



Communauté de pratique virtuelle sur la consommation de substances et la sexualité : étude de besoins

Jean Dumas, Ph.D., stagiaire postdoctoral, Programme d'études et de recherche en toxicomanie, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

Mathieu Goyette, Ph.D., professeur agrégé, Programme d'études et de recherche en toxicomanie, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

Jorge Flores-Aranda, Ph.D., Chercheur d'établissement, Institut universitaire sur les dépendances, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Marianne Saint-Jacques, Ph.D., professeure agrégée, Programme d'études et de recherche en toxicomanie, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

Karine Bertrand, Ph.D., professeure titulaire, Programme d'études et de recherche en toxicomanie, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

Correspondance :

Mathieu Goyette
150, Place Charles-Le Moyne, bureau 200
Longueuil (Québec)
J4K 0A8
(450) 463-1835, poste 61479
mathieu.goyette@usherbrooke.ca

Note des auteurs

Cet article s'inscrit dans un projet de stage postdoctoral qui a été rendu possible grâce au soutien financier conjoint de MAC AIDS FUND (N-P-15-20716), de l'équipe Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec (RISQ) et de l'Institut universitaire sur les dépendances.

Résumé

Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) peuvent vivre des situations de vulnérabilité au regard de la consommation de substances psychoactives (SPA) et de la santé sexuelle. Ils font face également à des barrières concernant l'accessibilité à des services adaptés, dues à des lacunes en matière de formation des intervenants et au manque d'intégration des services. Les communautés de pratique virtuelles (CPV) représentent une avenue prometteuse pour pallier ces lacunes.

Cette étude repose sur un devis mixte et vise à identifier les besoins et les attentes des utilisateurs potentiels afin d'orienter le développement d'une CPV (*InterseXion*). Afin de répondre à cet objectif, 49 intervenants québécois en santé sexuelle ou en dépendance ont rempli un questionnaire en ligne portant sur leurs compétences perçues en santé sexuelle et en dépendance, leur intérêt au sujet de la CPV ainsi que les contenus jugés les plus utiles. De ce nombre, sept intervenants ont pris part à une entrevue individuelle visant à approfondir la compréhension de leurs besoins.

Les résultats mettent en évidence que l'intervention intégrée, sur les plans de la sexualité et de la dépendance, constitue un besoin de formation prioritaire pour l'ensemble des intervenants. La CPV est considérée comme une stratégie pertinente afin de répondre à des besoins de développement des compétences et de collaboration. Les entrevues mettent en relief le potentiel de la plateforme pour favoriser la collaboration intersectorielle et l'interdisciplinarité, développer des attitudes adéquates pour mieux intervenir, connaître et développer les meilleures pratiques. Des outils pour mieux intervenir ainsi que des exemples de meilleures pratiques sont proposés afin de favoriser l'atteinte de ces objectifs. Les résultats sont mis en perspective quant à leur contribution au développement de la CPV. Cette démarche souligne la pertinence de mener des études de besoins similaires pour le développement d'autres CPV en dépendance.

Mots-clés : communauté de pratique, consommation de substances psychoactives, santé sexuelle, hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, développement des compétences, collaboration intersectorielle

Virtual Community of Practice on Substance Use and Sexuality: A Needs Study

Abstract

Men who have sex with men (MSM) may encounter situations which make them vulnerable regarding substances use (SU) and sexual health. Inadequate training of health professionals and lack of integrated health services result in access barriers for MSM. Virtual communities of practice (VCoP) may be a promising avenue to counteract these specific service barriers.

This mixed methods study aims to identify the needs and expectations of potential users of a VCoP (*InterseXion*). Forty-nine health professionals from the province of Quebec working in addiction and sexual health services completed an online survey about their perceived skills regarding SU and

sexual health interventions, their interest about the VCoP and the content they would consider most useful. To get a better understanding the needs of the health professionals, seven health professionals from the sample participated in individual interviews.

The results show that integrated interventions in addiction and sexual health are a prominent training need for health professionals. The VCoP is considered a relevant strategy to attend to knowledge and skill development and collaboration needs. Participants interviewed highlighted the VCoP's potential in facilitating intersectoral and interdisciplinary collaboration, developing adequate attitudes to improve interventions, and learning about best practices. Participants suggest intervention tools and examples of best practices to reach these objectives. The results are presented in light of their contribution to the subsequent development of the VCoP *InterseXion*. Conducting similar needs assessment for the development of other VCoP in the field of addiction is recommended.

Keywords: community of practice, substance use, sexual health, men who have sex with men, competency development, intersectoral collaboration

Comunidad de práctica virtual sobre el consumo de sustancias y la sexualidad: estudio de necesidades

Resumen

Los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres pueden vivir situaciones de vulnerabilidad con respecto al consumo de sustancias psicoactivas y a la salud sexual. Enfrentan también barreras en cuanto al acceso a servicios adaptados, debido a las lagunas que existen en materia de capacitación profesionales clínicos y de la falta de integración de los servicios. Las comunidades de práctica virtuales son una solución prometedora para paliar esas lagunas.

Este estudio reposa sobre una metodología mixta y tiene como objetivo identificar las necesidades y las expectativas de los usuarios potenciales para orientar el desarrollo de una comunidad de práctica virtual (*InterseXion*). Para responder a este objetivo, 49 profesionales quebequenses en salud sexual o en dependencia respondieron a un cuestionario en línea sobre la percepción que tenían de sus competencias en salud sexual y dependencia, su interés por la comunidad de práctica virtual y los contenidos que juzgaban más útiles. De los 49 participantes del cuestionario en línea, siete participaron en una entrevista individual destinada a profundizar la comprensión sus necesidades.

Los resultados ponen en evidencia que la intervención integrada en los planos de la sexualidad y la dependencia constituye una necesidad de capacitación prioritaria para el conjunto de los profesionales de la salud sexual y la dependencia. La comunidad de práctica virtual es considerada como una estrategia pertinente para responder a las necesidades de desarrollo de competencias y de colaboración. Las entrevistas ponen de relieve el potencial de la plataforma para favorecer la colaboración intersectorial y la interdisciplinariedad, desarrollar aptitudes adecuadas para intervenir mejor, conocer y desarrollar mejores prácticas. Se proponen herramientas para intervenir mejor y

CPV *InterseXion* : Étude de besoins

ejemplos de mejores prácticas para favorecer la consecución de estos objetivos. Los resultados se ponen en perspectiva en cuanto a su contribución al desarrollo de la comunidad de práctica virtual. Este enfoque subraya la pertinencia de llevar a cabo estudios de necesidades similares para el desarrollo de otras comunidades de práctica virtual en dependencia.

Palabras clave: comunidad de práctica, consumo de sustancias psicoactivas, salud sexual, hombres que tienen relaciones con otros hombres, desarrollo de competencias, colaboración intersectorial

Introduction

Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) sont considérés comme une population à risque sur le plan de la consommation de substances psychoactives (SPA) et sur le plan du VIH (Agence de la santé publique du Canada, 2015 ; Lépine, 2011). Les HARSAH sont plus nombreux à consommer une plus grande variété de SPA que les hommes de la population générale, et ce, de manière plus fréquente et en plus grande quantité (Abdulrahim, Whiteley, Moncrieff et Bowden-Jones, 2016 ; Goyette et Flores-Aranda, 2015). La consommation de méthamphétamines et les épisodes de consommation excessive d'alcool chez les HARSAH sont étroitement liés à des conduites sexuelles à risque sur le plan de la transmission du VIH et d'autres infections transmissibles sexuellement (ITS) (Vosburgh, Mansergh, Sullivan et Purcell, 2012).

Il s'avère nécessaire d'intervenir auprès d'eux en tenant compte de leurs besoins au regard de leur consommation de SPA et de leur sexualité (Abdulrahim et al. 2016 ; Public Health England, 2015). Toutefois, les services en dépendance et en santé sexuelle sont largement déployés en silos et plusieurs déplorent des attitudes stigmatisantes relativement à l'homosexualité chez certains intervenants (Dumas, 2013 ; Institute of Medicine, 2011 ; McKirnan, Du Bois, Alvy et Jones, 2013). Des lacunes en matière de formation des intervenants provenant de divers milieux cliniques sont aussi constatées tant sur les plans de la dépendance que de la sexualité (Bourne et Weatherburn, 2017 ; Center for Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2012). L'amélioration des compétences des professionnels à intervenir au regard de la consommation de SPA et de la santé sexuelle auprès de cette population est par conséquent recommandée (Lovett et al., 2015).

Par ailleurs, plusieurs travaux menés au Québec et ailleurs soulignent que la collaboration intersectorielle demeure difficile à opérationnaliser pour les acteurs œuvrant en dépendance ou en santé sexuelle (Boyer, Morin, Lorti et Roy, 2015 ; Imbleau, 2016 ; Knudsen et Oser, 2009). Des stratégies doivent donc être mises en place pour améliorer la collaboration entre les professionnels provenant de divers secteurs (communautaires, réadaptation en dépendance, santé publique et services de santé de première ligne).

