



Université de Montréal

Projet de dépistage du VIH au sein des communautés caribéennes et africaines de  
Montréal : leçons apprises d'un exercice d'évaluation mettant en exergue  
des visions contrastées

par

Geneviève Némouthé

Département de médecine sociale et préventive  
École de santé publique

Mémoire présenté à l'École de santé publique  
en vue de l'obtention du grade de  
Maîtrise en santé communautaire

août, 2014

© Geneviève Némouthé, 2014

Université de Montréal

Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Projet de dépistage du VIH au sein des communautés caribéennes et africaines de  
Montréal : leçons apprises d'un exercice d'évaluation mettant en exergue  
des visions contrastées

Présenté par :

Geneviève Némouthé

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Joanne Otis, présidente- rapporteuse

Vinh-Kim Nguyen, directeur de recherche

Natalie Kishchuk, co-directrice

Annabel Desgrées du Loû, membre du jury

## Résumé

Malgré une baisse importante de nouvelles infections, l'Afrique subsaharienne et la région des Caraïbes demeurent fortement touchées par l'épidémie du VIH/sida. La diaspora vivant ailleurs en Occident n'est pas épargnée : les communautés originaires de ces pays étant surreprésentées dans la cohorte des personnes vivant avec le VIH. De plus, ces individus rencontrent des difficultés spécifiques en matière d'accès au conseil et dépistage du VIH. Compte tenu l'importance de l'accessibilité à ce service dans la lutte contre le VIH, il devient crucial de mieux en cerner les enjeux. Fort de ces différents constats, le projet « Moi je fais le test » dont l'objectif était d'augmenter l'accès au conseil et dépistage du VIH a été déployé à Montréal en 2010.

Notant le peu d'interventions recensées faisant la promotion du dépistage du VIH dans les communautés originaires de pays à forte prévalence pour le VIH, l'objectif de la présente évaluation est double : documenter le projet et évaluer l'implantation de ce dernier. L'évaluation réalisée sous la forme d'une étude de cas sera articulée autour de deux pôles : la théorie de changement sous-tendant le projet ainsi que le processus d'implantation.

Les perspectives rapportées par les partenaires du projet de même que les éléments liés à l'implantation démontrent la complexité de mener des actions conjointes, même de tailles modestes. Dans la mesure où les approches combinées de prévention du VIH sont encouragées, l'évaluation du présent projet illustre de façon éloquentes les défis du déploiement de projet similaires à l'échelle nationale et internationale.

**Mots-clés** : VIH, conseil et dépistage VIH, marketing social, immigration, évaluation.

## **Abstract**

Despite a significant reduction in new infections, sub-Saharan Africa and the Caribbean remain strongly affected by the HIV/aids pandemic. Caribbean and African diaspora communities living elsewhere in the West are also strongly impacted. There is an overrepresentation of individuals originating from these countries in the cohorts of people living with HIV. Moreover, individuals in these communities face specific challenges when trying to access voluntary counseling and testing services for HIV. These services are essential in trying to fight the HIV pandemic, thus, getting a better understanding of the issues at stake is crucial. Based on these observations, the “Moi je fais le test” project whose main objective was to increase HIV counseling and testing, was conducted in Montreal in 2010.

Few interventions specifically addressing the needs of these communities in accessing voluntary counseling and testing for HIV have been reported, as such, the current evaluation has a double mandate: documenting the project and evaluating its implementation. The evaluation is conducted as a case study and is structured around two axes: the theory of change underlying the project and the implementation process.

Key elements in the implementation process as well as the perspectives of the partners demonstrate how complex it is to conduct a project collaboratively, even modest in size. Insofar as combination HIV prevention strategies have been promoted, the evaluation demonstrates the many challenges that could be encountered in developing similar projects in national and international settings.

**Keywords:** HIV, voluntary counseling and testing HIV, social marketing, migrants, evaluation.

# Table des matières

RÉSUMÉ .....	i
ABSTRACT .....	ii
LISTE DES TABLEAUX .....	vi
LISTE DES FIGURES .....	vii
LISTE DES SIGLES ET ABBRÉVIATIONS .....	viii
CHAPITRE 1 : INTRODUCTION.....	1
Objectifs et question de recherche .....	5
CHAPITRE 2 : RECENSION DES ÉCRITS .....	6
1. Infection au VIH- Portrait des personnes originaires de pays où le VIH est endémique .....	7
Diagnostics tardifs .....	7
Âge au moment du diagnostic.....	7
Un visage essentiellement féminin .....	8
Transmission hétérosexuelle.....	8
2. Phénomènes migratoires et santé .....	9
L'effet « immigrant en santé ».....	10
3. Vulnérabilités spécifiques à l'infection au VIH.....	11
Le niveau de revenu et le statut social .....	11
Éducation, emploi et conditions de travail.....	11
Les environnements sociaux et la culture .....	12
Les réseaux de soutien social.....	12
Les environnements physiques .....	12
Les habitudes de santé et la capacité d'adaptation personnelle .....	13
Le développement de la petite enfance .....	13
Le patrimoine biologique et génétique .....	13
Les services de santé.....	14
Le genre .....	14
Autres facteurs qui augmentent la vulnérabilité des communautés caribéennes et africaines .....	15
4. Approches de prévention du VIH .....	16
Conseil et dépistage du VIH en contexte québécois.....	18
Documents régissant la pratique .....	19
Stratégies prometteuses dans le contexte québécois.....	19
Barrières.....	21
Motivations au dépistage .....	23

5. Campagnes médiatisées en santé .....	24
Répondre aux besoins en matière de conseil et de dépistage du VIH des personnes originaires de pays où le VIH est endémique .....	25
CHAPITRE 3 CAMPAGNE « MOI JE FAIS LE TEST » .....	26
Projet « Moi je fais le test » .....	27
CHAPITRE 4 : CADRE CONCEPTUEL .....	32
Mécanismes de suivi et d'évaluation du projet.....	33
Action concertée et parties prenantes .....	33
Forces et limites de cette approche .....	34
L'évaluation .....	34
Interroger le contexte .....	35
Théorie du projet et modélisation .....	35
Le modèle d'implantation d'une innovation de Klein et Sorra.....	38
CHAPITRE 5 : MÉTHODOLOGIE.....	40
Devis de recherche.....	41
Recrutement et échantillon .....	42
Collecte de données .....	42
Analyse de données.....	44
Critères de scientificité .....	46
Considérations éthiques .....	48
Réflexivité et « positionnalité ».....	48
Limites de la présente étude.....	49
CHAPITRE 6 : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS .....	50
Genèse du projet « Moi je fais le test ».....	53
Contexte d'implantation du projet .....	56
Attentes et engagement face au projet .....	58
Participation et soutien.....	59
Intrants nécessaires .....	61
Activités .....	64
Clôture et évaluation du projet.....	73
Obstacles et défis rencontrés.....	73
Solutions identifiées.....	75
Réalisations d'intérêt .....	77
Période post-projet.....	78
CHAPITRE 7 : DISCUSSION .....	80
Implantation du projet « Moi je fais le test ».....	81
Un projet, deux théories.....	85
Maillage entre les idées, les activités et les résultats attendus selon la clinique médicale l'Actuel .....	91

Maillage entre les idées, les activités et les résultats attendus selon GAP-VIES .....	93
Des logiques de projet contrastées .....	95
CHAPITRE 8 : CONCLUSION .....	98
Limites .....	100
Implication de l'étude pour la pratique et la recherche.....	101
RÉFÉRENCES .....	102
ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN .....	i
ANNEXE 2 : LEXIQUE DE CODES .....	iv
ANNEXE 3 : FORMULAIRES DE CONSENTEMENT .....	viii



## Liste des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques des participants.....	70
Tableau 2 : Modèle logique : Perspective du projet selon la clinique médicale l'Actuel.....	87
Tableau 3 : Modèle logique : Perspective du projet selon GAP-VIES.....	89

## Liste des figures

Figure 1 : Modèle des déterminants et des conséquences de l'efficacité d'une implantation ..	38
Figure 2 : Ligne du temps .....	52

## Liste des sigles et abréviations

ASPC	Agence de santé publique du Canada
ARV	Antirétroviraux
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CSSS	Centres de santé et des services sociaux
DSP	Direction de la santé publique
GAP-VIES	Groupe d'action pour la prévention de la transmission du VIH et l'éradication du sida
INSPQ	Institut national de santé publique
ITSS	Infections transmises sexuellement et par le sang
HARSAH	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
LGBT	Lesbiennes, gais, bisexuels et trans
PFSI	Programme fédéral de santé intérimaire
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
OIM	Organisation internationale pour les migrations
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
QOH	Québécois d'origine haïtienne
UDI	Utilisateur (trice) de drogues injectables
TDS	Travailleur (euse) du sexe
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise

*À Laetitia et à Léandre*

## Remerciements

Mes remerciements les plus sincères au duo formé par les Professeurs Kishchuk et Nguyen. Vos expertises respectives, différentes mais complémentaires, ainsi que votre soutien ont alimenté mes réflexions.

