréalaise des problèmes et solutions. En ce sens, dans son cadre de référence du volet communautaire, la DSP souligne l'intérêt des « liens qui ont commencé à s'établir » entre les structures régionales des CSSS et des organismes communautaires (DSP, 2010a : 10).

Enfin, le **quatrième problème**, celui du *statu quo* ou de possibles changements dans le financement des organismes communautaires, prend place aussi dans des structures qui le façonnent et qui, en partie, le dépassent. Ces structures, ce sont le financement de base du PSOC par catégories d'organismes appariées aux programmes-services et le financement ITSS par projets et par populations cibles. Pour ce qui est du PSOC, les arrangements à convenir doivent être réfléchis au palier ministériel avec les partenaires communautaires puisque le programme relève de ce palier. Le gain escompté est un décloisonnement des catégories du PSOC pour certains organismes favorisant un accroissement du travail collaboratif devant des problèmes qui se présentent souvent enchevêtrés chez les différentes populations desservies. Par ailleurs, les acteurs décisionnels du système d'action montréalais ITSS ont davantage de prise sur des changements au financement ITSS qui est interne au système.

Mais il apparaît aussi que les solutions à plusieurs problèmes internes du système dépendent d'autres acteurs et des paliers supérieurs de la gouverne auxquels il convient de s'adresser en déployant des stratégies d'influence, une approche moins exploitée pour ces problèmes par les acteurs montréalais en prévention ITSS pendant la période étudiée (2004-2008). Par exemple, on ne peut parler véritablement d'amélioration du continuum de première ligne et de collaborations CSSS – organismes communautaires si les ressources n'existent pas en CSSS pour ces services. Ces choix relèvent des directeurs des CSSS et de décideurs ministériels que les acteurs en prévention des ITSS cherchent à influencer. Un autre exemple est celui de l'établissement à Montréal de sites d'injection supervisée (SIS) à l'intention des toxicomanes au sein d'organismes communautaires en prévention des ITSS. De tels services ont été formellement inscrits dans la Stratégie québécoise de lutte aux ITSS en 2004<sup>71</sup>, puis dans le Programme national de santé

---

<sup>71</sup> La première initiative pour inscrire les services d'injection supervisée dans la programmation du MSSS a été amorcée en 2002 par monsieur Roger Bertrand, ministre délégué à la Santé, aux Services sociaux, à la Protection de la jeunesse et à la Prévention (Bertrand, 2002 dans Noël *et al.*, 2009).

publique du Québec (PNSP) en 2008 et des études en démontrent l'intérêt<sup>72</sup>. Pendant qu'a cours le débat de juridiction fédérale–provinciale sur la légalité de telles installations et que la question est renvoyée devant la Cour suprême du pays, des actions d'influence ont leur pertinence. C'est ainsi que, dans la foulée du rapport annuel 2010 du directeur montréalais de santé publique (DSP, 2010b), après l'avis favorable aux sites d'injection supervisée émis par l'INSPQ en 2009 (Noël *et al.*, 2009), ce dernier a réitéré devant les médias ce point de vue de santé publique.

## 2 CHERCHER AUSSI À AGIR AUTREMENT

Le **cinquième problème** évoqué par les acteurs reflète la nécessité qu'ils perçoivent d'« *intervenir autrement* » par l'implication d'autres acteurs et donc par le rallongement de leur système d'action, en aval pour traiter comme en amont pour prévenir. Des stratégies d'influence sont alors surtout mobilisées, cherchant à amener d'autres acteurs à s'engager envers la prévention des ITSS. Notons ici que le rallongement d'un système d'action dépasse les stratégies d'influence interpellant des acteurs externes ou situés en périphérie, qui sont concernés par des déterminants ou des facteurs de risque dont se préoccupent les acteurs d'un système d'action. Le rallongement d'un système d'action signifie le déplacement ou l'élargissement de son unité centrale productive vers des finalités connexes qui sont intégrées au système d'action. Le déplacement ou l'élargissement de l'unité centrale productive implique son rattachement à d'autres réseaux existants ou la constitution de nouveaux réseaux partageant ces nouvelles finalités. Plus encore, le rallongement d'un système d'action implique la mobilisation de ressources dans cette unité centrale productive ainsi reconfigurée. La mobilisation de ressources vers ces finalités connexes peut influencer sur l'équilibre du système. Comment, alors, travailler au rallongement du système montréalais de prévention des ITSS sans le mettre en péril et en mettant à profit les acquis?

### ***Le rallongement du système d'action en aval***

En aval, les acteurs montréalais en prévention des ITSS se butent à un certain nombre de problèmes qui, bien que largement extérieurs à leur système d'action, sont en cause dans leurs difficultés à atteindre les finalités fixées. Puisque dans le domaine des ITSS, dépister et traiter c'est aussi prévenir, rendre les services de dépistage, de diagnostic et de traitement plus performants exige aux acteurs en prévention de travailler aussi à renforcer le système de soins. On cherche alors l'engagement d'acteurs névralgiques à cet effet et la levée des obstacles à cet engagement : les infirmières, les cabinets de médecins, les laboratoires et les services médicaux hospitaliers de même que les centres de réadaptation en dépendance. Comment intéresser ces acteurs, quels obstacles à leur engagement doivent être levés?

---

<sup>72</sup> L'avis de l'INSPQ (Noël *et al.*, 2009) démontre que les évaluations scientifiques portant sur les effets des SIS sur la santé des usagers (ou sur certains marqueurs intermédiaires) ou sur l'ordre public sont soit positifs, soit neutres. Ces recherches ont montré que les SIS 1) rejoignent bien les populations le plus à risque de morbidité et de mortalité et leur permettent d'obtenir des services de santé primaires et des références à d'autres services de santé; 2) réduisent la mortalité par surdoses en plus de réduire la pression sur les services d'urgence des hôpitaux; 3) réduisent les risques de santé liés à l'utilisation de drogues par injection par la création d'environnements sécuritaires pour l'injection et l'adoption et le maintien de comportements sécuritaires; 4) réduisent les nuisances dans les lieux publics en diminuant l'injection en public et les rebuts laissés dans les espaces urbains; et enfin 5) les SIS permettent de stabiliser l'état de santé des personnes UDI par une prise en charge des nombreux problèmes de santé, en plus de favoriser l'entrée en désintoxication.

Quelques maillons manquants du réseau sont souvent mentionnés par les acteurs du système d'action montréalais ITSS. L'accès aux laboratoires (y compris par les infirmières qui n'ont pas toujours droit à des requêtes) et la non-reconnaissance de certains tests de dépistage par les microbiologistes et le Collège des médecins sont des éléments rapportés par les acteurs comme freinant le dépistage. Également, l'établissement de diagnostics ITSS est grandement affecté par différents obstacles. Le faible nombre de médecins mobilisés à titre de médecins répondants est préoccupant et représente une limite. Même dans les CSSS bénéficiant de ressources infirmières ITSS, celles-ci ne sont pas toujours en mesure de dépister en raison de l'absence de médecins répondants ITSS<sup>73</sup>. Notons aussi l'implantation de l'ordonnance collective, qui peut être pratiquée par les infirmières en vertu de la Loi 90 entrée en vigueur en 2002 (Gouvernement du Québec, 2002). Par règlement du CMDP (Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens) d'un établissement de santé, encadrée par un protocole, l'infirmière peut « *initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique* » (Gouvernement du Québec, 2002). Alors que l'Association des CMDP du Québec affirmait en 2006 (ACMDPQ, 2006) que ces ordonnances collectives et protocoles étaient des outils privilégiés pour une approche interdisciplinaire bénéfique pour le patient, à Montréal, les changements dans les pratiques des infirmières et médecins tardent toujours à s'implanter.

Ainsi, d'un côté on privilégie les services extra muros et les services de proximité en plaçant des infirmières dans les milieux de vie des populations les plus vulnérables. De l'autre côté, on ne parvient pas à faire le nécessaire pour que les infirmières puissent dépister, pour que les échantillons soient analysés et pour que soient pris en charge les patients dépistés positifs. Ces problèmes se répercutent sur la collaboration public– communautaire en ce qu'ils empêchent les CSSS d'accomplir adéquatement leur part de responsabilité dans la continuité des services de première ligne (1<sup>er</sup> problème).

Pourtant, des exemples de stratégies mises en place en CSSS nous viennent de différentes régions, montrant leur faisabilité. Ainsi, la région de l'Abitibi–Témiscamingue soutient avoir ramené en 2009 ses taux d'infections à la chlamydia sous la moyenne provinciale grâce au travail des SIDEP et à l'implantation de l'ordonnance collective en vertu de laquelle les infirmières peuvent dépister et initier un traitement en collaboration avec les pharmaciens. « *Cette modification des pratiques améliore l'accessibilité aux services et facilite le travail de complémentarité avec les travailleurs de rue.* » (Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi–Témiscamingue, 2010 : 79). Au nombre des exemples, il y a aussi celui du protocole SIDEP des ITSS développé au CSSS de Sept-Îles qui est destiné au dépistage des clientèles asymptomatiques et de leurs contacts. Considéré innovateur, ce protocole a notamment reçu le Prix innovation clinique 3 M 2008 de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et a servi d'inspirations pour trois autres CSSS (OIIQ, 2009). Il y a également l'exemple de l'ordonnance collective pour la chlamydie, du CSSS Vaudreuil-Soulanges en Montérégie (DSP de la Montérégie, 2010a : 29), qui permet aux infirmières de recommander un traitement à un patient ayant été diagnostiqué positif au dépistage. De telles ordonnances sont appréciées par les médecins particulièrement parce qu'à la différence des actes délégués, l'infirmière qui effectue

---

<sup>73</sup> La difficulté à mobiliser des médecins répondants était documentée, déjà, dans l'étude de Laberge *et al.* de 2002 pour ce qui est du traitement des personnes infectées par le VHC, du fait que ce problème touche principalement les UDI. Cette difficulté est à nouveau exprimée par les acteurs montréalais du système d'action ITSS.

les dépistages et/ou les traitements a la responsabilité légale de ses actes (DSP de la Montérégie, 2010b). Selon le directeur national de santé publique, ces exemples devraient inspirer les autres CSSS et milieux cliniques au Québec (MSSS, 2010 : 64).

Ces problèmes structurels interpellent aussi les paliers supérieurs de la gouverne, soit les instances régionale (Agence) et provinciale (MSSS) et leurs responsabilités à l'égard de l'organisation des services, mais aussi à l'égard de la population, et particulièrement des personnes marginalisées qui ont droit à ces services. De tels problèmes macrosystémiques commandent des stratégies de représentation et de mobilisation adressées au système de soins par les acteurs du système québécois de santé publique et non plus seulement par les acteurs de la prévention des ITSS. La stratégie des rapports annuels 2010 des directeurs montréalais<sup>74</sup> et national de santé publique est de ce type. La force de cette stratégie de mobilisation et d'influence réside, certes, dans le fait d'être portée par le système de santé publique et non par les seuls acteurs ITSS, mais surtout dans une approche du rapport annuel qui en fait un événement de mobilisation et d'engagement des acteurs concernés dans des nouveaux rôles susceptibles de réduire le problème des ITSS, plutôt que de se limiter à la diffusion grand public de données épidémiologiques (Lessard, 2010). Dans la foulée de la production du rapport, le directeur montréalais de santé publique a interpellé et obtenu l'engagement, dans le traitement du VHC, des Unités hospitalières de recherche, d'enseignement et de soins sur le sida (UHRESS), jusqu'alors dédiées au traitement du VIH, moyennant l'apport additionnel de financement (Lessard, 2010). On voit, dans cette situation de rallongement en aval du système d'action ITSS, de quelle façon des unités productives de soins et services ont été mobilisées, notamment par l'apport de ressources additionnelles, au-delà des stratégies d'influence auprès de ces acteurs.