Les communautés de pratique (CP) représentent une avenue prometteuse pour améliorer la collaboration entre les services destinés aux HARSAH. Les CP peuvent se définir comme des espaces dans lesquels interagissent un groupe de personnes avec des intérêts, des préoccupations et des défis similaires (Wenger, McDermott et Snyder, 2002). Les interactions entre les membres favorisent la consolidation de leurs expertises ainsi qu'un sentiment d'appartenance à un groupe (Wenger et al., 2002) alors qu'ils œuvrent dans des milieux distants les uns des autres. Des études évaluatives documentent des bénéfices de la participation à une CP, principalement dans le secteur de la santé : amélioration de la collaboration ; intégration de connaissances scientifiques à la pratique ; échanges et transfert de connaissances ; amélioration des pratiques ; accroissement de la formation continue et accentuation de la perspective critique sur leur pratique (Meagher-Stewart et al., 2012 ; Ranmuthugala et al., 2011). Quant aux CP dites « virtuelles » (CPV), celles-ci impliquent le recours à des dispositifs de communication en ligne auxquels peuvent s'ajouter ou non des rencontres face à face. Certains avantages y sont associés comme des contenus accessibles en tout temps, l'élimination des contraintes géographiques et la facilitation des échanges entre les utilisateurs grâce à une variété d'outils synchrones et asynchrones (Lewis, Koston, Quartley et Adsit, 2011 ; Michaud, Briand, Thibault et Charbonneau, 2015 ; Saint-Charles, 2012).

Pour guider le développement d'une CP, plusieurs auteurs soulignent l'importance de réaliser une étude de besoins auprès des utilisateurs potentiels et déplorent que cette étape importante ne soit généralement pas réalisée (CEFRIO, 2005; Hanlis et Habbas, 2008; Sullivan, Harlan, Pakenham-Walsh et Ouma, 2012). À notre connaissance, il n'existe pas d'étude sur ce sujet, bien que les compétences perçues des intervenants en santé mentale et dépendance aient fait l'objet de quelques travaux (Cusak, Killoury et Nugent, 2017; L'Espérance, Bertrand et Perreault, 2016). Ainsi, afin de guider le développement de la CPV *InterseXion* sur l'intervention auprès des HARSAH en matière de consommation de SPA et de santé sexuelle, une étude de besoins a été menée auprès d'utilisateurs potentiels de cette plateforme, soit auprès d'intervenants et de gestionnaires. Cette étude avait comme objectifs spécifiques 1) de décrire les besoins perçus des utilisateurs potentiels de la CPV quant aux compétences requises et à développer pour intervenir auprès des HARSAH en dépendance et santé sexuelle et de 2) documenter leur perception au sujet de la pertinence d'*InterseXion* ainsi que leurs attentes au regard des contenus et fonctionnalités souhaités.

Méthodologie

L'étude de besoins, basée sur un devis mixte, a été réalisée d'avril à novembre 2016. Les volets qualitatif et quantitatif ont été menés de façon parallèle et l'intégration des données a été réalisée à l'étape de l'interprétation des résultats, alors que les résultats des deux volets ont été comparés et contrastés. Il s'agit donc d'un devis mixte basé sur la triangulation des méthodes de collecte de données (Denzin, 1988). Le projet a reçu une approbation du comité d'éthique de la recherche du Centre de recherche – Hôpital Charles-Le Moyne.

Volet quantitatif

Participants et stratégie de recrutement

Pour réaliser le volet quantitatif de l'étude, 97 intervenants et gestionnaires du Québec œuvrant dans les domaines de la prévention et de l'intervention en dépendance ou en santé sexuelle ont été recrutés lors des périodes précédant le développement ou concomitantes au déploiement de la CPV. De ce nombre, 49 (50,1%) ont rempli le questionnaire en entier. Les stratégies de recrutement utilisées ont reposé sur l'envoi de courriels aux participants potentiels par neuf organismes partenaires (par exemple, COCQ-SIDA, CACTUS Montréal),

Instruments et déroulement

Un questionnaire en ligne a été élaboré afin de colliger plusieurs indicateurs quant 1) aux caractéristiques personnelles et aux profils de formation et d'expérience des participants, 2) à leurs besoins sur le plan du développement de compétences afin d'intervenir sur les plans de la consommation de SPA et de la santé sexuelle auprès des HARSAH, et 3) à la pertinence de la CPV comme moyen pour combler leurs besoins et les contenus possibles. Les indicateurs associés à la pertinence de la CPV sont issus d'études entourant le recours aux technologies de l'information et des communications auprès d'intervenants en santé (Mairs, McNeil, McLeod, Prorok et Stolee, 2013).

Étant donné qu'aucun instrument n'existait à cet égard, une section du questionnaire en ligne intitulée *Bilan des compétences perçues en intervention sur les plans de la consommation de SPA et de santé sexuelle* (BCSS) a été développée à partir de la conceptualisation retenue par Perreault (2013) selon laquelle les compétences reposent sur un ensemble de savoirs, de savoir-faire et de savoir-être. Les indicateurs ont été dégagés de guides sur les compétences d'intervention nécessaires pour œuvrer dans les domaines de l'intervention en dépendance (Perreault, 2013) et en santé sexuelle (Goyette et Flores-Aranda, 2015; Organisation mondiale de la Santé, 2012). Les 33 compétences retenues ont été regroupées selon quatre dimensions à partir d'échanges entre quatre des coauteurs de l'article : 1) l'intervention en santé sexuelle auprès des HARSAH, 2) l'intervention sur le plan de la consommation de SPA auprès des HARSAH, 3) l'intervention intégrée sur les plans de la consommation et de la santé sexuelle auprès des HARSAH, ainsi que 4) la capacité sur le plan organisationnel à identifier des besoins sur le plan des pratiques, de l'offre de services et de la collaboration. Le format du questionnaire développé repose sur une transposition d'un questionnaire entourant l'intégration des services en dépendance et santé mentale utilisé dans le cadre d'une recherche menée dans le domaine des formations croisées (Bertrand, Ménard, Picher, Fines et Richer, 2008). Pour chacune des compétences identifiées, les niveaux d'importance et de compétence perçues ont été mesurés à l'aide d'une échelle de type Lykert allant de 1 (« pas du tout important/aucune compétence ») à 4 « très important/excellente compétence »).

Analyses

Les données quantitatives recueillies auprès des 49 participants ayant complété ce volet ont fait l'objet d'analyses descriptives de fréquence et de tendance centrales ainsi que d'analyses comparatives univariées quant au niveau de compétences perçues selon que les participants soient issus des domaines de l'intervention en dépendance, en santé sexuelle ou des deux domaines (trois groupes). Une décomposition des effets simples par l'utilisation de tests de Bonferroni a été réalisée pour chacune des compétences dont les différences s'avéraient significatives (analyses post-hoc).

Volet qualitatif

Participants et échantillonnage

Un sous-échantillon de convenance de sept participants a été constitué à partir de l'échantillon recruté dans le cadre du volet quantitatif. Les critères d'inclusion étaient d'avoir complété le questionnaire en ligne et d'avoir consenti à être contacté pour participer au volet qualitatif de l'étude.

Outil de collecte de données

Sept entrevues individuelles téléphoniques semi-dirigées ont été menées par une agente de recherche non impliquée dans le développement de la CPV à l'étude (CPV *InterseXion*). Un guide d'entrevue a été élaboré à partir des questions de recherche et de la revue de la documentation menée sur les CPV dans le domaine de la santé. Les thèmes suivants ont été abordés : 1) pratique clinique et les populations rejointes dont les HARSAH ; 2) expérience avec les CP et CPV ; 3) stratégies utilisées actuellement pour développer leurs compétences auprès de la clientèle HARSAH au sujet de la consommation de SPA et de la santé sexuelle ; 4) besoins en termes d'échanges

et de collaboration dans ces domaines; 5) intérêt et pertinence au sujet de la CPV *InterseXion*; 6) contenus et fonctionnalités souhaitées; 7) utilisation anticipée de la plateforme et; 8) conditions de succès et les barrières au développement de la CPV. Les entrevues ont duré en moyenne 25 minutes (19 à 35 minutes). Celles-ci ont été enregistrées et transcrites intégralement.

Analyses

Les transcriptions des entretiens individuels ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique (Paillé et Mucchielli, 2012) à l'aide du logiciel NVivo 9 par l'auteur principal. Une grille de codification mixte a été élaborée à partir des questions de recherche et des thèmes émergeant en cours d'analyse. Une codification de trois des sept entrevues a également été réalisée par un deuxième codeur pour assurer la crédibilité des analyses (Miles, Huberman et Saldaña, 2014). Le taux d'accord inter-juge était élevé (moyenne de 93,8% pour tous les thèmes) et les différences de codification ont été examinées pour s'assurer de la précision et la clarté des thèmes. L'ensemble des entrevues a été lu également par un deuxième cochercheur et les résultats des analyses qualitatives ont été discutés par les chercheurs de l'équipe à plusieurs reprises au cours du processus de recherche.

Résultats / Volet quantitatif / Portrait des participants

Caractéristiques personnelles et professionnelles

L'échantillon est constitué de participants qui résident principalement dans la région de Montréal (61,2%). Il compte une proportion plus importante de femmes (63,3%) que d'hommes et deux participants s'identifient comme des personnes trans (4,1%). Sur le plan de l'orientation sexuelle, l'échantillon compte une majorité de personnes s'identifiant comme étant d'orientation hétérosexuelle (55,1%), environ un tiers d'orientation homosexuelle (34,7%) et un dixième d'orientation bisexuelle (10,2%).

Les participants proviennent de différents secteurs d'activités professionnelles, soit des milieux communautaires (59,2%), publics (34,7%) et privés (10,2%). Ils occupent un poste à titre d'intervenants psychosociaux (49,0%), de gestionnaires ou de coordonnateurs (22,4%), de professionnels de la santé (20,4%) ou d'agents de recherche (6,1%). Ils mentionnent œuvrer principalement dans les domaines de la dépendance (44,9%), de la sexualité (32,7%), les deux domaines conjointement (20,4%) ou de la santé mentale (2,0%).