À Joseph Jean-Gilles et à la grande famille de GAP-VIES, au *dream team* qui a travaillé d'arrache-pied à la mobilisation communautaire et à toutes les étapes de la mise en œuvre du projet.

Au Dr Réjean Thomas et à l'équipe de la clinique médicale l'Actuel, plus précisément aux médecins et aux infirmières qui ont participé à ce projet. Votre implication a permis la réalisation des cliniques mobiles.

À l'équipe de la COCQ-SIDA pour son soutien et le *comic relief* dans les moments difficiles. Quelle joie de travailler au sein d'une équipe aussi soudée.

À ma famille et mes amis qui m'ont soutenue ces cinq longues années, célébrant les avancées et donnant l'impulsion nécessaire lors des passages à vide

Et finalement à Fabrice sans qui la conciliation famille-travail-études n'aurait jamais été possible...

# **Chapitre 1 : Introduction**

Dans son dernier rapport, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), estimait à 35.3 millions le nombre de personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) dans le monde (2013, p.4). Néanmoins, après 30 ans de mobilisation acharnée, nous franchissons finalement un cap décisif dans la lutte contre la transmission du VIH. L'incidence du VIH, c'est-à-dire le nombre de nouvelles infections, diminue ayant même reculé de près de 30% comparé aux nouvelles infections rapportées en 2001 (ONUSIDA, 2013, p.12). Cette régression est probablement attribuable à l'évolution naturelle de la maladie ainsi qu'à l'impact des efforts de prévention (ONUSIDA, 2010). Bien qu'appréciable, il en reste que le nombre de nouvelles infections demeure élevé et que ces statistiques mondiales masquent certaines disparités régionales.

#### *Variations régionales et intra-nationales dans l'incidence du VIH*

Bien que 70% des nouvelles infections en 2012 aient eu lieu en Afrique subsaharienne (ONUSIDA, 2013, p.12), on observe tout de même une baisse marquée de nouvelles infections dans cette région ainsi que dans les Caraïbes. On assiste cependant à une augmentation de l'incidence du VIH en Europe de l'Est et en Asie Centrale (ONUSIDA, 2012, p.10). La prévalence du VIH, ou le nombre de personnes vivant avec le VIH à un moment donné, demeure largement concentrée au sein de certains groupes, tels les utilisateurs de drogues injectables (UDI), les travailleurs et travailleuses du sexe (TDS) ainsi que les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) (ONUSIDA, 2012).

#### *Réalité canadienne*

Au Canada, on estime à environ 71 000 le nombre de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) (ASPC, 2012b, p.1) dont 25% ignorent leur statut (ASPC, 2012b, p.3). La prévalence chez les HARSAH demeure la plus élevée mais contrairement aux tendances antérieures, la prévalence dans la catégorie d'exposition « hétérosexuelle » tend à augmenter (ASPC, 2012b, p.1). En matière de nouvelles infections, les personnes originaires de pays où le VIH est endémique<sup>1</sup> sont surreprésentées; en 2011, elles représentaient 16.9% des nouvelles

---

<sup>1</sup> Le terme « endémique » fait référence à la situation de pays ou de populations qui ont une incidence du VIH chez les adultes (âgés de 15 à 49 ans) égale ou supérieure à 1,0 % de la population et qui satisfont à l'un des critères suivants :

infections (ASPC, 2012b, p.2). Compte tenu que ces personnes constituaient, selon le recensement de 2006, environ 2.2% de la population canadienne, le taux estimé de nouvelles infections est donc huit fois et demie plus élevé chez ces dernières que pour la population canadienne en général (ASPC, 2012a, p.5).

### *Minorités culturelles et VIH*

Autant au Canada qu'ailleurs en Amérique du Nord et en Europe, les minorités culturelles épaulent un fardeau disproportionné de l'infection. Ainsi, aux États-Unis, les afro-américains composant 12% de la population représentent plus de 40% des nouvelles infections (CDC, 2013). En Europe, près du cinquième des PVVIH sont originaires de pays où l'épidémie de VIH est généralisée (ONUSIDA, 2010, p.51).

Au Québec, même si les HARSAH demeurent le groupe le plus touché, le pourcentage d'infections lié à la catégorie d'exposition des personnes originaires de pays où le VIH est endémique est tout de même de 16% (INSPQ, 2010, p.28). Bien que le système actuel de surveillance possède dans certains cas des données incomplètes (absence de données concernant les HARSAH d'une autre origine que canadienne), celui-ci indique néanmoins que les personnes originaires de pays où le VIH est endémique sont surreprésentées parmi les cas effectivement déclarés (Turcotte & Jean-Gilles, 2011).

Le pays d'origine ne peut à lui seul expliquer la prévalence plus élevée du VIH chez ces populations : certaines données suggérant un pourcentage important d'infections contractées après l'arrivée au Canada (ASPC, 2009). Bien que les personnes originaires de pays où le VIH est endémique représentent une hétérogénéité de contextes et de réalités, les communautés qu'elles forment sont touchées par de nombreux facteurs sociaux, économiques et comportementaux qui accroissent non seulement la vulnérabilité des individus au VIH mais

- 
- 50 % ou plus des cas de VIH sont attribuables à une transmission hétérosexuelle;
  - le ratio homme-femme parmi les cas d'infection connus est égal ou inférieur à 2:1; ou
  - la prévalence du VIH chez les femmes qui reçoivent des soins prénataux est supérieure à 2 % (ASPC, 2012a, p.6)

De manière générale, les pays où le VIH est endémique sont essentiellement des pays des Caraïbes ou d'Afrique subsaharienne.



affectent également l'accès de ces personnes aux services et programmes de prévention, dont les services de conseil et dépistage du VIH (ASPC, 2009).

### *Conseil et dépistage du VIH*

Le dépistage est un axe central de la prise en charge et de la prévention de nouvelles infections. Outre les bénéfices directs pour la personne infectée qui, une fois diagnostiquée, peut se prévaloir des traitements appropriés, le conseil et dépistage du VIH influent également sur la prévention de nouvelles infections en favorisant l'adoption de comportements visant à empêcher la transmission à autrui (Hutchinson, Branson, Kim & Farnham 2006; Marks, Crepez & Janssen, 2006). Malgré tout, près de 25% des PVVIH au Canada ignorent leur statut et cette statistique augmente à 34% chez les hétérosexuels (ASPC, 2012b, p.3). Force est de constater une dissonance marquée entre une intervention de santé publique avérée et l'adoption, chez l'individu, d'une stratégie toute indiquée pour le maintien de la santé. Les articles portant sur les nombreuses barrières au conseil et dépistage du VIH rencontrées autant par les individus que par les communautés abondent, les barrières spécifiques rencontrées par les personnes originaires de pays où le VIH est endémique seront exposées dans la recension des écrits.

### *Projet « Moi je fais le test »*

Dès 2008, une réflexion s'amorce au sein de différents partenaires canadiens et se concrétisera par une collaboration entre la clinique médicale l'Actuel et l'organisme communautaire Groupe d'action pour la prévention de la transmission du VIH et l'éradication du sida (GAP-VIES). Le projet « Moi je fais le test » qui avait comme objectif d'augmenter l'accès au dépistage et au traitement pour les personnes originaires de pays où le VIH est endémique a été déployé entre septembre 2010 et décembre 2011.

### *Pourquoi documenter et évaluer ce projet?*

Les évaluations des besoins des personnes originaires de pays où le VIH est endémique en matière de conseil et de dépistage du VIH abondent, et ce, autant dans les contextes québécois et canadiens qu'à l'international. Elles démontrent les difficultés d'accès aux services et souligne la pertinence d'agir. Néanmoins, l'on constate peu d'interventions ciblées

faisant la promotion explicite du conseil et du dépistage du VIH auprès de ces populations et encore moins d'évaluations de ces dernières.

### *Objectifs et question de recherche*

Compte tenu des besoins réels, pour ces populations, en matière de prévention du VIH et de traitement, ainsi que le peu d'interventions recensées faisant la promotion du dépistage du VIH dans ces mêmes communautés, l'objectif de cette étude de cas est double, soit documenter le projet et évaluer l'implantation de ce dernier. De manière plus spécifique, l'évaluation visera à :

- Documenter le déroulement du projet en décrivant ses acteurs, son contexte de réalisation, ainsi que ses différentes étapes allant de l'élaboration à l'actuelle évaluation;
- Modéliser l'intervention en collaboration avec les parties prenantes du projet;
- Analyser l'interprétation qu'ont faite les acteurs, des différents résultats du projet.