En aval, le rallongement du système d'action ITSS concerne aussi la sectorisation de différents services psychosociaux spécialisés : en toxicomanie, en santé mentale, en VIH – hébergement. Ces services sectorisés répondent mal à une population présentant des problèmes complexes qui exigent des réponses complexes, de sorte que les intervenants communautaires spécialisés en prévention des ITSS se trouvent à répondre à une étendue de problèmes pour lesquels ils n'ont pas forcément l'expertise et qui drainent leurs ressources. Face à ce type de problèmes, différentes modalités de décloisonnement peuvent être envisagées. Pour les acteurs concernés, cela consiste à identifier les facteurs politiques et administratifs qui peuvent mettre fin ou atténuer les effets des divisions sectorielles et à envisager les arrangements administratifs et les compromis politiques pouvant favoriser l'intégration (Lafferty et Hovden, 2003; Rayner et Howlett, 2009). Par exemple, des règles administratives existantes peuvent être activées ou renforcées. Déjà, le cadre de référence de la politique gouvernementale sur l'action communautaire (Gouvernement du Québec, 2001a) reconnaît la possibilité d'un rattachement des organismes communautaires à deux ministères (White *et al.*, 2008) et dans la pratique, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal finance certains organismes à partir de deux catégories du *Programme de soutien aux organismes communautaires* (PSOC) même si ce n'est pas généralisé<sup>75</sup> (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2010). L'on conviendra

---

<sup>74</sup> Les directions de santé publique de la Montérégie (DSP de la Montérégie, 2010) et de l'Outaouais (DSP Outaouais, 2010) ont également emboîté le pas et publié un rapport annuel sur les ITSS.

<sup>75</sup> Par exemple, les centres d'action bénévole sont financés en tant que *centres d'action bénévole* ainsi qu'en *maintien à domicile*; le YMCA est financé comme *ressource de justice alternative* et comme *autres ressources jeunesse*.

toutefois que ce type d'arrangement administratif ne résout pas le problème de fond de la sectorisation bien qu'il puisse en atténuer certains effets.

### ***Le rallongement du système d'action en amont***

Les stratégies de prévention, **en amont**, sont peu problématisées dans les documents du programme régional (DSP, 2003; DSP, 2010a)<sup>76</sup>, en partie en raison des principales priorités mises de l'avant par la DSP en 2010 à savoir joindre davantage les populations vulnérables, accroître le dépistage et mieux organiser le traitement. Cette sous-problématisation de l'amont contraste avec le niveau de complexité des interventions centrales du programme axées sur la stratégie de réduction des méfaits. En effet, cette stratégie prend forme dans une chaîne d'actions et de dispositifs qui matérialisent une grande quantité de savoirs scientifiques et expérientiels, partant du système de relais vers les populations à risque (joindre) et la construction de relations d'aide significatives, en passant par le *counselling* et la transmission d'instructions précises sur le mode d'usage du matériel de protection, allant jusqu'au dépistage et au traitement (DSP, 2010a). Cette sous-problématisation de l'intervention en amont de la réduction des méfaits ne signifie pas que les acteurs, individuellement, ne détiennent pas de tels savoirs. Nous parlons ici des savoirs sur la santé gaie ou sur la santé sexuelle chez les HARSAH, sur la prévention en toxicomanie, l'éducation sexuelle ou l'intervention sociale auprès des personnes en difficulté. Les acteurs du réseau montréalais ITSS détiennent et mobilisent de tels savoirs dans leurs pratiques, qui peuvent être soutenues par d'autres sources de financement, voire par le programme ITSS. Dans ce programme, ces savoirs ne sont pas incorporés dans une problématisation comportant des stratégies et des ressources dédiées, tel que le sont les savoirs détenus par ces mêmes acteurs en ce qui a trait à la stratégie principale de réduction des méfaits. Ces savoirs et pratiques relatifs aux stratégies préventives en amont se trouvent donc à la marge du programme montréalais de prévention des ITSS. Le rapport annuel du directeur national de santé publique consacré aux ITSS (MSSS, 2010) annonce toutefois un rééquilibrage des approches. Il promeut une couverture de l'ensemble du réseau scolaire par une approche intégrée et globale de la santé à l'école (éducation sexuelle, éducation sur la question de l'orientation sexuelle et lutte contre l'homophobie, prévention des ITSS et sensibilisation à l'usage de psychotropes) cela, par le biais de collaborations accentuées entre les réseaux de l'éducation et de la santé et des services sociaux; il promeut en outre la mise en place des programmes d'accès aux condoms dans les organismes jeunesse et les écoles (MSSS, 2010).

Déjà en 2002, les acteurs ITSS régionaux interrogés par Laberge *et al.* (2002) soutenaient une argumentation en faveur d'une approche de prévention par population cible, où les ITSS sont intégrées à d'autres problématiques ayant des déterminants ou des facteurs de risque et de protection communs. Dans cette voie, en 2005, Roy *et al.* (2005) notaient un changement dans le discours des politiques concernant le VIH/SIDA, s'éloignant d'une conception centrée uniquement sur les services visant à répondre à des besoins spécifiques pour s'ouvrir aux dimensions sociales qui rendent des populations vulnérables. Ainsi, la notion de personnes à

---

<sup>76</sup> En d'autres territoires, cette perspective semble davantage développée. Ainsi, la DSP de la Montérégie (2010a : 22) fait du renforcement de l'éducation sexuelle en milieu scolaire une des trois priorités de son programme ITSS. En ce sens, elle « encourage les CSSS à collaborer aux interventions d'éducation à la sexualité réalisées dans les écoles pour lesquelles une clinique jeunesse est accessible » (p. 22-23) et « s'engage à collaborer avec la Direction régionale du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport pour soutenir la mise en œuvre d'une démarche d'éducation à la sexualité en milieu scolaire et l'implantation de l'Approche École en santé » (p.30).



risque a été remplacée par la notion plus englobante de personnes vulnérables et de groupes vulnérables. Dans la présente recherche, nous avons aussi noté qu'une reproblématisation et de meilleures collaborations sont souhaitées avec des acteurs actuellement peu connectés au système montréalais en prévention des ITSS, tant à l'intérieur du secteur sociosanitaire (ex. : toxicomanie, santé mentale, protection de la jeunesse) que dans d'autres secteurs d'intervention publics (ex. : éducation, sécurité publique). La discussion du **cinquième problème** sur le rallongement du système d'action rend compte de cela. Les populations visées par l'intervention en prévention des ITSS sont effectivement d'autant plus vulnérables qu'elles ont peu recours au réseau formel de services (MSSS, 2004a) et qu'elles sont souvent aux prises avec d'autres problèmes (toxicomanie, prostitution, itinérance, exclusion sociale, etc.) perçus plus urgents que les ITSS. Une approche de ces populations sur la base principale d'un programme de prévention sanitaire comporte donc des limites. Une approche plus globale auprès des populations cibles (jeunes en difficulté, communauté gaie, etc.), qui intègre la problématique des ITSS et en adapte les interventions, répond mieux à cette volonté, aussi, d'« *agir autrement* ».

À Montréal, bien que le système d'action soit sectorisé par population cible, ce passage d'une approche par problème à une approche plus globale auprès de ces populations cibles n'est pas observable en prévention des ITSS. Des facteurs structurants, comme les politiques et programmes ministériels ainsi que le type de financement en vigueur, expliquent en partie ce fait. Les acteurs locaux engagés avec la DSP dans le programme ont peu de prise sur la détermination des finalités du système d'action ainsi que sur ses règles (ex. : les interventions financées). En outre, des acteurs du système montréalais entièrement dédiés à la prévention des ITSS peuvent appréhender des pertes possibles reliées à des changements dont l'issue reste incertaine. Le système d'action montréalais a développé un certain équilibre interne entre les opportunités qu'il procure aux acteurs et les contraintes et difficultés qu'il comporte, qui sont d'ordre principalement fonctionnel et opérationnel et pour lesquelles les acteurs sont prêts à déployer des stratégies et à investir des énergies ciblées. Ainsi, le système d'action est surtout centré sur la mise en action des mandats reçus avec les moyens octroyés alors que les questions plus larges de la reproblématisation de la prévention des ITSS, la redéfinition des stratégies d'intervention, la reconfiguration des modes de financement se situent en périphérie du système d'action.

Vu le rôle central que joue la DSP dans les orientations du système montréalais en prévention des ITSS, il lui revient de soutenir l'évaluation des possibilités de rallongement du réseau qui seraient propices à la réduction des ITSS. En planification publique, le rallongement des réseaux est une stratégie qui exige une approche rigoureuse et bien ciblée dans laquelle les acteurs déjà engagés doivent opérer un découpage stratégique des acteurs à mobiliser en vertu d'un but qui peut devenir commun (Bilodeau *et al.*, 2007). Rallonger le système d'action ITSS en amont exige de sortir d'un système d'action défini par les ITSS pour s'arrimer à des systèmes d'action définis par populations cibles puisque, outre le fait d'être communément vulnérables aux ITSS, les différentes populations visées par le système d'action ITSS se partagent peu de choses. Il faut partir du système d'action existant et voir quels intérêts peut-il partager avec d'autres acteurs intervenant auprès des mêmes populations. En raison des différentes réalités et besoins de chaque population, le rallongement du système ITSS en amont devra se faire en se connectant à d'autres acteurs ou systèmes d'action mobilisés autour de finalités connexes, assez proximales pour que les arrimages puissent opérer.

À titre illustratif, une telle approche plus globale peut être articulée pour les jeunes en difficulté (14-30 ans). En matière de toxicomanies, des groupes précis, plus à risque de consommation, de polytoxicomanie et d'abus de substances sont identifiés, tels que les jeunes fugueurs et les jeunes de la rue, les jeunes qui passent par le système de protection et le système judiciaire, les jeunes exploités ou agressés sexuellement, les jeunes Inuits, métis et des Premières nations (Saewyc, 2007). Ces jeunes en difficulté sont une cible du *Plan d'action interministériel en toxicomanie* (MSSS *et al.* 2006), où le MSSS est partie prenante. Dans le programme ministériel en prévention des ITSS, comme dans le programme montréalais, ces mêmes jeunes en difficulté constituent une population vulnérable qui requiert des « *interventions qui précèdent l'usage de drogues et le passage à l'injection* » (MSSS, 2004b : 17), cependant sans que soit mise de l'avant une approche plus globale à leur intention.

Les jeunes – et les jeunes adultes – transitant ou ayant transité par les centres jeunesse ou qui sont rejoints par les organismes de soutien aux jeunes en difficulté constituent une cible particulièrement prioritaire pour une approche de prévention des ITSS en amont, compte tenu du cumul des vulnérabilités qui les caractérise et des nombreux facteurs de risque et de protection communs à différents problèmes de santé et d'adaptation sociale (Roy *et al.*, 2004; MSSS *et al.*, 2006; Lambert *et al.*, 2010). À titre d'exemple, une différence marquée est observée entre l'intensité de la consommation chez les jeunes des centres jeunesse et chez les jeunes en général (MSSS *et al.*, 2006 : 28; Tremblay *et al.*, 2007). L'étude de Lambert *et al.* (2010 : 7) sur les jeunes des centres jeunesse note qu'« *un peu plus de la moitié des jeunes ont un problème évident de consommation excessive d'alcool et de drogues nécessitant une intervention spécialisée* ». La fin de la prise en charge par le centre jeunesse marque une étape particulièrement difficile pour ces jeunes et accentue le contexte de vulnérabilité dans lequel ils se trouvent. Ce « *passage brutal à la vie autonome* » (Biehal et Wade, 1996 dans Goyette et Turcotte, 2004 : 33) ne se fait pas sans heurts et se solde, pour certains, par le passage à la rue et l'itinérance<sup>77</sup>. Ainsi, on sait qu'une forte proportion des jeunes de la rue ont déjà transité par les centres jeunesse (Roy *et al.*, 2004)<sup>78</sup>. On sait aussi qu'une forte proportion des jeunes de la rue (30 à 40 %) consomment des drogues par injection (Roy *et al.*, 2004)<sup>79</sup> alors qu'on sait que, chez les jeunes suivis par les centres jeunesse, la consommation de drogues par injection est faible<sup>80</sup> (Lambert *et al.*, 2010). Par conséquent, le passage à la rue apparaît comme un déterminant important du passage à l'injection qui, lui-même, comporte un risque important d'infection au VIH et au VHC<sup>81</sup>. Il devient dès lors pertinent d'envisager d'étendre la finalité de prévention des

---

<sup>77</sup> Plusieurs autres difficultés sont relevées par ces auteurs chez des jeunes adultes ayant effectué un séjour prolongé dans une ressource d'hébergement, dont des taux plus élevés d'arrestation et d'incarcération, des taux de diplomation plus faible, davantage d'instabilité conjugale et de divorce, des problèmes de santé physique et mentale, de l'abus de drogues et du chômage.