Profils de formation et d'expérience

La majorité des participants indiquent avoir suivi des formations en dépendance (85,7%) et en santé sexuelle (73,5%) dans le cadre d'un programme collégial ou universitaire, lors d'activités de formation continue ou de supervision clinique. Parmi les participants ayant reçu des formations en dépendance, près de la moitié des participants (47,6%) indiquent que la thématique de la santé sexuelle a été abordée pendant leur formation en dépendance et un peu plus d'un tiers (35,7%) indiquent que les dimensions pouvant être spécifiques à la consommation de SPA des HARSAH ont été abordées. Parmi les participants ayant reçu des formations en santé sexuelle, un peu plus de la moitié des participants (54,1%) indiquent que la thématique de la dépendance a été abordée

CPV *InterseXion* : Étude de besoins

pendant leur formation en santé sexuelle et sept participants sur dix (69,4%) indiquent que les dimensions pouvant être spécifiques à la santé sexuelle des HARSAH ont été abordées.

Près de huit participants sur dix (79,6%) mentionnent avoir de l'expérience dans le domaine des interventions en dépendance toutes populations confondues, soit en moyenne 7,0 années d'expérience ($\acute{E}T = 6,2$). Un peu moins de trois participants sur dix (28,2%) ont de l'expérience auprès des HARSAH, soit en moyenne 5,5 années ($\acute{E}T = 8,9$). Près de sept participants sur dix (69,4%) indiquent avoir de l'expérience dans le domaine des interventions en santé sexuelle toutes populations confondues, soit en moyenne 6,7 années d'expérience ($\acute{E}T = 5,2$). Près des deux tiers (67,6%) ont de l'expérience auprès des HARSAH, soit en moyenne 6,7 années ($\acute{E}T = 8,9$).

Besoins sur le plan du développement de compétences

Les tableaux 1 à 4 présentent les moyennes entourant l'importance perçue et le niveau de compétence perçue pour chacune des compétences par les participants.

TABLEAU 1– Moyennes des niveaux d'importance et de compétence en intervention en santé sexuelle selon le domaine d'activité

	Importance et compétence ^a				Compétence par domaine ^b			
	Importance M (ÉT)	Compétence M (ÉT)	Écart	Dépendance M (ÉT)	Sexualité M (ÉT)	À part égale M (ÉT)	ANOVA	
Attitudes								
Démontrer une attitude d'ouverture, de non-jugement et d'empathie au sujet de la sexualité	4,00 (0,00)	3,48 (0,62)	0,52	3,18 (0,66)	3,87 (0,35)	3,50 (0,53)	F(2,44) = 6,84**; $\eta^2 = 0,24$	
Démontrer de l'aisance à discuter de la sexualité dont l'orientation sexuelle	3,92 (0,28)	3,38 (0,76)	0,54	2,95 (0,84)	3,87 (0,35)	3,50 (0,53)	F(2,44) = 8,79**; $\eta^2 = 0,29$	
Connaissances								
Connaître le processus d'acceptation personnelle de l'orientation sexuelle dont la période du coming out	3,71 (0,50)	2,88 (0,79)	0,83	2,41 (0,59)	3,60 (0,63)	2,80 (0,63)	F(2,44) = 16,94**; $\eta^2 = 0,44$	
Connaître l'homophobie et l'hétérosexisme et leur intériorisation	3,80 (0,41)	2,92 (0,82)	0,88	2,55 (0,74)	3,53 (0,64)	2,70 (0,68)	F(2,44) = 9,49; **; $\eta^2 = 0,30$	
Connaître les troubles du fonctionnement sexuel (ex. dysfonctionnement érectile, éjaculation précoce)	3,20 (0,65)	2,38 (0,73)	0,82	2,05 (0,65)	2,73 (0,70)	2,50 (0,71)	F(2,44) = 4,82*; $\eta^2 = 0,18$	
Connaître les facteurs biologiques et psychosociaux liés à la satisfaction et au plaisir sexuel	3,53 (0,54)	2,63 (0,89)	0,90	2,18 (0,66)	3,20 (0,78)	2,70 (1,06)	F(2,44) = 7,39**; $\eta^2 = 0,25$	
Connaître les ITSS : agents pathogènes, symptômes et traitements	3,76 (0,48)	3,17 (0,72)	0,59	2,77 (0,75)	3,53 (0,52)	3,50 (0,53)	F(2,44) = 7,95**; $\eta^2 = 0,27$	
Connaître les niveaux de risque de transmission des ITSS associés aux pratiques sexuelles	3,94 (0,24)	3,38 (0,70)	0,56	3,05 (0,79)	3,67 (0,49)	3,60 (0,52)	F(2,44) = 4,90*; $\eta^2 = 0,18$	

	Importance et compétence ^a			Compétence par domaine ^b			
	Importance M (ÉT)	Compétence M (ÉT)	Écart	Dépendance M (ÉT)	Sexualité M (ÉT)	À part égale M (ÉT)	ANOVA
Connaître les facteurs psychosociaux liés à la prise de risques sexuels	3,90 (0,31)	3,25 (0,76)	0,65	2,95 (0,79)	3,53 (0,64)	3,40 (0,70)	F(2,44) = 3,18; p = 0,05; η ² = 0,13
Connaître les méthodes de prévention des ITSS	3,94 (0,24)	3,54 (0,65)	0,40	3,23 (0,75)	3,80 (0,41)	3,80 (0,42)	F(2,44) = 5,32**; η ² = 0,20
Habiletés et capacités							
Capacité à identifier des besoins et à détecter des problèmes de santé sexuelle	3,71 (0,46)	2,81 (0,80)	0,90	2,32 (0,65)	3,33 (0,62)	3,10 (0,74)	F(2,44) = 11,88**; η ² = 0,35
Capacité d'élaborer un plan d'intervention en regard de la santé sexuelle et à le mettre en œuvre	3,53 (0,62)	2,66 (0,79)	0,87	2,23 (0,69)	3,13 (0,74)	2,90 (0,57)	F(2,44) = 8,65**; η ² = 0,28
Connaître l'offre de services en santé sexuelle	3,82 (0,39)	2,81 (0,82)	1,01	2,23 (0,61)	3,33 (0,62)	3,30 (0,68)	F(2,44) = 17,78**; η ² = 0,45
Capacité à orienter une personne vers des services en fonction des besoins identifiés en santé sexuelle	3,85 (0,36)	2,83 (0,81)	1,02	2,27 (0,63)	3,33 (0,62)	3,30 (0,68)	F(2,44) = 15,87**; η ² = 0,42
Capacité à collaborer avec des professionnels en santé sexuelle	3,92 (0,28)	2,88 (0,76)	1,04	2,41 (0,50)	3,40 (0,83)	3,10 (0,57)	F(2,44) = 11,63**; η ² = 0,35

Note. ^a N = 48 à 49. ^b N = 47. *p < .05. **p < .01.

TABLEAU 2– Moyennes des niveaux d'importance et de compétence en intervention en dépendance selon le domaine d'activité

	Importance et compétence ^a				Compétence par domaine ^b			
	Importance M (ÉT)	Compétence M (ÉT)	Écart	Dépendance M (ÉT)	Sexualité M (ÉT)	À part égale M (ÉT)	ANOVA	
Attitudes								
Démontrer une attitude d'ouverture, de non-jugement et d'empathie au sujet de la consommation	3,98 (0,14)	3,71 (0,54)	0,27	3,73 (0,56)	3,53 (0,64)	3,90 (0,32)	F(2,44) = 1,41; p = 0,26; η ² = 0,06	
Démontrer de l'aisance à discuter de la consommation	3,94 (0,25)	3,69 (0,55)	0,25	3,82 (0,50)	3,47 (0,64)	3,70 (0,48)	F(2,44) = 1,86; p = 0,17; η ² = 0,08	
Connaissances								
Connaître les effets des différentes substances psychoactives	3,71 (0,50)	3,33 (0,78)	0,38	3,59 (0,59)	2,87 (0,99)	3,40 (0,52)	F(2,44) = 4,47*; η ² = 0,17	
Connaître l'ampleur et les particularités du phénomène de la consommation dans cette population	3,57 (0,61)	2,90 (0,83)	0,67	2,95 (0,96)	2,73 (0,79)	2,90 (0,74)	F(2,44) = 0,32; p = 0,73; η ² = 0,01	
Connaître et distinguer les manifestations des différents niveaux de consommation à risque et problématique	3,78 (0,42)	3,17 (0,75)	0,61	3,50 (0,60)	2,73 (0,80)	3,00 (0,67)	F(2,44) = 5,95**; η ² = 0,21	
Connaître les différentes étapes du processus de changement quant à la consommation	3,73 (0,49)	3,33 (0,88)	0,40	3,64 (0,66)	2,93 (1,03)	3,20 (0,92)	F(2,44) = 3,19; p = 0,05; η ² = 0,13	
Connaître l'offre de services en dépendance	3,84 (0,43)	3,40 (0,79)	0,44	3,73 (0,55)	3,00 (0,85)	3,20 (0,92)	F(2,44) = 4,72*; η ² = 0,18	

	Importance et compétence ^a			Compétence par domaine ^b			
	Importance M (ÉT)	Compétence M (ÉT)	Écart	Dépendance M (ÉT)	Sexualité M (ÉT)	À part égale M (ÉT)	ANOVA
Habilités et capacités							
Capacité de détecter une problématique de consommation et à réaliser une réaction	3,73 (0,49)	3,27 (0,79)	0,46	3,55 (0,67)	2,87 (0,92)	3,20 (0,63)	F(2,44) = 3,68*; η ² = 0,14
Capacité d'élaborer un plan d'intervention en regard de la consommation et à le mettre en œuvre	3,65 (0,668)	3,09 (0,747)	0,56	3,32 (0,646)	2,64 (0,745)	3,10 (0,738)	F(2,43) = 4,03*; η ² = 0,16
Capacité à orienter une personne vers des services en fonction des besoins identifiés en matière de consommation	3,88 (0,39)	3,42 (0,74)	0,46	3,64 (0,58)	3,07 (0,88)	3,40 (0,70)	F(2,44) = 2,84; p = 0,07; η ² = 0,11
Capacité à collaborer avec des professionnels provenant du secteur de la dépendance	3,88 (0,39)	3,48 (0,77)	0,40	3,64 (0,58)	3,20 (1,01)	3,50 (0,71)	F(2,44) = 1,44; p = 0,25; η ² = 0,06

Note. a N = 47 à 49. ^b N = 46 à 47. *p < .05. **p < .01.