### **Forme et contenu de la présente évaluation**

L'évaluation du projet « Moi je fais le test » est présentée en plusieurs chapitres. La recension des écrits, au deuxième chapitre, dresse un portrait des vulnérabilités spécifiques au VIH rencontrées par les personnes originaires de pays où le VIH est endémique et illustre les enjeux auxquels font face ces populations en matière de conseil et dépistage du VIH. Le projet ainsi que ses partenaires sont présentés au chapitre trois. Le cadre conceptuel ainsi que la méthodologie proposée composent les chapitres quatre et cinq. Les résultats sont présentés au chapitre six et discutés dans le contexte des connaissances actuelles au chapitre sept. Ce chapitre présente également les implications potentielles de cette évaluation pour la promotion du conseil et dépistage du VIH auprès de communautés originaires de pays où le VIH est endémique vivant au Canada. Il soulève également d'éventuels enjeux en la matière.

## **Chapitre 2 : Recension des écrits**

## **1. Infection au VIH- Portrait des personnes originaires de pays où le VIH est endémique**

Bien que les personnes en provenances de pays où le VIH est endémique, vivant au Canada ou ailleurs en Occident, soient originaires de continents et de pays différents, il se dégage un certains consensus en ce qui concerne le fardeau disproportionné de l'infection au VIH dans ces communautés, plus précisément le fait que ces personnes sont souvent diagnostiquées de manière tardive, à un plus jeune âge et que l'infection touche majoritairement les femmes issues de ces communautés.

### **Diagnostics tardifs**

Les personnes originaires de pays où le VIH est endémique continuent de se présenter tardivement pour un test de dépistage, au moment où la maladie a déjà trop progressé. Celles-ci présentent souvent des symptômes de l'infection, un nombre de cellules CD4 moins élevé, voire même des maladies caractéristiques du sida (Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration et al., 2013; Burns, Imrie, Nazroo, Johnson, & Fenton, 2007; Manirankunda, Loos, Assebide Alou, Colebunders & Nöstlinger, 2009; Prost, Elford, Imrie, Pettigrew, & Hart, 2008). En désagrégeant la catégorie « personnes en provenance de pays où le VIH est endémique » on constate également une différence de présentation entre les personnes originaires d'Afrique subsaharienne et celles des Caraïbes; les personnes originaires d'Afrique subsaharienne se présentant plus tardivement que leurs confrères et consœurs caribéens (Boyd et al., 2005). Un diagnostic tardif résulte en des conséquences négatives personnelles, épidémiologiques, économiques et sociales importantes. Outre les coûts plus importants pour le système de santé (Krentz, Auld, & Gill, 2004) sans compter la possibilité de transmettre l'infection à d'autres personnes (Burns, Fakoya, Copas & French, 2001), un individu diagnostiqué tardivement ne peut se prévaloir des soins appropriés dans les meilleurs délais et ainsi augmenter sa qualité de vie et ses chances de survie (Foley, 2005; Prost et al., 2008; Burns et al., 2007).

### **Âge au moment du diagnostic**

Le VIH semble toucher des personnes plus jeunes dans la sous-catégorie des personnes provenant d'un pays où le VIH est endémique. Certaines études européennes rapportent une moyenne d'âge moins élevée au moment du diagnostic chez les patients originaires de pays où

le VIH est endémique (Boyd et al., 2005; Jarrin et al., 2011; Staehelin et al., 2003). Au Canada, un rapport récent de l'ASPC (2012a) indique également que plus de 75% des personnes issues de ces pays diagnostiquées séropositives ont moins de 40 ans alors que cette proportion pour les autres catégories d'exposition hétérosexuelle est de 60% (p.5).

### **Un visage essentiellement féminin**

Bien que les hommes continuent de représenter la majorité des cas prévalents et incidents pour d'autres catégorie d'exposition, chez les personnes originaires de pays où le VIH est endémique, la tendance est inversée. Ainsi, en Europe de l'Ouest (Anderson & Doyal, 2004; Prost et al., 2008; Sinka, Mortimer, Evans, & Morgan, 2003) et aux États-Unis (Kerani et al., 2008), les femmes représentent plus de la moitié des cas. Au Canada, l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) rapporte que la proportion globale de cas de VIH chez les femmes reste stable ces dernières années (2010). Par contre, dans la sous-catégorie des personnes originaires de pays où le VIH est endémique, les femmes représentent 55.3% de tous les rapports de tests positifs pour le VIH (ASPC, 2012a, p.5).

### **Transmission hétérosexuelle**

La transmission hétérosexuelle fait partie intégrante de la définition du caractère endémique de la transmission du VIH et en est conséquemment le mode de transmission dominant (Chee et al., 2005; Dougan et al., 2004; Hamers & Downs, 2004; Körner, 2007; Staehelin et al., 2003). En Grande-Bretagne, cette catégorie de transmission excède même la catégorie HARSAH (Burns et al., 2005; 2007). Toutefois, même dans ces communautés, la transmission d'homme à homme tend à augmenter et n'est pas une réalité à négliger lors des efforts de prévention (Dougan et al., 2005; Hickson et al., 2004; Hue et al., 2014; Madison, Hung & Jean-Louis, 2004).

Nous dressons ici le portrait des personnes diagnostiquées mais le fait est, chez les personnes originaires de pays où le VIH est endémique, qu'une proportion importante de personnes ignore son statut. De manière générale, on estime qu'environ le tiers des personnes infectées en Europe et le quart des personnes infectées au Canada ne le savent pas (ASPC, 2012b, p.3; Manirankunda et al., 2009, p.583). Au Canada, cette estimation grimpe à 34% pour les cas de transmission hétérosexuelle, incluant les personnes originaires de pays où le

VIH est endémique (ASPC, 2012b, p.3). Compte tenu que les personnes qui ne connaissent pas leur statut sérologique sont plus susceptibles de transmettre le VIH que celles qui connaissent leur statut (Marks, Crepez & Janssen, 2006), un dépistage précoce est crucial et permet non seulement une meilleure prise en charge médicale mais semble également permettre l'adoption de comportements visant à empêcher la transmission à autrui.

### **Des besoins spécifiques en matière de santé sexuelle au sein de ces communautés**

Malgré un haut niveau d'appréciation de l'impact du VIH dans les communautés africaines et caribéennes, autant de la part des experts que des individus au sein même de ces communautés, ces dernières demeurent particulièrement vulnérables au VIH. Cette vulnérabilité accrue est attribuable à plusieurs facteurs : une prévalence du VIH dans ces communautés plus élevée que dans la population générale ; le maintien de comportements et pratiques présentant un risque accru de transmission du VIH (comme les pratiques d'assèchement du vagin chez les femmes) ainsi que la prévalence élevée d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Cependant, malgré ce contexte, la perception individuelle du risque, l'utilisation du condom et des services de dépistage et de traitements des ITSS demeurent faibles (Burns et al., 2005 ; 2007 ; Dougan et al., 2004 ; Fenton, Chinouya, Davidson, Copas & MAYISHA Study Team, 2002; Madison, Hung & Jean-Louis, 2004; Prost et al., 2008). Les personnes originaires de pays où le VIH est endémique semblent également posséder moins d'informations sur le VIH en général (modes de transmission, évolution de la maladie, etc.) et sur les traitements et leurs bienfaits (Burns et al., 2007 ; Foley, 2005 ; Prost et al., 2008 ; Weatherburn, Ssanyu-Ssema, Hickson, McLean & Reid, 2003)

## **2. Phénomènes migratoires et santé**

L'Organisation internationale pour les migrations (OIM) estime à près de 215 millions le nombre de migrants internationaux, soit environ 3% de la population mondiale (Banque Mondiale, 2011). Cette migration s'effectue principalement pour des raisons économiques mais les instabilités politiques et civiles y contribuent également. Ce mouvement dynamique de personnes a des conséquences politiques, économiques et sociales importantes. Il

représente également un enjeu de santé, et ce, autant à un niveau national qu'individuel (Gushulak, Pottie, Hatcher Roberts, Torres & DesMeules, 2011).

### **L'effet « immigrant en santé »**

Initialement, les immigrants ont souvent une meilleure santé globale que les populations dites « de souche ». Ce phénomène que l'on appelle, l'effet « immigrant en santé », est probablement attribuable aux habitudes de vie dans le pays d'origine ainsi qu' à l'essence même du mouvement migratoire où les mécanismes de sélection des migrants favorisent les personnes relativement jeunes, en bonne santé, formées et aptes à travailler (Hyman, 2007; Llácer, Zunzunegui, del Amo, Mazarrasa & Bolúmar, 2007). Cependant, cet effet se perd en vertu du temps passé dans le pays d'accueil et l'on remarque même, pour certaines populations, une détérioration de l'état de santé ainsi que l'augmentation de certaines maladies (Gushulak et al., 2011; Hyman, 2007; Lebrun & Dubay, 2010; Newbold & Danforth, 2003; Lebrun & Dubay, 2010).