<sup>78</sup> D'après les données de l'étude de Roy *et al.* (2004 : 9) 56 % des jeunes de la rue de leur cohorte ont déjà été hébergés en centre d'accueil et 44,2 % ont déjà été en famille d'accueil ou foyer de groupe.

<sup>79</sup> L'initiation à l'injection est un phénomène important chez les jeunes de la rue : environ 5 % d'entre eux s'y initient chaque année (Roy *et al.*, 2008 : 21).

<sup>80</sup> L'injection est une pratique très peu courante chez les jeunes des centres jeunesse : 6,2 % des filles et 1,5 % des garçons selon l'étude de Lambert *et al.* (2010 : 7).

<sup>81</sup> Chez les participants qui n'étaient pas infectés par le VHC à l'entrée dans l'étude de cohorte de Roy *et al.* (2004 : 3), le taux d'incidence du VHC était de 4,7 par 100 personnes-années. Le taux d'incidence grimpe à 23,3 par 100 personnes-années lorsque sont considérés les jeunes actifs dans l'injection durant le suivi (Roy *et al.*, 2004 : 3).

ITSS à la prévention en toxicomanie<sup>82</sup>, à la prévention de l'injection et à la prévention du passage à la rue. En ce sens, Roy *et al.* (2004) soulignent que des stratégies visant à prévenir le passage à la rue chez les jeunes vulnérables sont nécessaires car elles peuvent contribuer significativement à réduire le nombre de futurs utilisateurs de drogues par injection, mais également et plus globalement, à réduire les conséquences néfastes de la vie dans la rue chez les jeunes. Dans son rapport annuel sur la santé de la population consacré aux ITSS, le MSSS cible aussi la population des jeunes des centres jeunesse avec des stratégies d'accès au condom, de prévention de l'usage inapproprié des drogues et du passage à l'injection (MSSS, 2010).

Dans la poursuite de telles finalités, les centres jeunesse (Centres jeunesse de Montréal–CJM et Centres Batshaw) apparaissent être un acteur central d'un rallongement ciblé du réseau d'action ITSS, puisqu'ils sont l'acteur du secteur de la santé et des services sociaux chargé de la protection de la jeunesse et puisqu'ils sont eux-mêmes liés à différents réseaux de maisons d'hébergement et d'organismes intervenant auprès des jeunes en difficulté. Également, parce que le problème des ITSS reproblématisé davantage en amont permet l'émergence d'intérêts partagés où s'engager dans des solutions communes. Des collaborations historiques de la DSP avec les centres jeunesse ont donné lieu à ce jour à différentes réalisations. Notons le programme d'action communautaire (1996-2004) qui a produit un programme encore en usage d'éducation à la sexualité, de prévention des ITSS, d'intervention sur l'orientation sexuelle, sur la prostitution juvénile, sur l'usage et l'abus de drogues et d'alcool (Lambert et Parisien, 1998; CJM-IU, 2004). La finalité partagée de ce réseau d'action DSP – CJM-IU – organismes jeunesse était alors recentrée plus en amont, autour du mieux-être des jeunes en difficulté. Des recherches en collaboration ont aussi en cours telle que l'étude de Lambert *et al.* (2010) sur les habitudes de vie et comportements associés aux ITSS chez les jeunes hébergés en centres jeunesse. L'engagement de tels acteurs avec la DSP dans une unité productive de solutions en amont peut présenter un potentiel de gains en prévention des ITSS, de façon symétrique à la mobilisation des UHRESS dans une unité productive en aval pour le traitement du VHC. Il ne s'agit pas ici de promouvoir un jeu à somme nulle centré a priori sur la redistribution des ressources de l'actuel système d'action. Un tel rallongement des systèmes d'action, tel que le montre l'exemple des UHRESS, opère efficacement dans des jeux à somme positive impliquant une distribution de manière différente des ressources actuelles et additionnelles.

Une stratégie de prévention des ITSS en amont doit aussi comporter une analyse et des pistes d'action (notamment d'influence) relatives aux politiques publiques qui concourent à créer et perpétuer les conditions qui construisent la vulnérabilité des jeunes. À cet égard, le programme régional – volet communautaire prévoit des stratégies d'influence sur les politiques urbaines (ex. : par la médiation) en ce qui concerne la défense des droits des populations marginalisées et la promotion de la cohabitation et de la mixité sociale auprès des citoyens et des autorités (DSP, 2010a). Plus que cela, il faut aussi que soient considérées les conditions de revenu et d'insertion sociale qui pèsent sur les jeunes en difficulté, qu'il s'agisse de l'iniquité d'accès à la sécurité du revenu en vertu de l'âge ou des critères restrictifs d'éligibilité aux mesures d'employabilité (voir à ce sujet Goyette *et al.*, 2006). La priorité de la DSP placée sur la réduction des inégalités sociales en santé dans tous ses programmes appelle un tel développement des stratégies en

---

<sup>82</sup> La prévention en toxicomanie réfère à la prévention de la dépendance à une substance, qu'il s'agisse de l'alcool, des drogues ou des médicaments psychotropes (MSSS *et al.*, 2006).

amont, dans le programme de prévention des ITSS. Le rapport annuel 2010 sur les ITSS du directeur montréalais de santé publique (DSP, 2010b) priorise en ce sens une stratégie d'influence en faveur de politiques publiques réduisant les conditions de vulnérabilité des populations<sup>83</sup>. L'enjeu est évidemment dans la mise en action de telles stratégies d'influence et leur portée sur les politiques publiques.

Plus en amont, vers des populations plus étendues telles que les jeunes en milieu scolaire, une contribution du système montréalais de prévention des ITSS peut être celle de l'expertise ITSS fournie dans d'autres réseaux où la DSP est engagée (secteur Jeunes), qui oeuvrent au rétablissement d'un curriculum d'éducation à la sexualité en milieu scolaire, à la promotion de relations amoureuses saines et à l'établissement de services cliniques préventifs pour les jeunes dans tous les CSSS, toutes des stratégies recommandées dans le programme ministériel (MSSS, 2004b).

À la Direction générale de santé publique du MSSS, le récent rattachement du dossier ITSS à la Direction du développement des individus et de l'environnement sera une occasion de réfléchir à la pertinence d'un rallongement du réseau et du développement d'approches plus globales en amont pour certaines populations cibles. Une telle optique exige une reproblématisation à développer avec les partenaires concernés de la prévention des ITSS reposant sur une approche davantage pluridisciplinaire et l'accentuation de l'action en partenariat avec d'autres directions du MSSS et d'autres secteurs, tel qu'on l'évoque dans le programme ministériel (MSSS, 2004b : 26, 40). Une telle reproblématisation pourra constituer un pas en direction d'une politique gouvernementale pour les jeunes et les jeunes adultes en difficulté.

L'évaluation de cette possibilité de rallongement du système d'action en prévention des ITSS vers l'amont, autour de la population des jeunes en difficulté, n'est ici amorcée qu'à titre illustratif. Conduire un tel exercice exige de mobiliser un groupe de réflexion qui met à contribution les savoirs nécessaires pour explorer divers arrangements collaboratifs autour de diverses solutions. Ce type d'évaluation des possibilités de rallongement du système d'action peut être entrepris pour d'autres populations cibles du programme de prévention des ITSS tels que les HARSAH ou les UDI.

---

<sup>83</sup> Cette stratégie d'influence sur les politiques publiques comporte les actions suivantes : 1) Privilégier les programmes et les politiques publiques qui s'inscrivent dans une logique de prévention plutôt que de répression. 2) Appuyer les politiques axées sur la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. 3) Soutenir les politiques publiques favorables à la sécurité et au bien-être physique et mental des groupes vulnérables, ainsi que celles qui favorisent l'intégration sociale et la concertation. 4) Encourager les stratégies et les programmes qui promeuvent des projets de logements sociaux, d'une part, et de logements temporaires destinés aux personnes suivant un traitement contre l'hépatite C, d'autre part. (DSP, 2010b : 31).

## RÉFÉRENCES

- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINQUE (2010) Rapport annuel de gestion 2009-2010, Rouyn-Noranda : Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscaminque, 141 pages.
- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL (2010) Rapport annuel de gestion 2009-2010, Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 148 pages.
- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL (2008) *Rapport de mission à Barcelone, Projet de collaboration et d'échange entre le Québec et la Catalogne en matière de prévention de la transmission du VIH et du virus de l'hépatite C (VHC) auprès des personnes utilisatrices de drogues par injection et des personnes inhalatrices de crack*, Montréal : Direction de santé publique, 17 p.
- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL (2006) *Cadre de référence Partenariat entre l'Agence de la santé et des services sociaux, les centres de santé et de services sociaux et, les autres catégories d'établissements et les organismes communautaires*, Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 46 pages.
- AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2006 [2008]) *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, Ottawa : Agence de la santé publique du Canada. En ligne au <<http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/guide-lignesdir-fra.php>>, consulté le 20 octobre 2010.
- AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2000) *Profil de l'hépatite C et de l'utilisation de drogues injectables au Canada*, Document de travail, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, 41 pages. En ligne au <<http://www.phac-aspc.gc.ca/hepc/pubs/prflhepciducan-prflhepcudican/intro-fra.php>>, consulté le 17 juin 2010.
- ASSOCIATION DES CONSEILS DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS DU QUÉBEC (ACMDPQ) (2006) *Le Conseiller*, Bulletin de l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec vol XXI(1), 16 pages.
- BILODEAU A. (2008) *Microprogramme en santé publique - MSO6340 Intersectorialité et action en partenariat en santé publique*. Montréal: Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal.
- BILODEAU A., D. BOURQUE, J. BEAUCHEMIN, et M. GALARNEAU (2010) *Actes du Forum régional sur le partenariat en prévention des ITSS. Tenu le 18 janvier 2010*. Montréal : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- BILODEAU A. et D. ALLARD (2007) « Des indicateurs de l'état des lieux aux indicateurs des processus du développement social » dans Sénecal, G. (éd.) *Les indicateurs socioterritoriaux. Perspectives et renouvellement*. Québec : Presses de l'Université Laval, 221-234.