TABLEAU 3 – Moyennes des niveaux d'importance et de compétence en intervention en dépendance et en santé sexuelle selon le domaine d'activité

	Importance et compétence ^a				Compétence par domaine ^b			ANOVA
	Importance M (ÉT)	Compétence M (ÉT)	Écart	Dépendance M (ÉT)	Sexualité M (ÉT)	À part égale M (ÉT)		
Habiletés et capacités								
Évaluer l'influence d'une problématique de consommation sur la santé sexuelle et vice versa	3,80 (0,41)	2,89 (0,73)	0,91	2,82 (0,73)	2,87 (0,74)	3,11 (0,78)	F(2,43) = 0,51; p = 0,61; η ² = 0,02	
Élaborer un plan d'intervention tenant compte à la fois de la consommation et de la santé sexuelle et le mettre en œuvre	3,73 (0,49)	2,60 (0,75)	1,13	2,50 (0,74)	2,71 (0,73)	2,67 (0,87)	F(2,42) = 0,38; p = 0,69; η ² = 0,02	
Collaborer avec des professionnels provenant du secteur partenaire	3,86 (0,35)	3,04 (0,82)	0,82	3,00 (0,82)	3,13 (0,83)	3,00 (0,87)	F(2,43) = 0,13; p = 0,89; η ² = 0,01	

Note. a N = 45 à 49. b N = 45 à 46. *p < .05. **p < .01.

TABLEAU 4 – Moyennes des niveaux d'importance et de compétence en gestion dans les organisations

	Importance et compétence ^a			Compétence par domaine ^b				ANOVA
	Importance M (ÉT)	Compétence M (ÉT)	Écart	Dépendance M (ÉT)	Sexualité M (ÉT)	À part égale M (ÉT)		
Habilités et capacités								
Identifier les besoins sur le plan de la sexualité et de la consommation de SPA de la clientèle HARSAAH au sein de mon organisme	3,67 (0,60)	2,63 (0,85)	1,04	2,35 (0,81)	2,80 (0,94)	2,90 (0,74)	F(2,42) = 1,92; p = 0,16; η ² = 0,08	
Soutenir les capacités de mon équipe pour intervenir auprès des HARSAAH sur le plan de la sexualité et de la consommation de SPA	3,76 (0,484)	2,60 (0,963)	1,16	2,25 (0,85)	2,79 (0,89)	3,00 (1,16)	F(2,41) = 2,57; p = 0,89; η ² = 0,11	
Identifier et développer des programmes de services au sein de mon organisme pour répondre aux besoins des HARSAAH sur le plan de la sexualité et de la consommation de SPA	3,62 (0,61)	2,39 (0,95)	1,23	1,95 (0,83)	2,71 (0,91)	2,80 (0,92)	F(2,41) = 1,92*; η ² = 0,18	
Identifier et développer des programmes de services auprès d'autres organismes pour répondre aux besoins des HARSAAH sur le plan de la sexualité et de la consommation de SPA	3,56 (0,66)	2,36 (1,01)	1,20	2,00 (0,85)	2,71 (0,91)	2,60 (1,27)	F(2,41) = 2,57; p = 0,89; η ² = 0,11	

 Note. ^a N = 44 à 46. ^b N = 44 à 45. *p < .05. **p < .01.

Niveaux perçus d'importance et de compétence

Pour l'ensemble des quatre dimensions, toutes les moyennes entourant l'importance perçue se situent au-delà de 3 (« plutôt important »). En ce qui a trait au niveau de compétence perçue, bien que plusieurs compétences possèdent une moyenne au-delà de 3 (« plutôt bonne compétence »), les moyennes de certaines compétences n'atteignent pas ce seuil.

La dimension qui compte proportionnellement le moins de compétences avec des scores moyens inférieurs à 3 est l'intervention sur le plan de la consommation de SPA auprès des HARSAH (une compétence sur 11, soit 9,1%), suivi de celle entourant l'intervention en santé sexuelle auprès HARSAH (neuf compétences sur 15, soit 60,0%). Les deux dimensions qui comptent le plus de compétences avec des scores moyens inférieurs à 3 sont la gestion dans les organisations en ce qui concerne l'identification des besoins, l'offre de services et la collaboration (quatre compétences sur quatre, soit 100%), suivi de l'intervention tenant compte à la fois de la santé sexuelle et de la consommation (deux compétences sur trois, soit 66,7%). Ce sont d'ailleurs pour ces deux dimensions que les moyennes des niveaux compétences perçues sont les plus basses.

Besoins : un écart entre les niveaux d'importance et de sentiment de compétence

Les écarts entre les moyennes entourant l'importance perçue et les moyennes concernant les compétences perçues ont été calculés afin d'identifier les besoins prioritaires de formation auxquels la CPV pourrait répondre. Il est considéré ainsi que les intervenants qui manifestent un faible sentiment de compétence pour un élément qu'ils considèrent important identifient ainsi un besoin de formation prioritaire. Les deux dimensions qui comptent les moyennes d'écarts les plus élevées sont la gestion dans les organisations en ce qui concerne l'identification des besoins, l'offre de services et la collaboration ($M = 1,16$) et l'intervention tenant compte à la fois de la santé sexuelle et de la consommation ($M = 0,95$).

Niveau de compétences selon les domaines d'intervention

Les moyennes des niveaux de compétence diffèrent de façon générale selon le domaine principal d'intervention (sexualité, dépendance ou les deux domaines à parts égales) auquel les participants affirment appartenir.

La presque totalité des moyennes quant aux niveaux de compétences perçues en intervention en santé sexuelle (voir Tableau 1) diffère significativement selon les principaux domaines d'appartenance des intervenants. Excepté la connaissance des facteurs psychosociaux liés à la prise de risques sexuels, les intervenants en santé sexuelle perçoivent détenir un niveau de compétences supérieur en intervention en santé sexuelle que les intervenants en dépendance. Une décomposition des effets simples a été réalisée pour chacune des compétences dont les différences s'avéraient significatives. Les intervenants œuvrant dans les deux domaines à parts égales perçoivent détenir des niveaux de compétences significativement inférieurs à ceux des intervenants en santé sexuelle quant à leurs connaissances du processus d'acceptation personnelle de l'orientation sexuelle ($p < 0,01$) ainsi que de leurs connaissances de l'homophobie et de l'hétérosexisme et leur intériorisation ($p = 0,02$). Ces mêmes intervenants perçoivent avoir des niveaux de compétences significativement supérieurs à ceux des intervenants en dépendance quant à leurs

connaissances des ITSS ($p = 0,01$), leurs connaissances des méthodes de prévention des ITSS ($p = 0,02$), leur capacité à détecter des problèmes et à identifier des besoins en santé sexuelle ($p = 0,01$), leur capacité à élaborer un plan d'intervention en regard de la sexualité et à le mettre en œuvre ($p = 0,04$), leurs connaissances de l'offre de service en santé sexuelle des HARSAH ($p < 0,01$), leur capacité à orienter une personne vers des services en santé sexuelle ($p < 0,01$) ainsi que leur capacité à collaborer avec des professionnels en santé sexuelle ($p = 0,02$).

Plusieurs des moyennes des niveaux de compétences en dépendance (voir Tableau 2) diffèrent aussi significativement selon les principaux domaines d'appartenance des intervenants. Les intervenants en dépendance perçoivent détenir des niveaux de compétences supérieurs aux intervenants en santé sexuelle en ce qui a trait à cinq des onze compétences de cette dimension. Une décomposition des effets simples a été réalisée pour chacune des compétences dont les différences s'avéraient significatives. Les intervenants s'identifiant comme œuvrant dans les deux domaines d'appartenance à parts égales ne se distinguent pas significativement ni des intervenants en dépendance, ni de ceux en santé sexuelle quant à leur perception de leurs niveaux de compétence en intervention en dépendance.