L'acculturation et le changement des habitudes de vie ont certainement des effets sur la santé. Il importe également de noter que les circonstances intrinsèques à la migration, le « avant, pendant et après » migratoire ainsi que les déterminants de la santé<sup>2</sup> affectent tout autant la santé des individus. Les facteurs pré-migratoires tels l'état de santé, les conditions de vie dans le pays d'origine, les raisons du départ et les circonstances entourant celui-ci ont un impact sur la santé de la personne. La période du traitement de la demande occasionne elle aussi stress et préoccupations, surtout pour les demandeurs d'asiles qui vivent une précarité quotidienne. Finalement, les conditions d'entrée et d'accueil, l'intégration dans un nouveau pays et les autres difficultés auxquelles font face les immigrants sont autant de facteurs qui peuvent nuire à la santé même après la régularisation du dossier migratoire (Gushulak et al., 2011; Kirmayer et al., 2011; Llácer, et al., 2007).

---

<sup>2</sup> Facteurs non médicaux qui ont des répercussions sur le bien-être. Comme les déterminants sont inter reliés et interagissent entre eux, la santé et le bien-être de chaque personne est donc la somme complexe de nombreux facteurs (INSPQ, 2011, p. XIX)

### **3. Vulnérabilités spécifiques à l'infection au VIH**

À eux seuls, les comportements ne peuvent expliquer le fardeau disproportionné affectant les personnes originaires de pays où le VIH est endémique. En effet, le contexte migratoire, l'emploi, l'éducation, les environnements sociaux et culturels sont autant de facteurs qui impactent la vie et les choix de chaque individu. Sans être exhaustive, la section suivante présentera, à travers la lunette des déterminants de la santé, quelques facteurs qui peuvent expliquer la vulnérabilité particulière de ces communautés au VIH.

#### **Le niveau de revenu et le statut social**

Les immigrants font souvent face à des difficultés importantes lorsqu'il s'agit de régulariser leur statut migratoire et chercher à obtenir un emploi (Foley, 2005). Au Canada, les personnes de descendance caribéenne ou africaine sont plus susceptibles d'avoir des revenus moins élevés que la population canadienne générale (ASPC, 2009). Dans ce contexte de précarité et de demandes toutes plus pressantes les unes que les autres, la santé est souvent reléguée au dernier plan; un diagnostic de séropositivité venant « ajouter » à la liste des difficultés rencontrées (Anderson & Doyal, 2004; Burns, et al., 2007; Boyd et al., 2005; Valin et al., 2002).

#### **Éducation, emploi et conditions de travail**

Malgré des niveaux de scolarité comparables, les personnes originaires de pays où le VIH est endémique ont des niveaux de chômage et de sous-emploi plus élevés (Anderson & Doyal, 2004; ASPC, 2009; Le Vu, Lot, & Semaille, 2004). L'augmentation du niveau de revenu, à travers l'emploi, a un impact positif sur la santé et est même protecteur, lorsqu'il s'agit de prévenir le VIH ou améliorer l'état de santé d'une personne séropositive (ASPC, 2009). Dans la même veine, un diagnostic de séropositivité peut aussi conduire à la précarité. Malgré que le VIH soit maintenant considéré comme une maladie chronique, les personnes vivant avec le VIH doivent avoir un suivi médical régulier et souffrent parfois d'incapacités épisodiques. Ces absences peuvent nuire à la recherche et au maintien d'un emploi par peur d'avoir à justifier ses absences et même ultimement d'avoir à dévoiler sa séropositivité (Anderson & Doyal, 2004; Dodds, 2006; Erwin, Morgan, Britten, Gray & Peters, 2002).



## **Les environnements sociaux et la culture**

Les normes sociales exercent un pouvoir important dans les communautés caribéennes et africaines. En effet, toute digression aux normes est mal perçue et peut faire l'objet de rumeurs. Dans ces communautés, le VIH évoque la maladie, la mort et est encore largement associé à de « mauvaises » mœurs (promiscuité, infidélité, etc.) (INSPQ, 2011; Manirankunda et al., 2009). Ces perceptions compromettent tout d'abord, la prévention et ensuite, nuisent à l'accès aux soins si l'on découvre sa séropositivité. Un individu vu dans un endroit où l'on offre des services et des soins liés au VIH et aux autres ITSS risque d'être étiqueté comme « séropositif » et peut faire l'objet de ragots. Dans ce contexte, la stigmatisation ainsi que la peur bien réelle d'être ostracisé par la communauté sont perçues comme des maux plus grands que les avantages potentiels du dépistage (Mitra, Jacobsen, O'Connor, Pottie, & Tugwell, 2006; Dodds, 2006).

## **Les réseaux de soutien social**

La migration n'est pas une expérience de vie anodine. Nouvelle culture, recherche d'emploi, perte de repères sont autant de facteurs qui peuvent rendre l'expérience difficile. Dans ce contexte, tisser des liens avec les compatriotes est une manière de trouver du soutien et des ressources morales, humaines voire même financières. Ce réseau peut directement influencer, non seulement sur le bien-être mais également sur le succès de l'expérience migratoire. Paradoxalement, ce même réseau qui peut apporter une aide inestimable devient potentiellement source d'angoisse pour ceux infectés. (Dodds, 2006; Manirankunda et al., 2009).

## **Les environnements physiques**

Résultante directe des niveaux de chômage élevés et des revenus faibles que cette situation génère, les personnes originaires de pays où le VIH est endémique sont plus souvent confrontées à des conditions d'hébergement inadéquates, voire non sécuritaires. La colocation est une façon de réduire le coût de logement; cependant, dans ce contexte, le maintien de la confidentialité est plus difficile et source d'angoisse pour les personnes vivant avec le VIH (Anderson & Doyal, 2004; ASPC, 2009; Foley, 2005).

## **Les habitudes de santé et la capacité d'adaptation personnelle**

Les incertitudes liées à la migration occasionnent parfois l'adoption de méthodes de *coping* comme la consommation de drogues et d'alcool qui ne sont pas nécessairement compatibles avec le maintien d'un comportement à moindre risque vis-à-vis les ITSS (ASPC, 2009; Hamers & Downs, 2004; Harawa, Bingham, Cochran, Greenland, & Cunningham, 2002). Les croyances religieuses sont également profondément ancrées et source d'espoir et de réconfort pour bon nombres de personnes caribéennes et africaines. Paradoxalement, le silence des leaders religieux par rapport au VIH et la stigmatisation dont certaines personnes vivant avec le VIH sont victimes dans leur lieu de culte, augmentent les vulnérabilités en nourrissant les préjugés envers les personnes vivant avec le VIH (ASPC, 2009; Anderson & Doyal, 2004).

## **Le développement de la petite enfance**

Il existe peu de données sur le vécu des familles affectées par le VIH. On peut toutefois penser que la séropositivité au VIH d'un parent ou d'un enfant exerce une pression supplémentaire sur les dynamiques et les besoins familiaux (ASPC, 2009; Prost et al., 2008).

## **Le patrimoine biologique et génétique**

Dans son rapport, l'ASPC (2009) souligne :

« Bien qu'il n'existe aucun élément probant qui démontre que les personnes noires ont une prédisposition génétique au VIH, il semble être biologiquement plausible que la susceptibilité au VIH puisse différer d'une population à l'autre. » (p. 37)

Bien qu'évaluer cette proposition soit hors de la portée de la présente étude, il importe de souligner qu'une fois sous traitements, pour autant que l'infection soit diagnostiquée tôt, les patients originaires de pays où le VIH est endémique, réagissent aussi bien aux traitements que les autres patients (Fenton et al., 2002).

## **Les services de santé**

De manière globale, les auteurs soulignent la difficulté et le manque d'accès aux services de prévention et de soins pour les personnes issues de pays où le VIH est endémique. Naviguer un système qui n'est pas familier, l'incertitude quant aux droits d'accès aux services, les difficultés de communication et le manque d'informations culturellement adaptées sont autant de facteurs qui nuisent à l'accès aux services de santé, spécifiquement aux services de conseil, dépistage et traitement des ITSS (Burns, et al., 2007; Prost et al., 2008).

## **Le genre**

Bien que la littérature souligne la vulnérabilité spécifique des femmes, il importe de noter que les normes sociales dans les communautés originaires de pays où le VIH est endémique, augmentent autant la vulnérabilité des femmes que celle des hommes.

### *Les hommes*

Les sections précédentes illustrent bien les multiples difficultés rencontrées dans la trajectoire migratoire des personnes originaires de pays où le VIH est endémique. Ces difficultés, parfois alliées à la perte de repères au niveau des rôles que les hommes occupent, peuvent avoir un impact sur la prise de risque (Prost et al., 2008). De plus, les normes socioculturelles autour de la masculinité, comme la prise de risque, le multi-partenariat et la stigmatisation de l'homosexualité augmentent également les vulnérabilités des hommes et de leurs partenaires, hommes ou femmes. Contrairement aux femmes qui fréquentent les services médicaux pour elles-mêmes (suivi gynécologique et/ou de grossesse) ou pour leurs enfants, les hommes fréquentent moins ces services (Burns et al., 2007; Prost et al., 2008). La pression de pourvoir pour la famille (incluant souvent celle restée au pays) à travers l'emploi ou le cumul de plusieurs emplois peut rendre les hommes réticents, à moins d'une urgence, à dégager du temps pour une visite médicale et essuyer une perte de revenu. Ces différentes considérations limitent le plein accès des hommes aux services de santé, incluant les services de prévention et de traitement en matière de VIH et des autres ITSS (Burns et al., 2007; Foley, 2005).