- BILODEAU A., D. ALLARD, C. LEFEBVRE, H. CADRIN et M.-J. PINEAULT (2007) Le protocole sociojudiciaire en matière de violence conjugale : Une mobilisation ciblée pour une innovation limitée dans un champ fortement conflictuel, *Revue canadienne de criminologie et de justice pénale* 2007, 49(3) : 403-422.
- BILODEAU A., S. LAPIERRE et Y. MARCHAND (2003) *Le partenariat: comment ça marche? Mieux s'outiller pour réussir*. Montréal : Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 32 pages.
- BILODEAU, A., C. LEFEBVRE, et D. ALLARD (2002) *Le cas des programmes de prévention du VIH/sida chez les hommes gais dans la région de Montréal-Centre*. Montréal : Institut national de santé publique du Québec, 120 pages.
- BOURQUE, D. (2008) *Concertation et partenariat. Entre levier et piège du développement des communautés*. Collection Initiatives, PUQ, 152 pages.
- BOURQUE, D. (2007) Ententes de services et nouveaux rapports public-communautaire. *Intervention* 126 : 42-52.
- BOURQUE, D. (2004) « Nouvelle donne dans les rapports entre le réseau public et organismes communautaires », Montréal, *Les Cahiers du LAREPPS*, no 04-32, École de travail social, UQAM, 25 pages.
- BOURQUE, D. et L. FAVREAU (2003) « Le développement des communautés et la santé publique au Québec », *Service social*, 50(1) : 295-308. Disponible en ligne au <<http://id.erudit.org/iderudit/011352ar>>, consulté le 20 octobre 2010.
- BRETON, M. (2009) *L'incorporation de la responsabilité populationnelle dans la gestion des CSSS*. Thèse de doctorat. Montréal : Université de Montréal, 318 pages. Disponible en ligne au <<http://hdl.handle.net/1866/3201>>, consulté le 20 octobre 2010.
- CALLON, M., P. LASCOUME ET Y. BARTHE (2001) *Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique*. Paris : [Éditions du Seuil](#), 358 pages.
- CALLON, M. (1988) *La science et ses réseaux. Genèse et circulation des faits scientifiques*. Paris : La Découverte, 214 pages.
- CENTRE CANADIEN DE LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME ET LES TOXICOMANIES (2008) *Réduction des méfaits : un concept qui en dit long*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 10 pages.
- CENTRE JEUNESSE DE MONTRÉAL – INSTITUT UNIVERSITAIRE (2004) *Fonds de soutien intégré à la mise en œuvre des priorités régionales de prévention / promotion. Bilan des activités 2003-2004*. Montréal : Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire, 8 pages.
- CENTRE QUÉBÉCOIS DE COORDINATION SUR LE SIDA (1992) *Stratégie québécoise de lutte contre le sida et de prévention des maladies transmissibles sexuellement : phase 3. Plan d'action 1992-1995*. Québec : Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 31 pages.

- CENTRE QUÉBÉCOIS DE COORDINATION SUR LE SIDA (1987) *Stratégie québécoise de lutte contre le sida*. Québec : Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- CENTRE QUÉBÉCOIS DE COORDINATION SUR LE SIDA (1988) *Stratégie québécoise de lutte contre le sida : phase 2*. Québec, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- COMMISSION D'ENQUÊTE SUR L'APPROVISIONNEMENT EN SANG AU CANADA (Commission Krever) (1997) *Le rapport de la Commission Krever*. Ottawa : Gouvernement du Canada. En ligne au <<http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/activit/com/krever-fra.php#table>>, consulté le 20 octobre 2010.
- DENIS, J.-L., L. LAMOTHE, A. LANGLEY, M. BRETON, J. GERVAIS, L.-H. TROTTIER, D. CONTANDRIOPOULOS et C.-A. DUBOIS (2009) "The Reciprocal Dynamics Of Organizing And Sensemaking In The Implementation Of Major Public Sector Reforms", *Canadian Public Administration Journal*, 52 (2): 225-248.
- DENIS, J.-L., L. LAMOTHE et A. MCMANUS (2005) *Connaissances et pratiques de gestion dans le domaine de la santé*. Infolettre GETOS-AnÉIS, vol 2 (3).
- DENIS, J.-L., P. LEHOUX, et F. CHAMPAGNE (2004) "A knowledge utilization perspective on fine-tuning dissemination and contextualizing knowledge" in Lemieux-Charles, L. et F. Champagne (dir.), *Using knowledge and evidence in health care: Multidisciplinary perspectives*, Toronto: University of Toronto Press, p. 18-40.
- DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE (2010a) *Programme de prévention du VIH, des hépatites et des autres infections transmissibles sexuellement (ITS) pour la région de Montréal. Cadre de référence 2010-2015 - Volet communautaire*, Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 36 pages.
- DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE (2010b) *Rapport du directeur de santé publique sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang à Montréal. Joindre plus, dépister plus, traiter plus*. Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 40 pages.
- DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE (2008a) *Cadre administratif. Les mesures et crédits de santé publique 2008-2009*, Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 36 pages.
- DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE (2008b) *Rencontre du Groupe de travail CSSS-ITSS et de la Table des directeurs généraux des organismes communautaires œuvrant au sein du Programme de prévention des ITSS de la région de Montréal*, Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, non publié, 1 page.
- DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE (2006) *Situation épidémiologique des ITSS –2006 pour la région de Montréal*, Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 31 pages. En ligne au <<http://www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/pdfmaladie/situationitss.pdf>>, consulté le 20 octobre 2010.

- DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE (2003) *Plan d'action montréalais de santé publique 2003-2006 La santé en actions*, Montréal : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 82 pages. En ligne au <<http://www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/pdfautre/planaction03-06.pdf>>, consulté le 20 octobre 2010.
- DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE. *Plan d'action montréalais de santé publique 2010-2015*, Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, à paraître.
- DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE LA MONTÉRÉGIE (2010a) Rapport de la directrice de santé publique 2010. *Épidémies d'infections transmissibles sexuellement et par le sang : Invertissons la tendance!* Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 36 pages. En ligne au <<http://www.santemonteregie.qc.ca/agence/santepublique/directiondesantepublique/itss.fr.html>>, consulté le 7 janvier 2011.
- DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE LA MONTÉRÉGIE (2010b) *L'ordonnance collective au CSSS Vaudreuil-Soulanges*, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. Vidéo en ligne au <<http://www.santemonteregie.qc.ca/agence/santepublique/directiondesantepublique/itss.fr.html>>, consulté le 7 janvier 2011.
- DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE L'OUTAOUAI (2010) Rapport de la directrice de santé publique de l'Outaouais. *Infections transmissibles sexuellement et par le sang. La situation est alarmante*. Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, 39 pages. En ligne au <[http://santepublique-outaouais.qc.ca/pages/index\\_f.aspx?DetailID=2824](http://santepublique-outaouais.qc.ca/pages/index_f.aspx?DetailID=2824)>, consulté le 13 janvier 2011.
- FAVREAU, L. et Y. HURTUBISE (1993) *CLSC et communautés locales : la contribution de l'organisation communautaire*, Ste-Foy : Les presses de l'Université du Québec, 211 pages.
- FLEURY, J., G. GUINGAND, et R. LHOMME (2000) « Réseau et innovation : Une perception dynamique du processus de la diffusion des innovations dans les établissements scolaires », *Recherche et formation*, n° 34 : 11-28.
- GIBBONS, M. (1994) "Introduction" in GIBBONS, M., C. LIMOGES, H. NOWOTNY, S. SCHWARTZMAN, P. SCOTT and M. TROW., Eds., *The New Production of Knowledge: The Dynamics of Science and Research in Contemporary Societies*, London, p. 1-16.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2005) Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (Loi 83), chapitre 32, Éditeur officiel du Québec. En ligne au <<http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2005C32F.PDF>>, consulté le 20 octobre 2010.



- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2003) *Loi sur les agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (Loi 25)*, L.R.Q. chapitre A-8.1, Éditeur officiel du Québec. En ligne au <[http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/A\\_8\\_1/A8\\_1.html](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/A_8_1/A8_1.html)>, consulté le 20 octobre 2010.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2002) *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (Loi 90)*, chapitre 33, Éditeur officiel du Québec.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2001a) *Politique gouvernementale. L'action communautaire, une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec*. Québec : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. 59 pages.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2001b) *Loi sur la Santé Publique*. L.R.Q. chapitre S-2.2. En ligne au <[http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S\\_2\\_2/S2\\_2.html](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_2/S2_2.html)>, consulté le 16 octobre 2010.
- GUAY, L., M. GALARNEAU, P. BRUM-SCHÄPPI, *et coll.* (2008) *La mise en œuvre de la Politique de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire dans le champ Santé et Services sociaux*, Rapport de recherche, Équipe d'évaluation de la mise en œuvre de la politique de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire, (dir.) D. White, Montréal : CPDS, Université de Montréal : 91 pages. En ligne au <<http://www.evalprsac.com/Cahiers%20et%20rapports%20de%20recherche.htm>>, consulté le 20 octobre 2010.
- GOYETTE M., C. BELLOT et J. PANET-RAYMOND (2006) *Le Projet Solidarité Jeunesse. Dynamiques partenariales et insertion des jeunes en difficulté*. Québec : Presse de l'Université du Québec, 178 pages.
- IMBLEAU, M. et C. ROSSI (2007) *Un portrait des services intégrés de dépistage et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (SIDEPS) 2004-2005*, INSPQ, 81 pages.
- JETTÉ, C. (2008) *Les organismes communautaires et la transformation de l'État-providence. Trois décennies de coconstruction des politiques publiques dans le domaine de la santé et des services sociaux*. Québec : Presses de l'Université du Québec, 422 pages.
- LABERGE, C., M. Steben, A.-C. Labbé, C. Fortin, R. Parent et C. Babin (2006) *Complément québécois aux Lignes directrices canadiennes sur les ITS*, édition 2006, Québec : Institut national de santé publique du Québec, 38 pages.
- LABERGE, A., C. ROSSI, M. F. ALLEN, et P. RACINE (2002) *Bilan de la mise en œuvre des orientations nationales en matière de VIH/sida, de MTS et de VHC: Les points de vue des régions*. Québec: Institut national de santé publique du Québec et Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 41 pages.

- LACHAPELLE, R., avec la coll. de D. BOURQUE (2007) *Pratiques d'organisation communautaire en CSSS et programmes de santé publique*, Rapport de recherche, Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire, en CLSC et en centre de santé (RQIIAC), 101 pages. Disponible en ligne au <<https://depot.erudit.org/id/001813dd>>, consulté le 20 octobre 2010.
- LAFFERTY, W. and E. HOVDEN (2003) "Environmental policy integration: towards an analytical framework." *Environmental Politics* 12: 1-22.
- LAFORÉST, R. et S. PHILLIPS (2001) « Repenser les relations entre gouvernement et secteur bénévole », *Politique et Sociétés*, 20(2-3) : 37-68. Disponible en ligne au <<http://id.erudit.org/iderudit/040274ar>>, consulté le 20 octobre 2010.
- LAHAÏE, C. (2005) « Vers un réseau de services et de soins intégrés pour les UDI/VIH », *L'intervenant, Revue sur l'alcoolisme et la toxicomanie*, Vol. 21 (2) : 38-40.
- LAHAÏE, C. (2002) « Vers un réseau de soins intégrés pour la clientèle toxicomane atteinte du VIH/sida », *L'Infirmière du Québec*, Vol. 9 (6) : 27-38.
- LAMBERT G., N. HALEY, S. JEAN, C. TREMBLAY, J.-Y. FRAPPIER, J. OTIS et É. ROY (2010) *Sexe, drogue et autres questions de santé. Étude sur les habitudes de vie et les comportements associés aux infections transmissibles sexuellement chez les jeunes hébergés dans les centres jeunesse du Québec. Rapport Synthèse*. Montréal : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Institut national de santé publique du Québec, 13 pages.
- LAMBERT, G. et H. SISSOKO (2003) *Bilan 1999-2002 des équipes de prévention et de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) des CLSC désignés de Montréal*, Montréal : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique, 181 pages.
- LAMBERT G. et D. Parisien (1998) *La prévention de l'infection à VIH et des autres MTS auprès de jeunes en difficulté*, Montréal : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique, 40 pages.
- LAMOTHE L., J.-P. FORTIN, et L.-H. TROTTIER (2007) *Infolettre GETOS-AnÉIS*, vol. 4(2) : 2-5. Téléchargé de <[www.medsp.umontreal.ca/getos](http://www.medsp.umontreal.ca/getos)>, le 20 octobre 2010.
- LAMOUREUX, J. (1994) *Le partenariat à l'épreuve*, Montréal, Éditions St-Martin.
- LAVIS, J.N., D. ROBERTSON, J. WOODSIDE, C. MCLEOD and J. ABELSON (2003) "How can research organizations more effectively transfer research knowledge to decision makers?", *The Milbank Quarterly*, Vol. 81(2): 221-248.