Parmi les moyennes des niveaux de compétences perçues en intervention intégrée sur le plan de la dépendance et de la sexualité (voir Tableau 3), aucune compétence ne diffère significativement selon les principaux domaines d'appartenance des intervenants. Les résultats sont similaires en ce qui concerne les compétences organisationnelles à identifier des besoins sur le plan des pratiques, de l'offre de services et de la collaboration où une seule compétence diffère significativement selon les principaux domaines d'appartenance des intervenants. Cependant, les intervenants œuvrant dans les deux domaines d'appartenance à parts égales perçoivent détenir un niveau de compétence supérieur à celui des intervenants en dépendance en ce qui a trait à leur capacité à identifier et à développer des programmes et des services au sein de leur organisme pour répondre aux besoins des HARSAH sur le plan de la sexualité et de la consommation de SPA. Concernant cette dernière compétence, une décomposition des effets simples démontre que les intervenants s'identifiant comme œuvrant principalement en sexualité perçoivent détenir des niveaux de compétences significativement supérieures à ceux des intervenants œuvrant principalement en dépendance ($p < 0,01$).

Intérêt, pertinence et contenu d'InterseXion

Accès et utilisation d'Internet à des fins d'amélioration des compétences

Tous les participants disposent d'un accès à Internet dans leur lieu de travail et plus de huit participants sur dix (85,7%) ont du temps prévu et autorisé pour l'utilisation d'Internet afin d'améliorer leurs compétences. Concernant l'utilisation d'Internet pour des fins de formation, la majorité des participants indique détenir un niveau d'habileté intermédiaire (44,2%) ou avancé (41,9%). Une forte majorité de répondants considère qu'Internet est une source d'information plutôt (41,9%) ou très utile (55,8%) dans le cadre de leur travail.

Près de trois participants sur dix (28,6%) sont membres d'une CP. Parmi eux, près des deux tiers (64,2%) sont membre d'une seule CP et un peu plus du tiers (35,7%) sont membres de deux ou trois CP. La CP la plus utilisée par les participants est de type présentiel (42,8%), virtuel (35,7%), ou les deux types combinés (21,4%).

Utilité perçue de la CPV pour répondre à leur besoin sur le plan des compétences

La grande majorité des participants évaluaient qu'InterseXion leur permettrait d'améliorer leurs compétences dans le cadre de leur travail au sujet de la consommation de SPA et de la santé sexuelle des HARSAH (91,9%) ainsi que leurs collaborations avec des intervenants du secteur de la dépendance ou de la santé sexuelle (79,2%). De façon plus générale, ils étaient d'avis qu'InterseXion a le potentiel de contribuer à l'amélioration des services en dépendance et en santé sexuelle pour les HARSAH au Québec (85,4%). Enfin, plus de huit participants sur dix (83%) étaient intéressés à devenir membres d'InterseXion une fois le lancement de la communauté de pratique annoncé afin de l'utiliser sur une base hebdomadaire ou mensuelle.

Thèmes souhaités dans la CPV InterseXion

À partir d'une question ouverte, les participants étaient invités à indiquer des thèmes qu'ils souhaitent leur être proposés sur InterseXion. Les suggestions de thèmes (en ordre décroissant de la fréquence des mentions) portent sur la nature et l'ampleur de la consommation de SPA en lien avec la sexualité parmi les HARSAH, les approches d'intervention auprès de cette population incluant les nouvelles pratiques de même que les interventions adaptées à certains sous-groupes (par exemple, personnes vivant avec le VIH, aînés, travailleurs du sexe, diversité culturelle), la consommation en lien avec la sexualité en général, les impacts de la consommation, des informations sur les SPA (notamment la méthamphétamine) et les réalités régionales. Au sujet de la collaboration entre les services offerts aux HARSAH, les thèmes suggérés portent sur les ressources disponibles pour orienter les utilisateurs de services et les partenariats actuels ou à développer pour mieux répondre aux besoins de cette population. Les participants ont également indiqué un ensemble de contenus ou de fonctionnalités qu'ils souhaitaient retrouver dans la CPV (voir Tableau 5)

TABLEAU 5 – Fréquences des contenus et fonctionnalités souhaités

Contenus et fonctionnalités	Niveau d'intérêt (%) ^a			
	Très intéressé	Assez intéressé	Peu intéressé	Pas du tout intéressé
Guides d'interventions en santé sexuelle et en dépendance	83,0	17,0	0,0	0,0
Outils de détection de la consommation problématique de substances	46,8	29,8	21,3	2,1
Outils de détection d'un trouble de santé sexuelle	53,2	42,6	2,1	2,1
Outils pouvant servir à effectuer un bilan personnel en matière de santé sexuelle ou lors d'une intervention	67,4	23,9	8,7	0,0
Blogue de nouvelles d'actualités pertinentes pour les membres de la communauté	68,1	25,5	2,1	4,3
Espace d'échanges pour les intervenants avec des propositions de questions à débattre	36,2	40,4	17,0	6,4
Vignettes de cas cliniques	51,1	40,4	8,5	0,0
Vignettes de pratiques d'interventions	59,6	34,0	6,4	0,0

Note. ^a N = 47.

Volet qualitatif / Portrait des participants aux entrevues

Parmi les sept participants, quatre sont des femmes et trois des hommes. Quatre œuvrent dans le réseau communautaire et trois dans le réseau public de la santé et des services sociaux. Cinq travaillent dans la région de Montréal et deux ailleurs au Québec. Les participants sont issus du secteur de la dépendance (n=3), de la santé sexuelle (n = 2) ou des deux domaines à parts égales (n = 2). Tous les participants sont amenés à intervenir auprès des HARSAH.

Les besoins identifiés et stratégies utilisées

Les besoins en termes de formation.

Quelques intervenants en dépendance, et travaillant autant dans le secteur public que communautaire, rapportent ne pas se sentir outillés pour intervenir adéquatement auprès des HARSAH en matière de santé sexuelle, ni pour collaborer avec d'autres professionnels ou organismes du secteur de la santé sexuelle. Ils souhaiteraient pouvoir mieux aider les HARSAH qui s'exposent de façon importante à des risques de transmission d'ITSS lors d'épisodes de consommation de SPA.

[...] Souvent, moi je vais évaluer des hommes qui vont dire « moi je vais dans les saunas puis je consomme beaucoup, beaucoup, puis je ne me protège pas toujours... » [...] Alors, dans mon rôle d'évaluateur, j'ai l'impression que je pourrais faire un petit peu d'intervention là-dessus ne serait-ce que pour semer la réflexion chez la personne sur c'est quoi ses options, c'est quoi ses possibilités pour prendre soin d'elle, mais je ne sais pas comment faire (intervenant en dépendance, secteur public).

Pour un intervenant en dépendance, une meilleure connaissance des profils de consommation des HARSAH ainsi que de leurs particularités et contextes de vie favoriserait le développement du lien de confiance avec eux et la qualité de leurs interventions.

C'est sûr que de connaître la réalité de ces personnes, c'est quelque chose qui peut être très intéressant dans notre pratique, dans notre façon d'intervenir, pour ne pas parler à travers notre chapeau quand on parle avec le client [rires], qu'il sente un peu qu'on s'est informé puis qu'on sait un petit peu dans quoi il vit, qu'il n'a pas besoin de se faire poser 72 questions pour qu'on puisse faire une intervention qui se tient (intervenant en dépendance, secteur public).

L'amélioration des compétences à intervenir de manière intégrée dans les deux domaines est aussi souhaitée par un intervenant communautaire en santé sexuelle. Celui-ci suggère que le confort de l'intervenant à explorer la consommation de SPA chez leur clientèle pourrait favoriser l'exploration de ce thème.

Je pense qu'on [dans mon milieu de travail] ne s'est pas beaucoup penché sur cet aspect-là spécifiquement [la consommation], mais ça vaudrait la peine parce que je pense que ça peut être plus présent qu'on pense. Peut-être qu'ils sont moins à l'aise d'en parler, mais peut-être qu'on pourrait essayer de développer des moyens pour justement qu'ils soient plus ouverts (intervenant communautaire en santé sexuelle).

Le manque d'aisance et de compétences de certains professionnels pour aborder adéquatement la sexualité sont aussi déplorés par d'autres participants, autant des secteurs publics que communautaire. Encore une fois, ce manque de confort des professionnels peut aussi engendrer une barrière auprès des HARSAH à même de limiter les échanges.

Souvent, ce que j'ai vu avec les autres professionnels, ils ont de la misère des fois à aborder la sexualité, de parler de façon ouverte, sans honte, sans jugement, puis c'est ça qui des fois bloque l'utilisateur de vraiment exprimer puis avancer plus naturellement parce que ça fait partie de leur vie puis ça s'entrecroise très franchement avec leur problème de dépendance (intervenant communautaire en santé sexuelle).

Les besoins de développement d'interventions intégrées

La nécessité de développer et de mettre en place des interventions intégrées en dépendance et en santé sexuelle est également soulignée par les participants. Un intervenant rapporte que les HARSAH eux-mêmes manifestent ce besoin. Or, dans les services en dépendance, si la personne exprime un besoin d'obtenir des services en sexologie, elle doit faire la démarche par elle-même pour y avoir accès.

[...] la clientèle le demande, j'ai déjà eu des HARSAH dans mon bureau qui m'ont dit « Moi j'aimerais ça voir un sexologue parce que je le sais qu'il y a des choses dans ma sexualité qui sont problématiques puis c'est toujours associé à la consommation puis faut que je règle ça... ». Donc moi je pense que ça doit être pris ensemble, quand les deux [dimensions] sont présentes puis que la personne est partante pour travailler les deux de concert, je pense que c'est la meilleure approche (intervenant en dépendance, secteur public).

Quelques participants soulèvent que le développement d'interventions intégrées nécessite que les intervenants soient formés pour qu'ils se sentent confortables à intégrer ces nouvelles pratiques.