## *Les femmes*

Outre une plus grande vulnérabilité biologique, les facteurs socioculturels et économiques accentuent les risques que les femmes ont de contracter le VIH. Dans les communautés originaires de pays où le VIH est endémique, les normes sociales entourant la féminité, la virginité et la sexualité féminine empêchent souvent les femmes et les jeunes filles d'obtenir de l'information sur la santé sexuelle. Les femmes sont également plus durement touchées par la précarité économique : bon nombre d'entre elles ayant des niveaux d'éducation moindre et occupant des emplois moins bien rémunérés (Llácer, et al., 2007; United Nations, 2006). Elles dépendent ainsi sur leurs partenaires pour leur revenu, leur logement et dans certain cas, l'issue du processus migratoire (Llácer, et al., 2007). Certaines craignent également de possibles violences. Dans ces contextes, on peut donc entrevoir la difficulté à négocier le condom, persuader son partenaire de passer un test de dépistage ou même dévoiler sa séropositivité (Foley, 2005; Anderson & Doyal, 2004).

## **Autres facteurs qui augmentent la vulnérabilité des communautés caribéennes et africaines**

### **Le processus migratoire**

Outre les éléments mentionnés ailleurs dans ce chapitre, les migrants, toute catégories confondues (travailleurs qualifiés, réfugiés, demandeurs d'asiles, résidents temporaires et autres personnes à statut précaire) ont des besoins spécifiques en matière de conseil et dépistage du VIH qui méritent d'être soulevés. Tout d'abord, le processus migratoire lui-même, à travers l'incertitude et la précarité qu'il engendre, augmente la vulnérabilité des individus face au VIH. De plus, depuis janvier 2002, le Canada exige maintenant, pour certaines catégories de migrants, un examen médical qui demande, entre autres, un test de dépistage pour le VIH. Les implications sont multiples et hors de la portée du présent document.<sup>3</sup> Cependant, on retiendra l'effet potentiellement négatif, dans les communautés migrantes, de la perception erronée que seulement ceux qui sont séronégatifs

---

<sup>3</sup> Pour une discussion complète, veuillez vous référer à la thèse de doctorat suivante : Bisaillon, L. (2012). Cordon Sanitaire or Healthy Policy? How Prospective Immigrants with HIV are Organized by Canada's Mandatory HIV Screening Policy. Disponible sur: <http://hdl.handle.net/10393/20643>

peuvent entrer au Canada ainsi que l'impact traumatisant pour la personne diagnostiquée lors de ce processus qui ne connaît peut-être pas ses droits, ni les conditions d'accès aux soins et aux traitements et craignant pour la suite de son séjour au Canada (ASPC, 2009). Malgré des directives à cet effet, des difficultés importantes persistent quant à l'accès aux services de conseil et de dépistage du VIH et, le cas échéant, aux traitements. En effet, délais de carences, limites imposées par le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI) de même que des barrières de nature structurelles limitent ou entravent carrément l'accès à ces services occasionnant ainsi un impact négatif sur la santé des personnes vivant avec le VIH et leurs proches (Gushulak et al., 2011; Lebrun & Dubay, 2010).

### **Le racisme**

Le racisme, à travers « l'exclusion, la marginalisation et la discrimination systémique » (ASPC, 2009, p.41) agit en synergie avec les autres déterminants de la santé et fragilise davantage les communautés noires au Canada et ailleurs. D'ailleurs, dans le Plan d'action canadien contre le racisme (2005), le gouvernement canadien reconnaît l'existence et l'impact dévastateur que le racisme exerce sur la santé des communautés noires.

« L'expérience du racisme se recoupe et interagit activement avec d'autres problèmes systémiques, tels que ceux qui sont fondés sur le sexe, l'orientation sexuelle et le statut socio-économique, et engendre des risques particuliers d'infection à VIH ainsi qu'une expérience particulière de la vie avec le VIH chez les membres des communautés noires...Le racisme et la discrimination rendent certains groupes de personnes particulièrement vulnérables à l'infection à VIH en les excluant de la vie sociale et économique normale et en les privant des soutiens sociaux nécessaires pour améliorer et prolonger la vie. » (ASPC, 2009, p.41)

## **4. Approches de prévention du VIH**

Bien que l'on ait enregistré une baisse de nouvelles infections, le nombre annuel de celles-ci demeure tout de même significatif. La prévention de nouvelles infections demeure donc un axe central de la lutte contre le VIH. À ce titre, deux approches sont essentiellement mises de l'avant : les approches comportementales et les approches biomédicales. Les approches comportementales sont probablement celles les plus connues du grand public :

campagne pour le port et l'utilisation correcte du préservatif, promotion du test de dépistage, informations sur le VIH et les autres ITSS, etc. sont autant de stratégies qui font partie de l'arsenal de base des campagnes de prévention visant les changements de comportements (Coates, Richter & Caceres, 2008; Merson, O'Malley, Serwadda & Apisuk, 2008; Ross, 2010). Les approches biomédicales, quant à elles, sont essentiellement axées sur l'utilisation de traitements ou procédures médicales pour freiner la transmission du VIH : la recherche sur le vaccin, la circoncision masculine ou le traitement des ITSS sont des approches préconisées par le secteur biomédical. Plus récemment, nous assistons à une grande envolée vers l'utilisation de « traitements antirétroviraux comme outils de prévention<sup>4</sup> » (Padian, Buvé, Balkus, Serwadda & Cates Jr, 2008). Cette dichotomie « comportements/traitements » est réductrice. En effet, la vulnérabilité d'un individu ou d'une communauté est également fonction d'un ensemble de facteurs, politiques, économiques, environnementaux et sociaux, ces facteurs dits « structurels » influent, à l'échelle « macro », sur les vulnérabilités des personnes. Ces réalités sont beaucoup plus difficiles à appréhender et demandent une réelle implication politique (Rao Gupta, Parkhurst, Ogden, Aggleton & Mahal, 2008). Aucune de ces différentes propositions ne peut, à elle seule, suffire; seule une synergie de plusieurs approches et un véritable désir politique et social arrivera peut-être à endiguer le volume de nouvelles infections (Hankins & de Zaluendo, 2010).

#### *Conseil et dépistage volontaire du VIH*

Dans la *Déclaration de politique de l'OMS/l'ONUSIDA sur les tests VIH (2004)*, le Programme commun des Nations Unies pour le VIH/SIDA ainsi que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) soulignent tous deux le rôle central que le conseil et dépistage volontaire du VIH occupe dans les efforts autant de prévention que de traitements. En effet, le conseil et dépistage du VIH visent essentiellement trois buts précis : réduire le nombre de cas non diagnostiqués, favoriser la prise en charge des patients et, le cas échéant, offrir les soins appropriés (Boyd et al., 2005; Burns et al., 2005; Foley, 2005). Le dépistage permet également de diminuer le potentiel de transmission à autrui; les études démontrant une diminution des

---

<sup>4</sup> Cette stratégie repose sur la baisse de la charge virale occasionnée par la prise de traitements antirétroviraux. En baissant la charge virale, les traitements diminuent le risque que la personne séropositive transmette le virus à son/sa partenaire sexuel (le).

comportements à risque plus élevés chez les personnes se sachant séropositives que chez ceux ignorant leur statut (Hutchinson, Branson, Kim, & Farnham, 2006; Marks, Crepaz & Janssen, 2006).

Bien que l'on reconnaisse le rôle central que le conseil et dépistage du VIH occupe, force est de constater que, sur le terrain, l'accessibilité à ce service demeure insuffisante, à tout le moins inégale. Dans plusieurs contextes, un manque de fluidité et d'intégration dans la structuration des services ainsi qu'un déficit bien réel de ressources nuisent à l'offre de service de dépistage (INSPQ, 2011). De grandes structures internationales telles l'OMS et l'ONUSIDA indiquent également que la stigmatisation, la discrimination et dans certains contextes comme le nôtre, la criminalisation de l'exposition au VIH et de sa transmission,<sup>5</sup> freinent également les efforts de promotion du conseil et dépistage du VIH (INSPQ, 2011; ONUSIDA & OMS, 2004; Réseau juridique canadien VIH/sida, 2012). À cet effet, l'OMS et l'ONUSIDA (2004) souhaitent l'élaboration de mécanismes plus efficaces de protection contre la discrimination et la stigmatisation ainsi que la mise en place de couloirs de services intégrés favorisant l'accessibilité aux soins et aux traitements, le tout, dans le respect des droits humains et éthiques.