- LECLERC, P., C. MORISSETTE et É. ROY (2010). Le volet montréalais du Réseau SurvUDI. Volume 2 – Données au 30 juin 2008. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. En ligne au <[http://www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/pdfudi/reseausurvudi\\_2.pdf](http://www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/pdfudi/reseausurvudi_2.pdf)>, consulté le 22 décembre 2010.
- LECLERC P, C. MORISSETTE et C. TREMBLAY (2006) *Le matériel stérile d'injection : combien faut-il en distribuer pour répondre aux besoins des UDI de Montréal?*, Montréal : Direction de santé publique de Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 14 pages. En ligne au <<http://www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/pdfmi/materielinjection.pdf>>, consulté le 12 novembre 2010.
- LESSARD, R. (2010) « Les ITSS à Montréal : une priorité », Communication dans le cadre des 14<sup>e</sup> journées annuelles de santé publique (JASP). Québec, 22 novembre 2010.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2010) *Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec - L'épidémie silencieuse : les infections transmissibles sexuellement et par le sang*, Gouvernement du Québec : Direction des communications du MSSS, 76 pages. Disponible en ligne au <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-228-02.pdf>>, consulté le 20 octobre 2010.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2009) *Protocole d'immunisation du Québec, 5<sup>e</sup> édition*, Gouvernement du Québec : Direction des communications du MSSS, 447 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003 [2008]) *Programme national de santé publique 2003-2012 - Mise à jour 2008*, Gouvernement du Québec : Direction des communications du MSSS, 103 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2006), *Guide québécois de dépistage - infections transmissibles sexuellement et par le sang*, Québec : Direction des communications du MSSS, 149 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004a) *L'intégration des services de santé et des services sociaux. Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Gouvernement du Québec : Direction des communications du MSSS, 26 pages. En ligne au <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-009-08.pdf>>, consulté le 20 octobre 2010.

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004b) *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement – Orientations 2003-2009*. Gouvernement du Québec : Direction de la protection de la santé publique et Direction des communications du MSSS 56 pages. En ligne au <<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/fb143c75e0c27b69852566aa0064b01c/4d1e72b4476da39c85256def00547c26?OpenDocument>>, consulté le 20 octobre 2010.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004C) *Projet clinique. Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services*, Gouvernement du Québec : Direction des communications du MSSS, 75 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004d) *Programme québécois d'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs partenaires (IPPAP)*, Gouvernement du Québec : Direction générale de la protection de la santé publique du MSSS, 46 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003) *Programme national de santé publique 2003-2012*, Gouvernement du Québec : Direction des communications du MSSS, 133 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2000) *Stratégie québécoise de lutte contre les MTS. Orientations 2000-2002*. Gouvernement du Québec : Direction des communications du MSSS, 36 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997) *Stratégie québécoise de lutte contre le sida phase 4 -orientations 1997-2002*, Gouvernement du Québec : Édition Anne Vallières, 31 pages. En ligne au <[http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1997/97\\_329.pdf](http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1997/97_329.pdf)>, consulté le 20 octobre 2010.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992) *Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des maladies transmissibles sexuellement*, Régie de l'assurance maladie du Québec. En ligne au <[http://www.formulaire.gouv.qc.ca/cgi/affiche\\_doc.cgi?dossier=303&table=0](http://www.formulaire.gouv.qc.ca/cgi/affiche_doc.cgi?dossier=303&table=0)>, consulté le 7 janvier 2011.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET CENTRE QUÉBÉCOIS DE COORDINATION SUR LE SIDA (2001) *Le dépistage anonyme du VIH : vers des services intégrés de dépistage du VIH, des MTS et des hépatites virales*, Orientations. Gouvernement du Québec : Direction des communications, 27 pages.

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2007) *Appel de propositions conjoint MSSS-INSPQ*. Collaborations souhaitables entre le réseau public et les organismes communautaires en prévention des ITSS auprès des populations vulnérables, 5 pages. En ligne au <[http://www.inspq.qc.ca/pdf/inspq\\_msss/appel\\_de\\_propositions\\_conjoint\\_msss\\_inspq.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/inspq_msss/appel_de_propositions_conjoint_msss_inspq.pdf)>, consulté le 5 novembre 2010.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE, MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT, MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE, MINISTÈRE DU CONSEIL EXÉCUTIF, MINISTÈRE DES TRANSPORTS, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, MINISTÈRE DE LA FAMILLE, DES AÎNÉS ET DE LA CONDITION FÉMININE ET MINISTÈRE DE L'IMMIGRATION ET DES COMMUNAUTÉS CULTURELLES (2006) *Unis dans l'action. Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011*. Gouvernement du Québec : Direction des communications du MSSS, 80 pages.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) (2009) « Prix innovation clinique 3M 2008–Côte-Nord, *Perspective infirmière*, Vol. 6 (6) : 19. En ligne au <<http://www.oiiq.org/publications/periodiques.asp?catperiodique=perspective>>, consulté le 22 décembre 2010.
- NOËL, L., F. GAGNON, A. BÉDARD et E. DUBÉ (2009) *Avis sur la pertinence des services d'injection supervisée. Analyse critique de la littérature*, Québec : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), 81 pages.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2005). *Guide pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles*. Genève : OMS, 97 pages.
- PANET-RAYMOND, J. (1994) « Les nouveaux rapports entre l'État et les organismes communautaires à l'ombre de la Loi 120 », *Nouvelles pratiques sociales*, 7 (1) : 79-83. Disponible en ligne au <<http://id.erudit.org/iderudit/301253ar>>, consulté le 20 octobre 2010.
- POTVIN L. and S. BISSET (2008) “There Is More to Methodology than Method” in L. Potvin and D. McQueen (Eds), *Health Promotion Evaluation Practices in the Americas. Values and Research*, New York: Springer, p. 63-80.
- POTVIN L., S. GENDRON, A. BILODEAU and P. CHABOT (2005) “Integrating Social Theory Into Public Health Practice”, *American Journal of Public Health*, 95 (4): 591-595.
- PROULX, J., D. BOURQUE et S. SAVARD (2005) *Les interfaces entre l'État et le tiers secteur au Québec*, Cahier du Centre d'étude et de recherche en intervention sociale (CÉRIS), série Recherches n° 39, Université du Québec en Outaouais.
- RAYNER, J. and M. HOWLETT (2009) “Introduction: Understanding integrated policy strategies and their evolution”, *Policy and Society*, 28(2), 99-190.

- RENÉ, J.-F. et L. GERVAIS (2001) « Les enjeux du partenariat aujourd'hui », *Nouvelles pratiques sociales*, 14 (1) : 20-30. Disponible en ligne au <<http://id.erudit.org/iderudit/008322ar>>, consulté le 20 octobre 2010.
- ROY, S., M. PERREAULT, P.-A. LÉVESQUE, I. BILLETTE, et V. VANASSE (2005) *Représentations des actions intersectorielles dans la lutte contre le VIH/sida - Volet 1 : les points de vue des acteurs-clés de divers secteurs de Montréal*. Rapport de recherche, Collectif de recherche sur l'itinérance, la pauvreté et l'exclusion sociale (CRI), Université du Québec à Montréal, 99 pages.
- ROY, É., N. HALEY, G. GODIN, J.-F. BOIVIN, C. CLAESSENS, J. VINCELETTE, P. LECLERC ET J.-F. BOUDREAU (2004) *L'hépatite C et les facteurs psychosociaux associés au passage à l'injection chez les jeunes de la rue : rapport d'étape numéro 3*, Montréal, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2004, 42 pages.
- SAEWYC, E. M. (2007) La consommation de substances chez les jeunes marginalisés. Dans : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (Éd), *Toxicomanie au Canada : Pleins feux sur les jeunes*, p.14-21, Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. En ligne au <<http://www.ccsa.ca/2007%20CCSA%20Documents/ccsa-011521-2007-f.pdf>>.
- SECRÉTARIAT À L'ACTION COMMUNAUTAIRE AUTONOME (2004) *Cadre de référence en matière d'action communautaire*. Gouvernement du Québec : Ministre de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille. 37 pages.
- SERVICE DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG (2006) *Bulletin de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang (BLITSS)*, Montréal : Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang, Vol. 1 (1), 7 pages. En ligne au : <[http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob\\_sante/itss/index.php?aid=227](http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/itss/index.php?aid=227)>, consulté le 22 décembre 2010.
- TROTTIER, L.-H. et F. CHAMPAGNE (2006) *L'utilisation des connaissances scientifiques : au coeur des relations de coopération entre les acteurs*. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Montréal : Université de Montréal, 39 pages.
- VAILLANCOURT, Y. avec la coll. de P. LECLERC (2008) « Notes de recherche sur l'apport de l'économie sociale dans la coproduction et la coconstruction des politiques publiques », Montréal, *Les Cahiers du LAREPPS*, no 08-01, École de travail social, UQAM, 31 pages.
- VAILLANCOURT, Y et C. JETTÉ (2009) *Les arrangements institutionnels entre l'État québécois et les entreprises d'économie sociale en aide domestique*. Montréal, collection « Recherche », Éditions Vie Économique (EVE), 178 pages.

- VALIQUETTE L. (2010) « Jeter un regard neuf sur la réalité montréalaise : une urgence pour les personnes UDI et les HARSAH. Portrait régional, la cartographie territoriale, les enjeux transversaux ». *Journée montréalaise sur les ITSS*, Montréal, 10 novembre 2010.
- VINCENT, M., P. C. VEILLEUX et H. DAVID (2003) « Mesures préventives auprès des cocaïnomanes désaffiliés », *Santé mentale au Québec*, **28** (1) : 212-231. Disponible en ligne au <<http://id.erudit.org/iderudit/006989ar>>, consulté le 21 septembre 2010.
- WEISS, C.H. (1979) “The many meanings of research Utilization”, *Public Administration Review*, vol 39: 426-431.
- WHITE, D. P. DUFOUR, F. GARON, L. GUAY, P. BRUM SCHÄPPI, M. GALARNEAU, É. LEFRANÇOIS avec la coll. de M. DUBÉ, D. MASSON, C. MERCIER, É. MONTPETIT, C. PATSIAS ET L. RODRIGUEZ (2008) *La gouvernance intersectorielle à l'épreuve : l'évaluation de la mise en œuvre et des premières retombées de la Politique de reconnaissance et de soutien à l'action communautaire*. Rapport final. Équipe d'évaluation de la mise en œuvre de la politique de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire. Montréal : CPDS, Université de Montréal, 199 pages. En ligne au <<http://www.evalprsac.com/Cahiers%20et%20rapports%20de%20recherche.htm>>, consulté le 20 octobre 2010.





## **ANNEXE 1**

### **PRISE EN CHARGE DES ITSS PAR L'ÉTAT QUÉBÉCOIS**



## PRISE EN CHARGE DES ITSS PAR L'ÉTAT QUÉBÉCOIS

Initialement, le dossier du VIH/sida-MTS relevait du Centre de coordination sur le sida (CQCS). Celui-ci est ensuite devenu une direction au sein de la Direction générale de la santé publique en 1993 (Laberge *et al.*, 2002 : 28), puis une équipe relevant de la Direction de la protection/promotion en 1998. Tout récemment, le dossier ITSS a été déplacé sous la Direction du développement des individus et de l'environnement (toujours sous la Direction de Santé publique)<sup>84</sup>. Plus particulièrement, le dossier ITSS relève du Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang (SLITSS). Le SLITSS « *conçoit et développe les orientations en matière de prévention, promotion, protection, dépistage, de soins et services, de surveillance, de recherche et développement et d'expertise des ITSS [en plus de coordonner] l'action menée conjointement avec ses partenaires en matière de lutte contre les ITSS* ». Ce rôle de coordination positionne le SLITSS comme l'interlocuteur privilégié au ministère en matière d'ITSS<sup>85</sup>.