[...] souvent les gens apprécient de recevoir la formation. De dire, ok! Je pourrais faire ça, mais là je suis tu formé moi là, là? Je peux-tu faire cela, est-ce que je m'en sens capable? [...] peut-être que des petites formations justement via *InterseXion* ou des rencontres avec d'autres intervenants pour coacher les gens, ça pourrait être intéressant (intervenant en dépendance, secteur public).

Les besoins de collaboration intersectorielle

La prise en charge des HARSAH qui consomment des SPA nécessite souvent une collaboration entre des professionnels provenant de différents secteurs et ayant des expertises complémentaires. La collaboration intersectorielle entre le secteur public en dépendance et les organismes communautaires en santé sexuelle est un enjeu soulevé principalement par les participants provenant du secteur de la dépendance. Ainsi, un participant déplore la difficulté d'orienter des HARSAH en réadaptation en dépendance vers des services en santé sexuelle qui peuvent répondre à leurs besoins, en raison de la méconnaissance des ressources existantes. Aussi, un intervenant du secteur de la dépendance souligne l'importance d'être appuyé par des professionnels ayant une expertise non seulement en sexologie en général, mais aussi sur le plan des besoins particuliers des HARSAH.

Deux participants expriment par ailleurs un besoin de se mettre en lien avec d'autres professionnels pour mieux comprendre les approches d'intervention dans les milieux respectifs, développer une vision commune et échanger sur les expertises pour mieux travailler ensemble.

J'aimerais [...] avoir les informations sur qu'est-ce que les autres intervenants ont fait dans une situation, c'est de vraiment avoir accès à des expériences puis la perception des autres collègues, puis de pouvoir échanger là-dessus. C'est très difficile de rentrer en contact avec des personnes des autres organismes même s'ils sont juste l'autre côté de la rue (intervenant communautaire en santé sexuelle)

La collaboration intersectorielle est également souhaitable pour développer de nouveaux projets par le biais de la mutualisation de savoirs et d'expertises.

Cela peut être quand des gens décident de monter un projet [...] je peux être sollicité pour ça, sinon c'est peut-être plus en lien avec notre expertise au niveau de la consommation, les gens peuvent avoir des questions, des fois ça peut être pour faire un état de la situation : « Aille nous dans notre région, c'est ça qui se passe, vous dans [nom du quartier], est-ce que c'est cela qui se passe? ». Puis on compare puis on voit c'est quoi le pouls de la consommation en ce moment (intervenant communautaire en dépendance).

Stratégies pour développer les compétences

Plusieurs participants mentionnent l'utilisation d'Internet pour trouver des informations pertinentes sur la consommation de SPA et la santé sexuelle des HARSAH (informations générales, guides de pratiques, articles scientifiques). Quelques participants suivent aussi des formations offertes à l'externe de leur organisme, alors que d'autres se tournent vers des personnes ressources détenant une expertise informelle au sein de leur organisme. Par ailleurs, deux participants expriment des réserves au sujet de formations en santé sexuelle reçues, celles-ci étant peu adaptées aux réalités spécifiques vécues par les HARSAH.

Seul un participant avait de l'expérience avec les CP, son appréciation de cette stratégie pour développer ses compétences étant très positive.

il y a une certaine convivialité par rapport à ça, puis c'est l'un d'avoir un grand bassin de praticiens du même milieu et de milieux différents en fait qui sont capables de nous donner un peu d'*input* sur certaines questions qui nous travaillent et d'avoir un peu en temps réel des réponses-là, parfois on est... avoir une réponse d'un expert parfois on a des délais, alors virtuellement il y a une certaine rapidité par rapport à cela que je trouve bien agréable [...] Parfois juste aller voir les questions des autres ça suscite des questions dans notre propre pratique puis on se remet un peu en question sur ce qu'on fait, juste comme participant, oui en posant des questions en allant observer un peu qu'est-ce qui se pose comme questions sur ce forum-là peut être aidant (médecin).

Pertinence et intérêt pour la CPV *InterseXion*

Au sujet de la pertinence et de l'intérêt pour le projet *InterseXion* pour eux-mêmes et leurs collègues, tous les participants considèrent que la CPV pourrait répondre à des besoins de formation et de collaboration au sujet de la consommation de SPA en lien avec la santé sexuelle parmi les HARSAH.

Favoriser la collaboration intersectorielle et l'interdisciplinarité

Plusieurs participants sont d'avis qu'*InterseXion* pourrait contribuer à décroiser les services tout en favorisant une meilleure compréhension des approches selon les professions.

Ce serait vraiment pertinent! Je pense que ça pourrait aider à éviter de travailler en silos, ce qu'on fait peut-être beaucoup dans le milieu soit communautaire, soit services sociaux CLSC, mais oui si on travaille tous ensemble ça éviterait que les gens se retrouvent dans le néant, les clients dans le fond [...] (intervenant communautaire en santé sexuelle).

Développer des attitudes adéquates pour mieux intervenir

Un intervenant du secteur public des services en dépendance estime que la CPV pourrait permettre d'outiller les intervenants et de démystifier les réalités propres à cette clientèle.

[...] ça peut être pertinent parce qu'on n'a vraiment pas d'outils par rapport à cette communauté-là. [...] mes collègues qui font le même travail que moi qui parfois vont peut-être se retrouver un peu démunis, ne sachant pas trop quoi faire quand la personne fait l'étalage

CPV *InterseXion* : Étude de besoins

de ses conduites sexuelles. Ce qui peut être pertinent, c'est beaucoup d'informations, de discussion, de démystification de cette portion de la clientèle (Intervenant en dépendance, secteur public).

Connaître et développer les meilleures pratiques

Un participant qui a également un rôle de planification en santé publique explique comment *InterseXion* pourrait permettre de mieux connaître et développer les meilleures pratiques d'un domaine en émergence.

Ça peut être pertinent pour me donner une idée de ce que les autres font avec ces patients-là, je pense que c'est comme tout une autre [clientèle] ces patients-là ou ces populations-là, on peut prendre les deux côtés, c'est tout un domaine en émergence dans le fond puis je pense que les meilleures pratiques il faut les bâtir au fur et à mesure puis avoir été en contact avec d'autres personnes qui rencontrent des problématiques similaires, cela serait très riche pour nourrir notre pratique, par exemple, des outils qui sont utilisés par d'autres, les approches qui fonctionnent bien avec tel profil de clientèle (participant en santé publique).

Ce même intervenant partage son opinion selon laquelle *InterseXion* pourrait favoriser le développement de services et la collaboration intersectorielle en matière de réduction des méfaits.

Il n'y a pas énormément non plus de services de réduction des méfaits à l'intention des HARSAH qui consomment des drogues dans le contexte de relations sexuelles. On a, nous, un petit volume, par exemple de distribution de pipes à crystal meth qui ne sont pas dans notre système de distribution usuel qu'on finance, mais qui sont vendues au prix coûtant mais c'est très, très marginal en ce moment ce qu'on fait en termes de réduction des méfaits pour ces personnes-là, donc ça aussi ce serait des collaborations probablement qu'il faudrait développer (participant en santé publique).

Par ailleurs, un participant explique que la CPV pourrait permettre de mieux connaître les réalités locales quant à la consommation en lien avec la sexualité parmi les HARSAH.

[...] puis échanger, dans le fond, sur les réalités locales effectivement, je dis que je pense que le gros de cette consommation [le crystal meth] serait à Montréal, mais c'est peut-être aussi dans d'autres centres urbains où ça se trouve aussi, mais probablement qu'il doit y avoir des petites « poches », des petites « grappes » de ce genre de petits réseaux là sociosexuels qui peuvent avoir lieu partout en réalité, c'est ça la réalité [...] (participant en santé publique).

Contribuer au développement de formations et de nouveaux projets

Un participant considère que la CPV pourrait favoriser la formation continue et contribuer à identifier des besoins en matière de compétences à développer pour les inclure dans l'offre de formation à l'échelle provinciale. Selon un participant, la CPV serait aussi utile pour le développement de projets, la formation des employés et les discussions dans les équipes.

Contenus et fonctionnalités souhaités dans la CPV

Les contenus et des fonctionnalités rapportés par les participants convergeaient avec ceux identifiés dans le volet quantitatif. Cependant, les formats souhaités pour les contenus sont précisés. Par exemple, une préférence est exprimée pour de courts vidéos qui présentent comment les professionnels interviennent (par exemple, entretien motivationnel) ou des témoignages d'HARSAH. Certains participants souhaitent des textes vulgarisés ou des contenus cliniques appliqués (par exemple, meilleures pratiques, données probantes, lignes directrices) plutôt que des articles scientifiques.

Concernant les fonctionnalités, plusieurs participants souhaitent pouvoir interagir via un forum de discussion. Ils souhaitent également pouvoir choisir de s'abonner librement à un fil de discussion du forum plutôt que de recevoir systématiquement des courriels sur les échanges entre les membres. Une bibliothèque virtuelle est également suggérée.

Conditions de succès et barrières au développement d'InterseXion

Au sujet des facteurs qui pourraient potentiellement contribuer au succès d'InterseXion, on peut résumer ainsi les propos des participants : 1) une plateforme vivante avec un animateur qui encourage la participation ; 2) des contenus qui répondent aux besoins des membres ; 3) des membres informés régulièrement sur les contenus disponibles ; 4) des contenus qui tiennent compte des réalités régionales ; 5) des questions posées sur le forum qui obtiennent une réponse assez rapidement. Les participants identifient également des barrières potentielles qui pourraient nuire au succès de la plateforme InterseXion : 1) le manque d'assiduité dans la participation au forum et la tendance à oublier son existence ; 2) le manque de convivialité (par exemple, pour la recherche d'information) ; 3) le temps limité pour l'utilisation de la plateforme et 4) les confrontations de cultures professionnelles qui peuvent survenir.