### **Conseil et dépistage du VIH en contexte québécois**

Cette préoccupation trouve également écho au Québec où l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) dans son document « *Optimiser le dépistage et le diagnostic de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine* » soutient que le conseil et dépistage du VIH doit toujours être volontaire, confidentiel, accompagné de conseils et réalisé avec le consentement éclairé du patient (INSPQ, 2011). Au Québec, le dépistage s'inscrit également « plus largement dans l'intervention clinique préventive<sup>6</sup> » et non uniquement dans la détection d'une affection chez une personne ne présentant aucun symptôme (INSPQ, 2011, p. XIX). Tant au Québec que dans le reste du Canada, l'approche de dépistage des ITSS, incluant

---

<sup>5</sup> Au Canada, transmettre le VIH à quelqu'un ou exposer une personne à un risque de transmission du VIH sont considérées comme des infractions criminelles passibles de peines importantes. Pour plus d'informations, voir le Réseau juridique canadien VIH/sida

<sup>6</sup> Ensemble des actions entourant le dépistage, dont l'évaluation du risque d'ITSS, le counseling, le soutien pour le maintien ou l'adoption de comportements sexuels sécuritaires, le dépistage par analyse de biologie médicale et l'intervention préventive auprès de la personne infectée et de ses partenaires (IPPAP) (INSPQ, 2011, p.XX)

le VIH, est ciblée en fonction des facteurs de risque (INSPQ, 2011). Ainsi, l'ensemble des stratégies vise des groupes à prévalences élevées. En ce qui concerne le VIH, ces stratégies viseront principalement : les utilisateurs de drogues injectables, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et les personnes originaires de pays où le VIH est endémique.

### **Documents régissant la pratique**

À travers le travail et les réflexions d'un groupe d'experts nationaux, l'ASPC a produit *les Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement (LDC-ITS)*. Basées sur des données probantes et actualisées, les recommandations proposées relatives à la prévention, le diagnostic, le traitement et la gestion des ITSS au Canada ne doivent pas être interprétées comme des règlements mais plutôt comme une ressource mettant en exergue des enjeux et des bonnes pratiques (ASPC, 2013). Bien qu'étant une source appréciable de références, les lignes directrices canadiennes ne tiennent pas compte des spécificités du contexte québécois. À cette fin, les praticiens québécois doivent se référer au *Complément québécois aux Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*. Ce document définit les normes de bonnes pratiques et y présente les programmes, protocoles et guides et constitue le document référence pour les praticiens québécois. Le *Complément québécois aux Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement* a préséance sur les LDC-ITS (INSPQ, 2007).

### **Stratégies prometteuses dans le contexte québécois**

Le gouvernement québécois reconnaît quatre enjeux d'importance en matière de dépistage du VIH : la nécessité d'élaborer des stratégies pour mieux rejoindre les populations, améliorer l'intervention clinique préventive, contribuer à un contexte favorable au dépistage et à une meilleure organisation des services (INSPQ, 2011). À cette fin, 45 recommandations ont été émises.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Pour plus d'informations voir : « *Optimiser le dépistage et le diagnostic de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine* », INSPQ, 2011.



Certaines stratégies sont générales pour l'ensemble de la population alors que d'autres sont d'ordre plus spécifique. En ce qui concerne les communautés originaires de pays où le VIH est endémique, voici quelques pistes de réflexion issues des sources consultées.

En matière de prévention, l'investissement des communautés dans la mobilisation de même que l'utilisation des pairs et des leaders d'opinion semblent des avenues prometteuses de diffusion de l'information et du renforcement des connaissances (INSPQ, 2011, pp.65-66). En ce qui concerne le conseil et le dépistage du VIH, la méthode conventionnelle de dépistage, bien qu'ancrée dans les mentalités, demande un investissement double de la part de la personne qui souhaite se faire dépister : une première visite pour le conseil et le prélèvement et une deuxième visite pour l'obtention des résultats. Des méthodes telles le test rapide et le dépistage hors murs sont autant de possibilités à envisager. De ces méthodes, le test rapide (et gratuit) du VIH est une option porteuse d'autant plus qu'elle est bien acceptée auprès des populations concernées (Hutchinson, Branson, Kim, & Farnham, (2006); Sanders et al., 2010). La possibilité de se faire dépister à proximité de sa communauté (et pas nécessairement au sein même de celle-ci) a également été relevée. Un dépistage réalisé hors milieu hospitalier ou effectué par des intervenants communautaires peut également être préconisé (Sanders et al., 2010). Favoriser l'accès à un suivi médical est la clé de voute de la stratégie de même que l'établissement d'un sentiment de confiance avec le prestataire de service sont d'autres pistes identifiées. L'offre de dépistage par le prestataire de soins lors de l'examen annuel et/ou que le dépistage du VIH soit proposé en même temps que le dépistage d'autres ITSS est également une avenue porteuse chez les populations concernées (INSPQ, 2011; Prost, 2008; Seña, Hammer, Wilson, Zeveloff, & Gamble, 2010). Toutes les propositions présentées ci-haut ne sont valables que si elles sont offertes de manière culturellement sensibles et adaptées (Kaai, Bullock, Burchell & Major, 2011; Hamers & Downs, 2004; INSPQ, 2011).

Pourtant, comme les sections précédentes l'illustrent, de nombreux éléments freinent l'accès aux services de conseil et de dépistage du VIH. La littérature consultée abonde sur les différentes barrières liées au dépistage. La section suivante offrira une présentation succincte des différentes barrières relevées ainsi que des pistes de solution et recommandations évoquées par les différents auteurs.

## **Barrières**

Les textes consultés ont permis de recenser des barrières d'ordre personnelles/individuelles, socioculturelles, structurelles, ainsi que celles liées aux prestataires de service.

### *Barrières individuelles*

Les barrières individuelles se réfèrent aux connaissances et aux attitudes des individus. Selon les articles consultés, elles touchent notamment *la perception/sous-évaluation du risque* (Deblonde, et al., 2010; Le Vu, Lot & Semaille, 2005; Seña, Hammer, Wilson, Zeveloff & Gamble, 2010); *l'expérience du sida telle que vécue dans le pays d'origine* (Burns et al., 2007; Manirankunda et al., 2009; Erwin et al., 2002); *des difficultés liées à la communication et à la langue* (Gushulak et al., 2011; Mitra et al., 2006; Ruiz-Casares et al., 2012); *les peurs-du résultat* (Manirankunda et al., 2009; Seña et al., 2010), *de la maladie/de la mort* (Burns et al., 2007, Erwin, et al., 2002; Deblonde et al., 2010), *d'être dévoilé/perte de confidentialité* (Boyd et al., 2005; Mitra et al., 2006; Foley, 2005), *des retombées négatives potentielles telles que l'isolement et les violences* (Anderson et Doyal, 2004; Burns et al., 2007; Mitra et al., 2006); *de la stigmatisation et de la discrimination* (Anderson & Doyal, 2004; Dodds, 2006; Prost et al., 2008); *d'être aperçu dans un organisme lié au « sida »* (Manirankunda et al., 2009; Mitra et al., 2006, Prost et al., 2008), *de causer des soucis à la famille* (Burns et al., 2007; Erwin et al., 2002; Foley, 2005); *le manque d'informations de base sur le VIH (l'infection, les traitements)* (Foley, 2005; Mitra et al., 2006). De plus, trop souvent, *la santé n'est pas perçue comme une priorité immédiate* (Boyd et al., 2005; Burns et al., 2007; Manirankunda et al., 2009); un diagnostic de séropositivité venant *ajouter un « problème de plus »* (condoms, régime de médicaments, assurances, emploi) (Foley, 2005; Manirankunda et al., 2009). Dans tous les cas énumérés ci-haut, l'individu fait un calcul où les barrières sont plus grandes que les avantages de connaître son statut (Burns et al., 2001; Körner, 2007).

### *Barrières socioculturelles*

Les barrières dites socioculturelles sont liées aux perceptions, aux représentations, aux croyances ainsi qu'aux pratiques en matière de santé. À la base, l'importance de la santé préventive informe le fait d'aller se faire dépister ou non. Cependant,

tel que souligné par certains auteurs, les approches préventives en santé dans les populations concernées, ne sont pas la norme. L'individu consulte généralement le médecin lorsqu'il est malade ou qu'il y a présence de symptômes (Burns et al., 2007; Gushulak et al., 2011; Mitra et al., 2006). De même, les conceptions magico-religieuses de la maladie (le VIH comme une punition divine ou un sort) entraînent un certain fatalisme et agissent sur l'attention que les individus portent aux messages de prévention ainsi qu'aux services médicaux offerts (INSPQ, 2011). La cohésion et les normes sociales agissent également comme barrière; les femmes accèdent plus difficilement au dépistage si leurs conjoints ne sont pas en accord (Anderson & Doyal, 2004; Foley, 2005; Körner, 2007). Le déni de l'homosexualité, les tabous liés à la sexualité ainsi que les fausses idées circulées au sein des communautés (le VIH étant « la maladie des gais, des drogués et des prostituées ») est également un frein au dépistage pour les personnes concernées (Boyd et al., 2005; Dougan et al., 2005; Hickson et al., 2004).