La lutte contre les ITSS est encadrée par la loi sur la Santé publique (Gouvernement du Québec, 2001b) et par le Programme national de santé publique (MSSS, 2003 [2008]) qui en découle (Laberge *et al.*, 2006 : 2). Bien qu'il existe les Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement (Agence de la santé publique du Canada, 2006 [2008]), les programmes, protocoles, guides et avis québécois portant sur les ITSS ont préséance (Laberge *et al.*, 2006 : 7). Ainsi, au Québec, ce sont plutôt le *Guide québécois de dépistage – Infections transmissibles sexuellement et par le sang* (MSSS, 2006), le *Protocole d'immunisation du Québec* (MSSS, 2009), le *programme québécois d'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs partenaires (IPPAP)* (MSSS, 2004d) et le *Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des maladies transmissibles sexuellement* (MSSS, 1992) qui constituent les documents encadrant le fonctionnement et définissant les normes de bonne pratique quant aux ITSS. Mentionnons qu'il existe également un *Complément québécois aux Lignes directrices canadiennes sur les ITS* (Laberge *et al.*, 2006) produit par le comité sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang. Par ailleurs, la mise en œuvre de la lutte contre les ITSS est également régie par la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (Gouvernement du Québec, 2002), qui a apporté de nombreux changements dans l'exercice de la pratique infirmière.

Le Programme national de santé publique (MSSS, 2003 [2008]) définit les activités à mettre en œuvre par le réseau de la santé et des services sociaux en matière de prévention, notamment en ce qui a trait au dépistage et à la prévention des ITSS. Cet axe d'intervention du domaine des maladies infectieuses « *comprend des activités intégrées de prévention et de dépistage des maladies transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), incluant des interventions préventives auprès de groupes vulnérables, l'échange et la récupération de seringues usagées,*

---

<sup>84</sup> Voir l'organigramme du MSSS au <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/organigramme/Visio-MSSS.pdf>, consulté le 20 octobre 2010.

<sup>85</sup> Pour plus d'information concernant le SLITSS, consulter la section 'Le Ministère et la lutte contre les ITSS' à l'adresse suivante; [http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob\\_sante/itss/index.php?lutte\\_contre\\_itss](http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/itss/index.php?lutte_contre_itss), consulté le 20 octobre 2010.

*des services intégrés de dépistage des ITSS ainsi que des interventions préventives auprès des partenaires d'une personne ayant contracté une infection transmise sexuellement ou le VIH » (MSSS, 2003 : 26). Les orientations spécifiques en matière d'ITSS sont aussi précisées dans un document complémentaire, la *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement* (MSSS, 2004b). Cette dernière définit le programme ITSS au niveau provincial et « se veut avant tout un outil de mobilisation pour le réseau de la santé et des services sociaux, pour les organismes communautaires et pour la population » (Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang, 2006 : 2). Elle comporte 33 activités réparties en 8 stratégies.*

**ANNEXE 2**

**GRILLES D'ENTREVUE**



## GRILLE D'ENTREVUE AUPRÈS DES RÉPONDANTS ITSS DE CSSS

*Cette entrevue vise à décrire vos pratiques partenariales en prévention des ITSS, à en comprendre les contraintes et les possibilités dans le contexte de la Réforme (création des CSSS, PAR/PAL, etc.).*

### **BLOC 1 : Identification de la personne et de son poste**

- 1.1 Pouvez-vous d'abord nous préciser vos fonctions et nous parler de ce qui vous a amené(e) à vous intéresser à la prévention des ITSS?**
- 1.2 Pouvez-vous situer votre poste dans la structure administrative du CSSS (secteur dont relève la prévention des ITSS)?**
- 1.3 Maintenant, pouvez-vous positionner, plus globalement, le dossier ITSS au sein du CSSS? Cette question vise à comprendre l'importance de la prévention des ITSS dans l'établissement (relève de quels services? Cloisonnement/décloisonnement/ coordination des services).**

### **BLOC 2 : REPRÉSENTATION DE LA PROBLÉMATIQUE ET DES SOLUTIONS**

- 2.1 Pouvez-vous nous parler de votre conception de la problématique des ITSS (ampleur, gravité, conséquences, déterminants)?**
  - En quoi, est-ce un problème de santé publique?
  - Est-ce un problème de santé publique important?
  - Quels facteurs contribuent à rendre ce problème important?
- 2.1.1 Est-ce que votre conception est également celle de votre organisation, est-elle partagée dans votre milieu?**
- 2.2 Par rapport à cette lecture du problème, quels sont, selon vous, les moyens et stratégies qui devraient être mis en œuvre pour améliorer la situation des ITSS?**
  - 2.2.1 Pensez-vous que cette vision des solutions est partagée dans votre organisation?**
  - 2.2.2 Est-ce que ces solutions que vous préconisez sont celles que vous mettez en œuvre? (Quelles actions mettez-vous en œuvre?)**
  - 2.2.3 Qu'est-ce qui vous empêche d'appliquer ces moyens et stratégies (problèmes et contraintes rencontrés en prévention des ITSS)?**

*Nous sommes maintenant rendus à un nouveau bloc de questions où on s'attarde aux rapports que vous entretenez entre CSSS et avec les autres acteurs – les OC et la DSP.*

### **BLOC 3 : APPRÉCIATION DES RAPPORTS EXISTANTS**

#### **3.1 Entre CSSS**

- 3.1.1 Pouvez-vous d'abord nous parler de comment vous voyez les rôles et fonctions des CSSS en prévention des ITSS?**
- 3.1.2 Avez-vous des liens avec les autres CSSS et, plus particulièrement, avec les répondants ITSS des autres CSSS ?**
  - Fréquence, intensité, perceptions de ces liens

### **3.1.3 Comment ces rapports s'opérationnalisent, c'est-à-dire quels sont les mécanismes de concertation dont vous disposez avec les CSSS?**

- Comité de travail des répondants ITSS des CSSS
- Autres

## **3.2 Avec les OC**

### **3.2.1 De la même manière que nous l'avons fait avec les CSSS, pouvez-vous nous parler de comment vous voyez les rôles et fonctions des OC en prévention des ITSS?**

### **3.2.2 Quels sont les OC ITSS avec lesquels vous avez / avez eu des relations?**

- Quelle est la fréquence et l'intensité de vos interactions avec les OC?
- Comment qualifieriez-vous ces liens?
  - Échange d'information et référence; planification conjointe; réalisation conjointe
- Avez-vous des liens avec des regroupements d'OC?

### **3.2.3 Quels sont les mécanismes de concertation avec les OC dont vous disposez?**

- Quelles sont les TC- ITSS desquelles votre établissement fait partie?

Pour chacune d'elles :

- Comment, pourquoi et par qui ce comité a été créé?
- Qui y siège? Mécanismes bilatéraux ou multilatéraux
- Satisfaction p/r à l'instance : soutien, échange/partage connaissances- expériences

## **3.3 Avec la DSP**

### **3.3.1 De la même manière que nous l'avons fait avec les OC et CSSS, pouvez-vous nous parler de comment vous voyez les rôles et fonctions de la DSP en prévention des ITSS?**

### **3.3.2 Quels genre de liens avez-vous avec la DSP?**

- Fréquence, intensité, perceptions de ces liens : autonomie, pouvoir /leadership, soutien, etc.

### **3.3.3 Comment ces rapports sont opérationnalisés, c'est-à-dire quels sont les mécanismes de concertation dont vous disposez avec la DSP?**

- « Comité de travail des répondants ITSS des CSSS »/Autres?
  - Efficacité, satisfaction à l'égard de ce comité

## **3.4 Avec d'autres acteurs**

*On vient de parler des rôles et fonctions des OC, des CSSS et de la DSP et des collaborations que vous avez avec chacun d'eux.*

### **3.4.1 Y a-t-il d'autres acteurs, y compris d'autres secteurs à l'intérieur de la DSP ou des CSSS (Jeunesse, Dépendances, Santé mentale, etc.) avec qui vous avez des liens, des collaborations en prévention des ITSS?**

- De quelle nature sont ces liens? Comment les décririez-vous?
- Quels sont les mécanismes que vous avez créés?

### **3.4.2 Y a-t-il d'autres acteurs qui devraient être impliqués dans la lutte contre les ITSS?**

Si oui, pourquoi? Quels rôles et quelles fonctions devraient-ils jouer?



## **BLOC 4 : Contraintes et opportunités du contexte et pistes de solution**

*Finale­ment, le dernier thème que nous souhaitons aborder concerne les facteurs contextuels ou structureaux qui influencent vos pratiques collaboratives de même que les pistes de solution que vous entrevoyez.*

### **4.1 Quelles sont, d'après vous, les pistes de solution pour améliorer les collaborations en prévention des ITSS et, plus largement, le problème des ITSS?**

#### **4.1.1 Quelles raisons font en sorte que les collaborations fonctionnent bien?**

#### **4.1.2 Quels sont les leviers dont les acteurs disposent pour améliorer les collaborations public/communautaire en prévention des ITSS?**

#### **4.1.3 Et, qu'est-ce qui contraint ces collaborations?**

### **4.2 Pouvez-vous nous parler d'éléments du contexte qui aident ou qui nuisent au développement de meilleures collaborations en vue de renforcer la prévention des ITSS?**

#### **4.2.1 La réforme**

- Articulation des activités en prévention dans le continuum promotion/prévention/protection et leur intégration au projet clinique
- Pouvez-vous nous parler de l'intégration des ITSS au projet clinique de votre CSSS?
- Pouvez-vous nous parler du fonctionnement des réseaux locaux de services
  - Place de la prévention des ITSS dans les RLS
  - Place des OC, des CSSS et de la DSP dans les RLS
- Impact de l'approche populationnelle dans la planification des services de prévention des ITSS

#### **4.2.2 Le MSSS – SLITSS**

#### **4.2.3 Y a-t-il d'autres éléments sociaux ou politiques qui influencent (aident ou nuisent) la prévention des ITSS?**

- **Y a-t-il des questions que nous n'avons pas traitées et qui vous paraissent importantes, soit pour bien comprendre la problématique de la prévention des ITSS, soit pour bien comprendre la particularité de votre CSSS? ...**

## **GRILLE D'ENTREVUE AUPRÈS DES DG D'ORGANISMES COMMUNAUTAIRES**

*Cette entrevue vise à décrire vos pratiques partenariales en prévention des ITSS, à en comprendre les contraintes et les possibilités dans le contexte de la Réforme (création des CSSS, PAR/PAL, etc.).*

### **BLOC 1 : Identification de la personne et de son poste**

- 1.1 Pouvez-vous d'abord nous préciser vos fonctions et nous parler de ce qui vous a amené(e) à vous intéresser à la prévention des ITSS?**
- 1.2 Pouvez-vous nous parler un peu de votre organisme et de l'importance de la prévention des ITSS au sein de votre organisme (cœur de la mission//dossier connexe)?**

### **BLOC 2 : REPRÉSENTATION DE LA PROBLÉMATIQUE ET DES SOLUTIONS**

- 2.1 Pouvez-vous nous parler de votre conception de la problématique des ITSS?**
  - Est-ce un problème de santé publique?
  - Quels facteurs contribuent à rendre ce problème important?
    - 2.1.1 Est-ce que votre conception est également celle de votre organisme, est-elle partagée dans votre milieu?**
- 2.2 Par rapport à cette lecture du problème, quels sont, selon vous, les moyens et stratégies qui devraient être mis en œuvre pour améliorer la situation des ITSS?**
  - 2.2.1 Pensez-vous que cette vision des solutions est partagée dans votre organisation?**
  - 2.2.2 Est-ce que ces solutions que vous préconisez sont celles que vous mettez en œuvre?**  
(Quelles actions mettez-vous en œuvre?)
  - 2.2.3 Qu'est-ce qui vous empêche d'appliquer ces moyens et stratégies?**  
Problèmes et contraintes rencontrés en prévention des ITSS

*Nous sommes maintenant rendus à un nouveau bloc de questions où on s'attarde aux rapports que vous entretenez avec les autres acteurs – entre OC, avec les CSSS et avec la DSP.*

### **BLOC 3 : APPRÉCIATION DES RAPPORTS EXISTANTS**

#### **3.1 Entre organismes communautaires**

- 3.1.1 D'abord, pouvez-vous nous parler de comment vous voyez les rôles et fonctions des OC en prévention des ITSS?**
- 3.1.2 Quel genre de liens avez-vous avec les OC : d'une part avec ceux qui œuvrent en ITSS, d'autre part, plus globalement avec le milieu communautaire**
  - Fréquence et intensité de vos interactions
  - Comment qualifieriez-vous ces relations?
    - Échange d'information/référence; planification/réalisation conjointe
  - Avez-vous des liens avec des regroupements d'OC? Si oui, lesquels?