Discussion

L'objectif principal de cette étude était de décrire les besoins et les attentes des utilisateurs potentiels d'InterseXion en vue d'en guider son développement. D'emblée, il faut souligner que les volets quantitatif et qualitatif de l'étude appuient la pertinence du développement d'une CPV comme InterseXion.

Les résultats permettent d'identifier des besoins de formation auxquels la CPV pourrait répondre. Ainsi, les compétences intégrées sur le plan de la consommation de SPA et de la santé sexuelle tant sur les plans interventionnels que de la gestion sont celles jugées comme étant prioritaires à développer. De plus, certains besoins se distinguent selon le domaine des intervenants. Les intervenants en santé sexuelle perçoivent détenir un niveau de compétences significativement supérieur pour les interventions en santé sexuelle que les intervenants en dépendance et vice versa pour les interventions en dépendance. Cependant, l'intervention intégrée, sur les plans de la sexualité et de la dépendance, constitue un besoin important de formation pour l'ensemble des intervenants nonobstant leur domaine (voir Tableau 6). De fait, la nécessité d'intervenir de manière intégrée auprès des HARSAH, en tenant compte de leurs besoins au regard de leur consommation de SPA et de leur sexualité est soulignée par plusieurs auteurs (Anderson, 2009; Goyette & Flores-Aranda, 2015; Lovett et al., 2015; Stuart, 2013). En parallèle, les participants ont également partagé

l'importance de développer de l'aisance à aborder la santé sexuelle et l'orientation sexuelle auprès d'HARSAH, des éléments essentiels d'une formation adéquate largement discutés dans la documentation scientifique, notamment dans les guides d'interventions (Barbara, Doctor & Chaim 2007 ; Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions, 2016).

TABLEAU 6 – Sommaire des besoins et des niveaux de compétences selon le domaine d'activité

Besoins prioritaires identifiés
Évaluation, planification et intervention intégrée sur le plan de la consommation et de la santé sexuelle
Soutien à l'équipe sur le plan de l'intervention
Collaboration intersectorielle
Identification et développement de programmes intégrés au sein de l'organisme ou dans la communauté
Constats généraux entourant les compétences selon le domaine
Les intervenants œuvrant en santé sexuelle et dans les deux domaines rapportent détenir dans l'ensemble un niveau supérieur de compétence en intervention en santé sexuelle
Les intervenants œuvrant en dépendance rapportent détenir un niveau supérieur de compétence en intervention en dépendance quant à certaines composantes précises (connaissance des effets des substances psychoactives, des niveaux de risque et de l'offre de service en dépendance ; capacité à détecter une problématique de consommation, à réaliser une rétroaction ainsi qu'à élaborer et à mettre en œuvre un plan d'intervention)
Le niveau de compétence perçu en intervention intégrée n'est pas influencé par le domaine d'intervention des participants
Le niveau de compétence perçu sur le plan organisationnel est peu influencé par le domaine d'intervention des participants. Cependant, les intervenants œuvrant en santé sexuelle et dans les deux domaines rapportent détenir un niveau supérieur de compétence en ce qui a trait à l'identification et développement de programmes au sein de l'organisme ou dans la communauté
Orientation du développement de la CPV
Les besoins identifiés entourant l'intervention intégrée, la collaboration et les compétences organisationnelles devraient être priorités
Certaines compétences spécifiques en santé sexuelle et en dépendance pourraient être ciblées selon le domaine d'intervention et selon les besoins particuliers identifiés par les intervenants participants à une CPV

Or, les CPV visent justement à développer des expertises pour faciliter des interventions intégrées ainsi que le travail en collaboration entre professionnels de diverses organisations et de différents secteurs d'activités (Meagher-Stewart et al., 2012; Ranmuthugala et al. 2011). Les besoins de formation identifiés comme prioritaires par cette étude correspondent donc aux effets attendus que pourraient avoir *InterseXion* et cette CPV est jugée par les participants comme un moyen pertinent pour répondre à leurs besoins. Plus spécifiquement, l'analyse des entrevues met en relief le potentiel de la plateforme pour favoriser la collaboration intersectorielle et l'interdisciplinarité, développer des attitudes adéquates pour mieux intervenir, connaître et développer les meilleures pratiques et contribuer au développement de formations et de nouveaux projets.

Sur le plan des contenus et des fonctionnalités souhaités dans la CPV, les résultats des deux volets mettent en relief certains constats. Au sujet des contenus, des outils pour mieux intervenir (ex. guides de pratique, questionnaires d'évaluation des besoins) ainsi que des exemples d'interventions pour mieux comprendre comment d'autres intervenants travaillent ainsi que de découvrir les meilleures pratiques souhaitées.

Sur le plan organisationnel, les constats issus de cette étude mettent en lumière d'autres éléments qui permettent de mieux comprendre le contexte dans lequel s'inscrivent les besoins des intervenants, étant donné le cloisonnement actuel des services en dépendance et en santé sexuelle au Québec. Par exemple, les propos des intervenants soulèvent des difficultés à orienter les HARSAH ayant recours à des services en dépendance vers des services en santé sexuelle en raison de la méconnaissance des ressources, l'importance d'être appuyé par des professionnels (par exemple, sexologue) avec une expertise HARSAH, le besoin de se mettre en lien afin de mieux comprendre les approches utilisées et les meilleures pratiques selon les secteurs, la nécessité de développer une vision commune et de mutualiser les savoirs et les expertises. Ces constats soulignent l'importance de mettre en place des réseaux de services intégrés adaptés en améliorant la collaboration intersectorielle et interprofessionnelle auprès de populations vulnérables (Boyer et al., 2015 ; Imbleau, 2016 ; Public Health England, 2015).

Contribution de l'étude au développement d'InterseXion

Les constats de cette étude ont permis de mettre en évidence des besoins de collaboration et de formation continue au sujet des HARSAH et de la consommation de SPA en lien avec la sexualité. Le développement de la CPV a mis l'accent sur ces thèmes dans les contenus proposés sur la plateforme, et ce, dès son lancement. Les contenus souhaités ont été regroupés sous des rubriques dans la section blogue de la plateforme dont voici quelques exemples : 1) nature et ampleur de la consommation de SPA parmi les HARSAH ; 2) actualité en dépendance ; 3) adéquation des services sociaux et de santé (par exemple, rapports de recherche, recommandations) ; et 4) formation continue (par exemple, ateliers, webinaires, journées de formation). Un forum et une bibliothèque de documents regroupés par thèmes ont été également mis à la disposition des membres sous différents formats (matériel de présentation de conférences, vidéos sur des techniques d'intervention [par exemple, entretien motivationnel] et témoignages d'intervenants ou d'HARSAH utilisateurs de services).

Les membres inscrits reçoivent sur une base bimensuelle des courriels sur ces contenus. Les courriels invitent toujours par ailleurs les membres à commenter les contenus sur le blogue et à interagir sur le forum. Cette stratégie représente un facteur de succès à la mise en œuvre d'une CPV. De fait, autant les propos recueillis dans les entrevues que la documentation scientifique (CEFRIQ, 2005 ; Wenger et al., 2002) documentent l'importance d'une animation régulière qui consiste notamment à faire connaître aux membres les nouveaux contenus disponibles.

Forces et limites de l'étude

Les résultats de cette étude doivent être interprétés dans le contexte de certaines limites. La petite taille de l'échantillon dans le volet qualitatif de l'étude (sept entrevues) n'a pas permis d'atteindre

une saturation empirique dans l'analyse de contenu thématique réalisée. Ainsi, il n'a pas été possible d'établir certaines nuances, notamment quant aux stratégies spécifiques qui permettraient à une CPV de mieux répondre aux besoins d'intervenants selon leur profession particulière. Malgré la petite taille de l'échantillon de répondants au questionnaire et le fait qu'il s'agisse d'un échantillon de convenance comprenant un biais d'autosélection, les profils des participants sont diversifiés et ceux-ci correspondent de fait aux publics ciblés par la CPV *InterseXion*. En effet, les répondants proviennent de diverses régions du Québec et l'échantillon permet une diversité en ce qui a trait au sexe, à l'orientation sexuelle ainsi qu'aux différents secteurs d'activités (communautaire, services publics ou privés) et domaines d'intervention visés (santé sexuelle ou dépendance ou les deux domaines). Bien que chaque domaine d'intervention comprenait des participants issus de minorités sexuelles, les niveaux de certaines compétences à intervenir auprès des HARSAH pourraient être influencés par l'orientation sexuelle des participants plutôt que par le domaine d'intervention (Jones, Botsko et Gorman, 2003; Liddle, 1996).

Conclusion

Outre le fait d'appuyer le développement d'*InterseXion*, cette étude comporte certaines retombées sur le plan des pratiques et de la recherche. Considérant qu'*InterseXion* représente la première CPV dans le domaine des dépendances à intégrer deux domaines d'expertises et le recours de plus en plus fréquent aux nouvelles technologies en dépendance (Flores-Aranda, Larose-Ostherrath et Goyette, 2017), la démarche décrite entourant cette étude pourrait servir de pierre d'assise au développement d'autres CPV alliant différentes problématiques (par exemple, les troubles concomitants, la consommation et la délinquance, la consommation et le milieu du travail).