#### *Barrières structurelles*

Telles qu'illustrées dans la section portant sur les déterminants de la santé, certaines barrières telles la précarité économique, le racisme et les iniquités de genre sont plus insidieuses et renforcent les inégalités sociales ainsi que les difficultés rencontrées par les personnes provenant de pays où le VIH est endémique, autant pour le dépistage du VIH que l'accès aux soins le cas échéant (Foley, 2005; Burns et al., 2007). Les auteurs consultés soulignent également les difficultés liées à l'accessibilité aux services de dépistage et de soins dans le contexte migratoire. D'une part, l'on souligne le manque d'engagement politique (Burns et al., 2007) et de ressources allouées pour les besoins spécifiques de ces populations (Manirankunda et al., 2009; Mitra et al., 2006). D'autre part, l'on souligne également les questions pratiques, bien réelles, que se posent les personnes quant à leurs droits d'accès aux services et les impacts possibles sur le processus migratoire (comme le risque d'être déporté si séropositif) (Boyd, et al., 2005; Kerani et al., 2008; Seña et al., 2010)

#### *Barrières liées à l'offre et aux prestataires de services*

L'emplacement des services, le transport, les heures d'ouverture de même que la non-gratuité des soins (spécialement pour le test rapide du VIH) freinent l'accessibilité au test de dépistage du VIH (INSPQ, 2011). La littérature met également en exergue des facteurs liés

aux prestataires de services. Un facteur important étant le manque de sensibilité culturelle des intervenants en santé ainsi que leurs attitudes face aux PVVIH d'origine caribéennes et africaines : préjugés, racisme, manque d'empathie et de compétences interculturelles compliquent les échanges entre les patients et les prestataires de services (Burns et al., 2007; Dodds, 2006; Prost et al., 2008). De plus, naviguer le fonctionnement « à l'occidentale » - prise de rendez-vous, manque de services pouvant accueillir les enfants pendant la visite médicale du parent - compliquent également l'accessibilité des personnes (Burns, et al., 2007; Erwin et al., 2002). Finalement, les auteurs soulignent que les personnes originaires de pays où le VIH est endémique accèdent plus facilement aux soins de santé généraux qu'aux services spécialisés en ITSS. Cependant, le manque de familiarité et de confort des médecins en pratique familiale en ce qui a trait au conseil et dépistage du VIH freine l'optimisation des services. Cette situation est d'autant plus problématique compte tenu la réceptivité et l'acceptabilité de cette approche par les communautés caribéennes et africaines (Burns et al., 2007; Deblonde et al., 2010; INSPQ, 2011, p.64; Mitra et al. , 2006).

### **Motivations au dépistage**

D'autre part, certaines situations et facteurs incitent les personnes originaires de pays où le VIH est endémique à passer un test de dépistage. Le besoin d'avoir l'esprit en paix et de connaître son statut afin de veiller à sa santé et celle de son/sa partenaire incitent au dépistage (INSPQ, 2011). Souvent, la proposition du médecin, un événement suggérant la possibilité d'une infection (relation sexuelle avec une travailleuse du sexe par exemple), l'hospitalisation, des symptômes ressentis par l'individu ou présents chez le conjoint ou l'enfant incitent également au dépistage (Anderson & Doyal, 2004; Burns et al. 2001; 2005; Hamers & Downs, 2004; Manirankunda, et al., 2009). Chez les femmes, le dépistage prénatal constitue une opportunité supplémentaire de dépistage (Chee et al., 2005; Foley, 2005; Staehelin et al., 2003). Comme on peut le constater, le dépistage est souvent recherché en réaction à un événement ou à la proposition d'une autorité compétente, par exemple dans le cadre d'une grossesse, mais très peu dans un désir proactif de connaître son statut sérologique.

## 5. Campagnes médiatisées en santé

Il existe un réel tabou social autour de la sexualité dans les communautés caribéennes et africaines. La santé sexuelle est un sujet peu ou pas évoqué et les informations circulées dans les campagnes préventives peinent à rejoindre leurs objectifs; malgré que les personnes issues de ces communautés aient un niveau de connaissance acceptable sur les modes de transmission du VIH, le préservatif reste peu utilisé et le multi-partenariat assez fréquent (Fenton, et al., 2002; Prost et al., 2008).

Snyder et al (2004) dans une méta-analyse portant sur l'impact des campagnes médiatisées en santé sur le changement de comportement, ont conclu que celles-ci ont un impact modeste mais tout de même quantifiable sur les comportements. De façon plus précise, Vidanapathirana, Abramson, Forbes & Fairley (2006), dans leur revue systématique portant sur les campagnes de promotion du test de dépistage, ont démontré que celles-ci ont un effet immédiat sur l'augmentation de la fréquentation des sites de dépistage. Ceci étant, les effets à long terme de ces campagnes sont beaucoup moins probants (Operario, 2006).

On remarque toutefois un certain consensus sur les meilleures pratiques, les concepts-clés qui doivent être pris en compte dans l'élaboration, la mise en place et l'évaluation de campagnes, qu'elles soient des campagnes de communication en santé ou en marketing social. Les auteurs s'accordent sur l'importance de la recherche formative à travers la recension des données probantes et d'évaluations de campagnes ultérieures, la réalisation de focus groupes, ainsi que le prétest des messages et des outils de la campagne auprès des groupes ciblés (Lombardo & Léger, 2007; Noar et al., 2009; Randolph & Viswanath, 2004). Les auteurs soulignent également l'importance de l'ancrage théorique: les campagnes devraient être développées en référant explicitement aux théories de comportement et de communication qui sous-tendent le développement de celles-ci (Fishbein, 2000; Fishbein & Capella, 2006; Noar et al., 2009). Cependant, conscients que les comportements ne sont pas uniquement tributaires de l'individu, les auteurs suggèrent également la mise en place de stratégies s'attaquant aux racines dites structurales (Randolph & Viswanath, 2004). Afin de maximiser leur efficacité, les campagnes se doivent d'être très ciblées; les techniques de segmentation du public permettent ainsi le développement de campagnes qui sont très représentatives des intérêts du groupe que l'on cherche à rejoindre (Lombardo & Léger, 2007; Noar et al., 2009; Randolph & Viswanath, 2004). Les campagnes doivent également chercher à rejoindre un maximum de

personnes et ce, à travers l'intensité et la multiplicité des sources d'information et des stratégies de communication (Lombardo & Léger, 2007; Randolph et Viswanath, 2004). Elles doivent également être très précises et axées sur une action concrète (McOwan, Gilleece, Chislett & Mandalia, 2002). Afin de permettre une évaluation juste de l'atteinte des résultats, les auteurs urgent à la mise en place de procédures rigoureuses d'évaluation afin de permettre autant l'évaluation de l'implantation des campagnes que de l'atteinte de ses résultats (Noar et al., 2009, Randolph & Viswanath, 2004). Compte tenu les difficultés associées à la mise en place et à l'évaluation d'essais cliniques randomisés à grande échelle, les auteurs suggèrent la mise en place d'autres types d'études, aussi rigoureuses mais plus faciles à mettre en place afin de maximiser l'évaluation et ainsi faciliter la diffusion des résultats (Bertrand, O'Reilly, Denison, Anhang & Sweat, 2006).

### **Répondre aux besoins, en matière de conseil et de dépistage du VIH, des personnes originaires de pays où le VIH est endémique**

Les sources consultées pour cette recension des écrits démontrent clairement l'intérêt que les chercheurs et les intervenants issus de divers milieux ont pour l'obtention de données probantes et de pistes de solution autour de la problématique très complexe du VIH dans les communautés caribéennes et africaines. De ces sources se dégage un certain consensus : diagnostics tardifs, transmission essentiellement hétérosexuelle touchant un nombre croissant de jeunes femmes et une préoccupation croissante pour les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes issus de ces communautés. Malgré une reconnaissance de l'impact que le VIH continue d'avoir au sein des communautés, des facteurs autant individuels, que sociaux et structureaux agissent en synergie et augmentent les vulnérabilités des individus et de leurs communautés face au VIH. À ce titre, le conseil et le dépistage du VIH est un axe central non seulement de la prévention de la transmission du VIH mais également de sa prise en charge effective. Cependant, comme la présente section l'a démontré, de nombreux facteurs freinent l'optimisation de cette approche.