### 3.1.3 Quels sont les mécanismes de concertation/ représentation/ revendication –dont vous disposez et desquels vous faites partie?

- **Local (CSSS) ou régional (DSP)**
- **ITSS (spécifiquement) ou communautaire**
  - Comment et pourquoi cette table est née ?
  - Qui y siège? Quels sont les objectifs
  - Mécanismes bilatéraux ou multilatéraux
  - Efficacité, satisfaction à l'égard de ces mécanismes

## 3.2 Avec les CSSS

### 3.2.1 De la même manière qu'on l'a fait avec les OC, pouvez-vous d'abord nous parler de comment vous voyez les rôles et fonctions des CSSS en prévention des ITSS?

### 3.2.2 Quels sont les CSSS avec lesquels vous avez ou avez eu des relations?

- Qui initie la relation?
- Qu'elle est la fréquence et intensité de vos interactions?
- Comment qualifieriez-vous ces relations? : change d'information et référence; planification conjointe; réalisation conjointe
- Avez-vous des rapports avec d'autres secteurs des CSSS?
  - École et milieu en santé, toxico, etc.?
  - Nature, fréquence, financement ...?

### 3.2.3 Comment ces rapports sont opérationnalisés ? Quels sont les mécanismes de concertation dont vous disposez avec les CSSS? (*Pour chacun d'eux*)

- Comment, pourquoi et par qui ce comité a été créé?
- Qui y siège?
- Satisfaction p/r à l'instance : soutien, échange/ partage de connaissances et d'expériences
  - Vous sentez-vous impliqués dans les décisions (*vs* seulement informés)?
  - Voyez-vous des suites aux décisions prises à ces instances?

### 3.2.4 Finalement, êtes-vous financé par un ou des CSSS?

- Selon quel mode (par entente de service, projet)?
- Êtes-vous satisfait du financement reçu et des mécanismes de reddition de compte existants?

## 3.3 Avec la DSP

### 3.3.1 De la même manière qu'on l'a fait avec les autres acteurs, pouvez-vous nous parler de comment vous voyez les rôles et fonctions de la DSP en prévention des ITSS?

### 3.3.2 Quel genre de liens avez-vous avec la DSP?

- Avec qui (professionnels, gestionnaires, etc.)?
- Qu'elle est la fréquence et intensité de vos interactions?
  - Échange d'information et référence; planification conjointe; réalisation conjointe
- Comment qualifieriez-vous ces relations?
- Avez-vous des rapports avec d'autres secteurs de la DSP?
  - École et milieu en santé, toxico, etc.?
  - Nature de ces rapports? Financement?

### 3.3.3 Quels sont les mécanismes de concertation dont vous disposez avec la DSP?

- Table des DG des OC
  - Participez-vous à cette table?
  - Est-ce que vous en êtes satisfait?

- **Autres tables ou comités?**
  - Qui y est? – qu'est-ce qui y est fait?
  - Mécanismes bilatéraux ou multilatéraux

### **3.3.4 Êtes-vous satisfait du financement que vous recevez de la DSP?**

- Le mode ; la hauteur, la reddition de compte, etc.

## **3.4 Avec d'autres acteurs**

*On vient de parler des rôles et fonctions des OC, des CSSS et de la DSP et des collaborations que vous avez avec chacun d'eux.*

### **3.4.1 Est-ce qu'il y a d'autres acteurs avec qui vous avez des liens, des collaborations en prévention des ITSS?**

- De quelle nature sont ces liens?
- Comment les décririez-vous?
- Quels sont les mécanismes dont vous disposez avec eux?

### **3.4.2 Y a-t-il d'autres acteurs qui devraient être impliqués dans la lutte contre les ITSS?**

Si oui, pourquoi? Quels rôles et quelles fonctions devraient-ils jouer?

## **BLOC 4 : Contraintes et opportunités du contexte et pistes de solution**

*Finalelement, le dernier thème que nous souhaitons aborder concerne les facteurs contextuels ou structureaux qui influencent vos pratiques collaboratives de même que les pistes de solution que vous entrevoyez.*

### **4.1 Quelles sont, d'après vous, les pistes de solution pour améliorer les collaborations en prévention des ITSS et, plus largement, le problème des ITSS?**

#### **4.1.1 Quelles raisons font en sorte que les collaborations fonctionnent bien?**

#### **4.1.2 Quels sont les leviers dont les acteurs disposent pour améliorer les collaborations public/communautaire en prévention des ITSS?**

#### **4.1.3 Et, qu'est-ce qui contraint ces collaborations?**

### **4.2 Pouvez-vous nous parler d'éléments du contexte qui aident ou qui nuisent au développement de meilleures collaborations en vue de renforcer la prévention des ITSS?**

#### **4.2.1 La réforme**

- Est-ce que la réforme a changé quelque chose au niveau de votre organisme?
  - Impact sur le financement (demande, niveau, redditions de compte, etc.);
  - Impact de l'approche populationnelle dans la planification des services de prévention des ITSS
- Est-ce qu'elle a eu un impact sur vos relations avec les autres acteurs?
  - Avec les organismes communautaires
  - Avec les CSSS -solicitation pour le développement de leur projet clinique
  - Avec la DSP

#### **4.2.2 Le MSSS – SLITSS**

#### **4.2.3 Y a-t-il d'autres éléments sociaux ou politiques qui influencent (aident ou nuisent) la prévention des ITSS ?**

- **Y a-t-il des questions que nous n'avons pas traitées et qui vous paraissent importantes, soit pour bien comprendre la problématique de la prévention des ITSS, soit pour bien comprendre la particularité de votre OC ?**

## **GRILLE D'ENTREVUE AUPRÈS DES RÉPONDANTS DE LA DSP**

*Cette entrevue vise à décrire vos pratiques partenariales en prévention des ITSS, à en comprendre les contraintes et les possibilités dans le contexte de la Réforme (création des CSSS, PAR/PAL, etc.).*

### **BLOC 1 : Identification de la personne et de son poste**

**1.1 Pouvez-vous d'abord nous préciser vos fonctions et nous parler de ce qui vous a amené(e) à vous intéresser à la prévention des ITSS?**

**1.2 Pouvez-vous situer votre poste dans la structure administrative de la DSP?**

**1.3 Maintenant, pouvez-vous positionner, plus globalement, le dossier ITSS au sein de la DSP?**

- De quel *secteur* le dossier relève (dé/cloisonnement, coordination des services, liens avec les autres *secteurs*)?
- Quelle importance ou influence la prévention des ITSS a dans l'établissement?

### **BLOC 2 : REPRÉSENTATION DE LA PROBLÉMATIQUE ET DES SOLUTIONS**

**2.1 Pouvez-vous nous parler de votre conception de la problématique des ITSS (ampleur, gravité, conséquences, déterminants)?**

- En quoi, est-ce un problème de santé publique?
- Est-ce un problème de santé publique important?
- Quels facteurs contribuent à rendre ce problème important?

**2.1.1 Est-ce que votre conception est également celle de votre organisation, est-elle partagée dans votre milieu?**

**2.2 Par rapport à cette lecture du problème, quels sont, selon vous, les moyens et stratégies qui devraient être mis en œuvre pour améliorer la situation des ITSS?**

**2.2.1 Pensez-vous que cette vision des solutions est partagée dans votre organisation?**

**2.2.2 Est-ce que ces solutions que vous préconisez sont celles que vous mettez en œuvre? (Quelles actions mettez-vous en œuvre?)**

**2.2.3 Qu'est-ce qui vous empêche d'appliquer ces moyens et stratégies?**

- Problèmes et contraintes rencontrés en prévention des ITSS

*Nous sommes maintenant rendus à un nouveau bloc de questions où on s'attarde aux rapports que vous entretenez au sein de la DSP et avec les autres acteurs – les OC et les CSSS.*

## **BLOC 3 : APPRÉCIATION DES RAPPORTS EXISTANTS**

### **3.1 Avec les CSSS**

**3.1.1 Pouvez-vous d'abord nous parler de comment vous voyez les rôles et fonctions des CSSS en prévention des ITSS?**

**3.1.2 Quels genres de liens avez-vous avec les CSSS?**

- Fréquence, intensité, perceptions de ces liens : autonomie, pouvoir/leadership, soutien, etc.

**3.1.3 Comment ces rapports sont opérationnalisés? Quels sont les mécanismes de concertation dont vous disposez avec les CSSS?**

○ Comité de travail des répondants ITSS des CSSS

- Comment ce comité a été créé?
- Comment s'est fait le choix des répondants?
- Est-ce que ces gens travaillaient déjà ensemble avant?
- Satisfaction p/r à l'instance : fréquence, soutien, échange/partage connaissances-expériences

○ Autres mécanismes?

### **3.2 Avec les OC**

**3.2.1 De la même manière que nous l'avons fait avec les CSSS, pouvez-vous nous parler de comment vous voyez les rôles et fonctions des OC en prévention des ITSS?**

**3.2.2 Quel genre de liens avez-vous avec les OC? (expérience avec les OC ITSS)**

- Avec qui? Fréquence/intensité des interactions  
Échange d'information et référence; planification conjointe; réalisation conjointe
- Perceptions de ces liens : autonomie, pouvoir/leadership, soutien, etc.
- Qui initie la relation ?

**3.2.3 Quels sont les mécanismes de concertation avec les OC dont vous disposez?**

○ Table des DG des OC et autre ?

- Comment, pourquoi et par qui cette table a-t-elle été créée?
- Qui y siège? Ces organismes travaillent-ils déjà ensemble avant?
- Satisfaction p/r à l'instance : fréquence, soutien, échange/partage de connaissances et d'expériences
  - Voyez-vous des suites aux décisions prises à cette instance? Est-ce que les décisions prises à cette table ont un impact à la DSP?

### **3.3 Avec d'autres acteurs**

**3.3.1 Est-ce qu'il y a d'autres acteurs avec qui vous avez des liens, des collaborations en prévention des ITSS?**

- De quelle nature sont ces liens ? Comment vous les décririez?
- Quels mécanismes avez-vous créés?