Qui plus est, dans le contexte du consensus existant quant à l'importance d'améliorer les compétences des professionnels à intervenir au regard de la consommation de SPA et de la santé sexuelle auprès des HARSAH, cette étude représente à notre connaissance le premier portrait comparatif des besoins de formation des intervenants du Québec selon leur domaine. Cette retombée est associée à la création du questionnaire *Bilan des compétences perçues en intervention sur les plans de la consommation de SPA et de la santé sexuelle*. Cet outil pourrait être utilisé soit par les intervenants, soit par les organisations en dépendance ou en santé sexuelle, afin de leur permettre d'identifier plus adéquatement leurs besoins de formation. Outre la CPV *InterseXion*, d'autres stratégies pour l'amélioration des compétences et des collaborations sont souhaitables. À ce sujet, le modèle des formations croisées en santé mentale et en dépendance qui existe depuis une quinzaine d'années au Québec (L'Espérance et al., 2016) pourrait également constituer une stratégie de formation prometteuse à développer pour les interventions intégrées en dépendance et en santé sexuelle auprès de cette population.

Références

- Abdulrahim, D., Whiteley, C., Moncrieff, M. et Bowden-Jones, O. (2016). *Club drug use among lesbian, gay, bisexual and trans (LGBT) people*. London, United Kingdom : Novel Psychoactive Treatment UK Network (NEPTUNE).
- Agence de la santé publique du Canada. (2015). *Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2014*. Ottawa, Ontario : Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada.
- Anderson, S. C. (2009). *Substance use disorders in lesbian, gay, bisexual, and transgender clients: Assessment and treatment*. New York, NY : Columbia University Press.
- Barbara, A. M., Doctor, F. et Chaim, G. (2007). *Poser les bonnes questions 2 : Parler avec les clients de leur orientation et de leur identité sexuelle dans les établissements de santé mentale, de traitement de la toxicomanie et les cabinets de counseling*. Toronto, Ontario : Centre de toxicomanie et de santé mentale.
- Bertrand, K., Ménard, J.-M., Picher, F., Fines, L. et Richer, I. (2008). *Toxicomanie et troubles mentaux sévères : projet de formation croisée par rotation positionnelle. Vers une amélioration du dépistage, de l'évaluation et du traitement intégré des troubles concomitants*. [Rapport inédit présenté à Santé Canada].
- Bourne, A. et Weatherburn, P. (2017). Substance use among men who have sex with men: patterns, motivations, impacts and intervention development need. *Sexually Transmitted Infections*. Prépublication. doi : 10.1136/sextrans-2016-052674
- Boyer, G., Morin, M., Lortie, P. B. et Roy, M. A. (2015). *Oser faire autrement : Rapport de l'étude des besoins au regard des ITSS et du travail en RLS*. Québec, Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Center for Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2012). *A provider's introduction to substance abuse treatment for lesbian, gay, bisexual, and transgender individuals*. Rockville, MD : U.S. Department of Health and Human Services.
- Centre facilitant la recherche et l'innovation dans les organisations, à l'aide des technologies de l'information et de la communication (CEFRIO). (2005). *Guide de mise en place et d'animation de communautés de pratique intentionnelles : travailler, apprendre et collaborer en réseau*. Repéré à http://www.cefrio.qc.ca/media/uploader/2_travailler_apprendre_collaborer.pdf
- Cusack, E., Killoury, F. et Nugent, L. E. (2017). The professional psychiatric/mental health nurse: skills, competencies and supports required to adopt recovery-oriented policy in practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(2-3), 93-104.
- Denzin, N. K. (1988). Qualitative analysis for social scientists. *Contemporary Sociology*, 17(3), 430-432.
- Dumas, J. (2013). L'évaluation des services sociaux et de santé offerts aux minorités sexuelles par le CSSS Jeanne-Mance. *Service Social*, 59(1), 63-80.

Flores-Aranda, J., Larose-Osterrath, C. et Goyette, M. (2017, 8 juin). *L'intervention brève en ligne auprès de populations moins bien desservies : un avenir dans le champ de la dépendance?* Communication présentée à la Journée des partenaires du RISQ, Trois-Rivières, Québec.

Goyette, M. et Flores-Aranda, J. (2015). Consommation de substances psychoactives et sexualité chez les jeunes : une vision globale de la sexualité. *Drogues, Santé et Société*, 14(1), 172-195.

Hanlis, E. et Abbas, P. (2008, 30 juin). *Assessing needs and providing recommendations for the design of a virtual community of practice for HIV/AIDS healthcare professionals*. Communication présentée au World Conference on Educational Multimedia, Hypermedia and Telecommunications 2008. Vienne, Autriche.

Imbleau, M. (2016). *Deux cas traceurs pour évaluer la mise en oeuvre du Programme national de santé publique du Québec : la prévention de l'obésité et des infections transmissibles sexuellement et par le sang*. Québec, Québec : Institut national de santé publique du Québec.

Institute of Medicine. (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) people: Building a foundation for better understanding*. Washington, DC : National Academies Press.

Jones, M. A., Botsko, M. et Gorman, B. S. (2003). Predictors of psychotherapeutic benefit of lesbian, gay, and bisexual clients: The effects of sexual orientation matching and other factors. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40(4), 289-301.

Knudsen, H. K. et Oser, C. B. (2009). Availability of HIV-related health services in adolescent substance abuse treatment programs. *AIDS Care*, 21(10), 1238-1246.

Lépine, P. (2011). *Synthèse des connaissances scientifiques et cliniques sur la prise en charge des personnes membres de minorités sexuelles ayant un problème de dépendance à l'alcool ou aux drogues*. Montréal, Québec : Centre Dollard-Cormier.

L'Espérance, N., Bertrand, K. et Perreault, M. (2016). Cross-training to work better together with women who use substances: Care providers' perceptions. *Health & Social Care in the Community*, (25)2, 505-513.

Lewis, L. A., Koston, Z., Quartley, M. et Adsit, J. (2011). Virtual communities of practice: Bridging research and practice using Web 2.0. *Journal of Educational Technology Systems*, 39(2), 155-161.

Liddle, B. J. (1996). Therapist sexual orientation, gender, and counseling practices as they relate to ratings on helpfulness by gay and lesbian clients. *Journal of Counseling Psychology*, 43(4), 394-401.

Lovett, C., Yamamoto, T., Hunter, L., White, J., Dargan, P. I. et Wood, D. M. (2015). Problematic recreational drug use: Is there a role for outpatient sexual health clinics in identifying those not already engaged with treatment services? *Sexual Health*, 12(6), 501-505.

Mairs, K., McNeil, H., McLeod, J., Prorok, J. C. et Stolee, P. (2013). Online strategies to facilitate health-related knowledge transfer: A systematic search and review. *Health Info Library Journal*, 30(4), 261-277.

McKirnan, D. J., Du Bois, S. N., Alvy, L. M. et Jones, K. (2013). Health care access and health behaviors among men who have sex with men. The cost of health disparities. *Health Education & Behavior*, 40(1), 32-41.

Meagher-Stewart, D., Solberg, S. M., Warner, G., MacDonald, J., McPherson, C. et Seaman, P. (2012). Understanding the role of communities of practice in evidence-informed decision making in public health. *Qualitative Health Research*, 22(6), 723-739.

Michaud, D., Briand, C., Thibault, V. et Charbonneau, K. (2015). Le Web 2.0 pour soutenir le réseautage en santé mentale au Québec. *Santé mentale au Québec*, 40(1), 227-249.

Miles, M. B., Huberman, A. M. et Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook* (3^e éd.). Los Angeles, CA : Sage.

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2012). *Santé sexuelle et reproductive : compétences de base en soins primaires*. Genève, Suisse : OMS.

Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3^e éd.). Paris, France : Armand Colin.

Perreault, N. (2013). *Guide des compétences pour œuvrer en centre de réadaptation en dépendance*. Montréal, Québec : Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec.

Public Health England. (2015). *Substance misuse services for men who have sex with men involved in chemsex*. London, United Kingdom : Health & Wellbeing Directorate.

Ranmuthugala, G., Plumb, J. J., Cunningham, F. C., Georgiou, A., Westbrook, J. I. et Braithwaite, J. (2011). How and why are communities of practice established in the healthcare sector? A systematic review of the literature. *BMC Health Services Research*, 11(1), 273-273.

Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions. (2016). *Chemsex : livret d'information pour les professionnel(le)s et les intervenant(e)s de santé*. Paris, France : RESPAD.

Saint-Charles, J. (2012). Les communautés de pratique virtuelles en santé. Dans C. Thoër et J. J. Lévy (dir.), *Internet et santé : acteurs, usages et appropriations* (p. 113-126). Québec, Québec : Presses de l'Université du Québec.

Stuart, D. (2013). Sexualized drug use by MSM: background, current status and response. *HIV Nursing Journal*, 13(1), 6-10.

Sullivan, T. M., Harlan, S. V., Pakenham-Walsh, N. et Ouma, S. (2012). Working together to meet the information needs of health care providers, program managers, and policy makers in low- and middle-income countries. *Journal of Health Communication*, 17(2), 5-8.

Vosburgh, H. W., Mansergh, G., Sullivan, P. S. et Purcell, D. W. (2012). A review of the literature on event-level substance use and sexual risk behavior among men who have sex with men. *AIDS and Behavior*, 16(6), 1394-1410.

Wenger, E., McDermott, R. et Snyder, W. M. (2002). *Cultivating communities of practice: A guide to managing knowledge*. Boston, MA : Harvard Business School Press.