**3.3.2 Y a-t-il d'autres acteurs qui devraient être impliqués dans la lutte contre les ITSS? Si oui, pourquoi? Quels rôles et quelles fonctions devraient-ils jouer ?**

## **BLOC 4 : Contraintes et opportunités du contexte et pistes de solution**

*Finale­ment, le dernier thème que nous souhaitons aborder concerne les facteurs contextuels ou structurels qui influencent vos pratiques collaboratives de même que les pistes de solution que vous entrevoyez.*

### **4.1 Quelles sont, d'après vous, les pistes de solution pour améliorer les collaborations en prévention des ITSS et, plus largement, le problème des ITSS?**

#### **4.1.1 Quelles raisons font en sorte que les collaborations fonctionnent bien?**

#### **4.1.2 Quels sont les leviers dont les acteurs disposent pour améliorer les collaborations public/communautaire en prévention des ITSS?**

#### **4.1.3 Et, qu'est-ce qui contraint ces collaborations?**

### **4.2 Pouvez-vous nous parler d'éléments du contexte qui aident ou qui nuisent au développement de meilleures collaborations en vue de renforcer la prévention des ITSS?**

#### **4.2.1 La réforme**

- Articulation des activités en prévention dans le continuum promotion/prévention/protection et leur intégration au projet clinique
- Y a-t-il une directive de la DSP quant à l'intégration d'un programme spécifique ITSS dans le projet clinique des CSSS?
- Pouvez-vous nous parler du fonctionnement des réseaux locaux de services
  - Place de la prévention des ITSS dans les RLS
  - Place des OC, des CSSS et de la DSP dans les RLS
- Impact de l'approche populationnelle dans la planification des services de prévention des ITSS

#### **4.2.2 Le MSSS – SLITSS**

#### **4.2.3 Y a-t-il d'autres éléments sociaux ou politiques qui influencent (aident ou nuisent) la prévention des ITSS?**

- **Y a-t-il des questions que nous n'avons pas traitées et qui vous paraissent importantes, soit pour bien comprendre la problématique de la prévention des ITSS, soit pour bien comprendre la particularité de la DSP ?**





**ANNEXE 3**

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**



## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

### Entrevue individuelle - Volet 1

#### A - RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

##### 1. TITRE DU PROJET DE RECHERCHE

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

##### 2. NOMS DES CHERCHEURS ET FONCTIONS

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

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

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

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

##### 3. COMMANDITAIRES DU PROJET

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

##### 4. DESCRIPTION DU PROJET

###### 4.1 Objectifs et contexte

Ce projet a pour objectif d'étudier et de soutenir les processus de la collaboration public-communautaire en prévention des ITSS à Montréal. Il comporte un volet « recherche » et un volet « expérimentation ». Le **volet 1** (« recherche ») vise à décrire les pratiques partenariales actuelles et à comprendre en quoi et comment les transformations récentes dans le contexte législatif, politique et programmatique (ex. : loi 83, PAR-PAL) influent sur l'engagement des acteurs publics et communautaires dans l'amélioration de leurs collaborations. Le **volet 2** (« expérimentation ») vise à outiller les acteurs, au moyen d'une méthodologie appropriée, de sorte à encourager une transformation de leurs collaborations et à tirer des savoirs de l'expérimentation de ces processus innovants (qui favorisent le renouvellement des pratiques).

###### 4.2 Méthodes et procédures

Trois classes d'acteurs sont impliquées dans cette recherche : des CSSS, des organismes communautaires et la DSP/ASSS de Montréal. Les acteurs institutionnels et communautaires sont regroupés au sein de leurs instances régionales de concertation respectives, avec la DSP. Les participants à cette recherche sont les planificateurs, les gestionnaires ou les décideurs engagés dans trois initiatives de changement (ou projets de collaboration). Ni les intervenants ni les clients des établissements ou des organismes communautaires ne sont recrutés pour cette étude.

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

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

#### **4.3 Nature de la participation - Entrevue, Volet 1**

L'entrevue pour laquelle nous sollicitons maintenant votre participation vise à expliciter votre compréhension : i) du contexte législatif, politique et programmatique ; ii) des collaborations public-communautaire existantes ; iii) des contraintes et opportunités du contexte qui façonnent les pratiques collaboratives des acteurs en présence.

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

Dans une optique de coconstruction des connaissances, les étapes suivantes seront réalisées avec votre participation : 1) des descriptions par classe d'acteurs seront faites puis discutées et validées avec vous et vos collègues dans vos instances régionales de concertation. 2) Une analyse transversale de ces descriptions sera ensuite produite, puis discutée et validée auprès de l'ensemble des acteurs interviewés. 3) Ces analyses seront partagées et discutées lors d'un forum régional (été 2009) réunissant tous les acteurs montréalais du champ de la prévention des ITSS.

Votre consentement à participer à ces autres activités de recherche à venir sera spécifiquement sollicité dans un autre formulaire de consentement.

#### **4.4 Retombées anticipées**

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

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

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

### **5. AVANTAGES ET BÉNÉFICES**

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

## **6. RISQUES ET INCONVÉNIENTS**

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

## **7. CONFIDENTIALITÉ DES DONNÉES RECUEILLIES**

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

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

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

## **8. CONDITIONS DU CONSENTEMENT**

### **8.1 Consentement libre et droit de retrait**

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

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

### **8.2 Consentement à l'utilisation secondaire des données**

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

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

### 8.3 Compensation

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

## 9. ACCÈS AUX RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

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

## 10. DEMANDE D'INFORMATION OU PLAINTE

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

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

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

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

## B - DÉCLARATIONS ET SIGNATURES

### 1. CONSENTEMENT DU PARTICIPANT

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_, certifie que :

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

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

\_\_\_\_\_  
Signature du participant

\_\_\_\_\_  
Date

## 1.1 Utilisation secondaire des données

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

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

\_\_\_\_\_  
Signature du participant

\_\_\_\_\_  
Date

## 2. ENGAGEMENT DU CHERCHEUR

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_, certifie que :

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

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

\_\_\_\_\_  
Signature du chercheur  
(agente de recherche)

\_\_\_\_\_  
Date

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





## **ANNEXE 4**

### **TABLEAU 2 - STRATÉGIES DE CHANGEMENT POUR CHACUN DES CINQ PROBLÈMES DU SYSTÈME D'ACTION MONTRÉALAIS EN PRÉVENTION DES ITSS**



**TABLEAU 2 - STRATÉGIES DE CHANGEMENT POUR CHACUN DES CINQ PROBLÈMES  
DU SYSTÈME D'ACTION MONTRÉALAIS EN PRÉVENTION DES ITSS**

Problèmes	STRATÉGIES DE CHANGEMENT		
	Stratégies d'interaction et d'apprentissage	Stratégies structurelles	Stratégies d'influence
<b>#1 Interface dans les services de 1<sup>ère</sup> ligne en CSSS et organismes communautaires</b>	<p>Présentations de leurs organisations et de leurs services par les acteurs.</p> <p>Diffusion de dépliants + bottins de ressources.</p> <p>Participation à des événements locaux ou des lieux de concertation (tables) où CSSS et OC font + connaissance.</p> <p>Formations des CSSS par les OC sur leurs services et besoins de leurs clientèles.</p> <p>Documentation de leurs interventions par les OC pour mieux les communiquer et en montrer l'utilité.</p> <p>Événements ponctuels -ensemble des acteurs ITSS (ex. : journée 4 juin 08).</p> <p>Interactions OC-DSP et CSSS-DSP au sein des 2 instances régionales.</p> <p>Démarche et instrumentation des CSSS – portrait épidémiologique et cadre logique- pour la production des PAL-ITSS.</p>	<p>Structures régionales de concertation par classe d'acteurs OC-DSP et CSSS-DSP.</p> <p>Mesures de financement ITSS en CSSS. Ex. : budgets SIDEPE.</p> <p>Comité conjoint local CSSS-OC. Entente formalisée de collaboration, entérinée au niveau supérieur de la direction des CSSS et OC, où les rôles et expertises respectifs sont spécifiés.</p> <p>Service ITSS dans chaque programme-service/ service ITSS où contribue chaque programme-service/structure de coordination/guichet unique ITSS en CSSS.</p> <p>Corridors de services ITSS entre CSSS pour consolider une offre régionale.</p> <p>Mise à la disposition d'expertise et de ressources (ex. : infirmière) par CSSS pour OC.</p> <p>Reproblématisation de la prévention des ITSS dans une perspective plus large.</p>	<p>Représentations auprès du MSSS, ASSSM et CMDP, DRMG, CSSS-ex. : direction des soins infirmiers- pour organisation de services cliniques et médicaux – cf. dépistage - ordonnances collectives –, traitement.</p> <p>Tournée de 2009 des CSSS par la DSP pour le développement de la 1<sup>ère</sup> ligne de services en CSSS.</p>
<b>#2 Approche généraliste versus spécialisée en intervention ITSS</b>	<p>Formation en communauté de pratique animée par la DSP. Ex. : <i>communauté de pratique nursing et psychosociale de proximité</i>.</p> <p>Événements ponctuels regroupant acteurs ITSS (ex. : Délégation à Barcelone 2008).</p> <p>Documentation de leurs interventions par les OC pour mieux les communiquer et en montrer l'utilité.</p>	<p>Structures régionales de concertation OC-DSP.</p> <p>Reproblématisation de la prévention des ITSS dans une perspective plus large.</p>	

<b>#3 Offre de service régionale ou territoriale en CSSS</b>	Formations CSSS par OC sur leurs services et besoins de leurs clientèles pour favoriser le développement d'un tronc commun de services dans tous les CSSS.	Structures régionales de concertation CSSS-DSP.  Démarche régionale de planification des PAL-ITSS en CSSS – flexibilité et adaptation.	
<b>#4 Statu quo versus changement dans le mode de financement des organismes communautaires</b>	Pas de stratégies directes.	Programme de financement ITSS des OC.  Structures régionales de concertation OC-DSP : sous-comité sur l'allocation budgétaire; comité matériel de protection.  <i>Cadre de référence ITSS – Volet communautaire</i> (DSP, 2010a) comportant de nouvelles règles.  Harmonisation <i>envisagée</i> PSOC de l'ASSSM et fonds ITSS de la DSP.  Cofinancement sollicité par les OC.	Représentations des OC et de la DSP auprès de l'ASSSM + MSSS pour + subventions OC.  Réactivation de la <i>TOM-Sida</i> , qui inclurait OC-ITSS, pour faire valoir leurs intérêts au <i>Comité de liaison Agence – CSSS – communautaire</i> .
<b>#5 Consolidation ou extension du réseau d'acteurs</b>	Participation <u>ad hoc</u> à des événements locaux ou lieux de concertation pour se faire connaître et sensibiliser aux ITSS d'autres acteurs de la communauté.	Reproblématisation de la prévention des ITSS dans une perspective plus large. <u>Limité à quelques acteurs.</u>	Représentations auprès du MSSS, ASSSM et CMDP, CSSS pour organisation de services cliniques et médicaux – cf. dépistage - ordonnances collectives –, traitement.  Mémoires, pressions, représentations des besoins des PV-ITSS sur la place publique : par les OC et la DSP.
ASSSM : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal DRMG : Direction régionale de médecine générale PV-ITSS : personnes vulnérables aux ITSS			

# BON DE COMMANDE

QUANTITÉ	TITRE DE LA PUBLICATION (version imprimée)	PRIX UNITAIRE (tous frais inclus)	TOTAL
	<b>L'intervention en prévention des ITSS à Montréal : potentialités, limites et défis de la collaboration dans le contexte de la création des CSSS</b>	<b>10\$</b>	
	ISBN 978-2-89673-037-7 (version imprimée)		
	ISBN 978-2-89673-038-4 (version PDF)		

Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

No

Rue

App.

Ville

Code postal

Téléphone \_\_\_\_\_

Télécopieur \_\_\_\_\_

Les commandes sont payables à l'avance par chèque ou mandat-poste à l'ordre de la  
**Direction de santé publique de Montréal**

**Veillez retourner votre bon de commande à :**

Centre de documentation  
Direction de santé publique  
1301, rue Sherbrooke Est  
Montréal (Québec) H2L 1M3

**Pour information : 514 528-2400 poste 3646**

GARDER  
notre monde  
ENSANTÉ





**Agence de la santé  
et des services sociaux  
de Montréal**

**Québec** 



**CRCOC**

Chaire de recherche du Canada  
en organisation communautaire