## **Chapitre 3 : Campagne « Moi je fais le test »**

Tel qu'illustré dans la recension des écrits, les individus provenant de pays où le VIH est endémique sont surreprésentés dans la cohorte des personnes vivant avec le VIH au Canada et ailleurs. Au Québec, on dénote également une augmentation sensible de consultations pour le dépistage et le traitement du VIH dans ces mêmes communautés; les données suggérant ainsi un bassin important de personnes vivant avec le VIH non testées et qui auraient des retards dans l'initiation du traitement (V.K. Nguyen, communication personnelle, 20 août 2010). Forts de ce constat, la clinique médicale l'Actuel et le Groupe d'Action pour la prévention de la transmission du VIH et l'éradication du sida (GAP-VIES), en partenariat avec une compagnie pharmaceutique, ont lancé, en septembre 2010, un projet visant à augmenter le dépistage du VIH auprès de ces communautés.

Bien que nombreuses au Canada et ailleurs, les interventions développées pour les populations originaires de pays où le VIH est endémique, visent généralement à : a) informer les populations ciblées sur les notions de base du VIH et des autres ITSS; b) outiller les intervenants des différents milieux sur les enjeux culturels et sociaux vécus par ces populations en lien avec le VIH. Malgré ces expériences, il existe tout de même assez peu de projets, au Canada, faisant explicitement la promotion du dépistage. Afin de pallier à cette lacune, le projet faisant l'objet de la présente évaluation a été élaboré et lancé.

### **Projet « Moi je fais le test »**

#### *Les structures partenaires du projet*

- Une compagnie pharmaceutique

La compagnie pharmaceutique n'ayant pas été consultée lors de cette démarche, aucune autre information ne sera fournie à son sujet.

- Clinique médicale l'Actuel

Fondée en 1987, la clinique médicale l'Actuel offre des services de dépistage et de prise en charge des ITSS. Elle est également pionnière dans le développement des connaissances en matière des ITSS et du VIH/sida. La clinique médicale l'Actuel intègre en son sein plusieurs départements et services : dépistage et suivi médical, recherche, laboratoire, soutien aux personnes vivant avec une ITSS et une pharmacie. Bien qu'ouverte à l'ensemble de la population, la clinique médicale l'Actuel dessert principalement une clientèle HARSAH et UDI. Lors de la mise en œuvre du projet,



celle-ci prenait également expansion : une deuxième clinique, la clinique a, ayant ouvert à l'été 2011. La clinique médicale l'Actuel est située au centre-ville de la ville de Montréal.

- Groupe d'Action pour la prévention de la transmission du VIH et l'éradication du sida (GAP-VIES)

Actif depuis 1987, GAP-VIES se donne pour mission de prévenir la transmission du VIH/sida et d'aider les personnes vivant avec le VIH dans la population en général et dans la communauté haïtienne en particulier. L'organisme offre des services d'information, d'éducation et de sensibilisation de même que des services de soutien aux personnes vivant avec le VIH. GAP-VIES est principalement financé par des fonds gouvernementaux. L'organisme est situé au nord-est de la ville de Montréal.

*Objectif principal et objectifs spécifiques du projet :*

L'objectif principal du projet était d'augmenter l'accès au dépistage et aux traitements pour le VIH pour les personnes issues des pays où le VIH est endémique. Le projet comptait mobiliser 500 personnes issues des communautés ciblées à passer un test de dépistage par le biais d'une campagne de sensibilisation communautaire. Les objectifs spécifiques du projet étaient de :

- Augmenter la demande de dépistage à travers le déploiement d'une campagne de sensibilisation et mobilisation communautaire;
- Augmenter l'offre de dépistage à travers la mise en place d'un corridor de services;
- Effectuer le transfert des connaissances.

Bien que l'objectif général soit demeuré inchangé au cours du projet, il y a eu évolution des objectifs spécifiques ainsi que des activités qui y étaient liées. La section suivante présente les activités effectivement retenues et mises en œuvre. Les modèles logiques présentés au chapitre sept présentent, quant à eux, une vision plus exhaustive du projet.

*Axe « campagne de sensibilisation et mobilisation communautaire »*

Articulée autour du bien-fondé du conseil et dépistage du VIH ainsi que des notions de bien-être personnel et communautaire, la campagne ciblait spécifiquement les hommes et les femmes en âge de procréer, les jeunes ainsi que les couples. Cette composante était articulée autour des activités suivantes :

- Embauche d'un coordonnateur/d'une coordonnatrice de projet;
- Réalisation d'une étude de marché;
- Embauche d'une agence publicitaire responsable du développement de la campagne et de la stratégie de diffusion de celle-ci;
- Travail de proximité réalisé par le partenaire communautaire GAP-VIES (ressources humaines, financières et matérielles de l'organisme communautaire).

*Campagne « Moi je fais le test »*

Les visuels présentaient des personnes issues des communautés caribéennes et africaines. Des messages ciblés pour chacun des groupes présentaient les avantages du dépistage :

- Visuel 1 « Il compte sur moi pour faire ce qui compte » : un homme enlaçant un enfant. Le message incitait les hommes à se faire dépister non seulement pour eux mais également comme une action leur permettant d'être auprès de leurs proches plus longtemps et en santé;
- Visuel 2 « Je le fais pour lui, je le fais pour elle » : un jeune couple hétérosexuel. Le message incitait au conseil et dépistage du VIH comme action favorisant le maintien de sa santé et celle de son/sa partenaire;
- Visuel 3 « Ils sont toujours là pour moi. Je veux être là pour eux » : trois jeunes garçons/jeunes hommes. Le message rappelait les bienfaits de la prise en charge rapide du VIH;
- Visuel 4 « L'avenir est entre nos mains » : un couple désirant avoir un enfant. Le message informe qu'aujourd'hui, avec les traitements et un suivi médical adéquat, une personne séropositive peut mener à bien un projet de désir d'enfant.

L'ensemble des visuels de la campagne a été produit en français avec un clin d'œil créole « *Se mèt kò ki veye kò* » (Litt. À chacun de veiller sur soi). Les outils promotionnels suivants ont été développés : t-shirts pour l'équipe de mobilisation communautaire, les quatre versions du message en affiches, les quatre versions du message en oriflammes autoportants, des cartes postales offrant de l'information à propos des cliniques de dépistage ainsi que des pochettes à condoms faisant la promotion du dépistage. Les pochettes faisaient également la promotion du tirage de deux IPADs pour ceux qui prendraient rendez-vous et passeraient le test de dépistage. Ces outils ont été distribués lors d'événements rassembleurs tels les festivals culturels (Carifesta, Weekend du Monde au parc Jean-Drapeau), sportifs (ligue de soccer et basketball de rue) ainsi que des événements à caractère religieux (FestiGospel) qui ont eu lieu à Montréal à l'été 2011.

#### *Axe offre de dépistage*

A priori, le conseil et dépistage du VIH devaient se faire dans les locaux de la clinique médicale l'Actuel. Après discussion au sein du comité consultatif, une formule hybride soit l'offre de dépistage à la clinique médicale l'Actuel et la tenue de cliniques chez GAP-VIES a été retenue. Les consultations offertes en clinique se faisaient sur une base flexible, selon les disponibilités des médecins participants au projet. Les cliniques offertes à GAP-VIES conduites par une dyade médecin/infirmière pouvaient recevoir, selon le temps alloué à chaque patient, entre 12 et 15 personnes. Cette composante était articulée autour des activités suivantes :

- Mise à disposition de 500 kits de dépistage rapide (gratuité);
- Plages de consultation hebdomadaires réalisée par les médecins de la clinique médicale l'Actuel (ressources humaines, financières et matérielles de la clinique médicale et de l'organisme communautaire).

#### *Axe transfert de connaissance*

La clinique médicale l'Actuel souhaitait assurer un suivi des données recueillies par les médecins pour adapter l'offre de dépistage selon les besoins. Elle souhaitait également assurer le transfert des connaissances acquises lors du projet dans des colloques et autres événements scientifiques. Cette composante était articulée autour des activités suivantes :

- Élaboration et analyse des questionnaires (ressources humaines, financières et matérielles de la clinique médicale);
- Diffusion et transfert des connaissances (ressources humaines, financières et matérielles de la clinique médicale).

#### *Montage financier du projet*

L'évaluation n'est pas en mesure de préciser les ressources financières du projet n'ayant pas obtenu l'accord de la compagnie pharmaceutique à cet effet.

#### *Pourquoi documenter et évaluer ce projet?*

La recension des écrits démontre sans équivoque les besoins des personnes originaires de pays où le VIH est endémique en matière de conseil et de dépistage du VIH, et ce, autant dans les contextes québécois et canadiens qu'à l'international. De nombreuses questions sont soulevées et des pistes d'actions potentielles sont évoquées. L'on dénote néanmoins peu d'interventions faisant la promotion explicite du conseil et du dépistage du VIH et encore moins d'évaluations de ces dernières. La présente évaluation cherche donc non seulement à documenter l'initiative, elle cherche également à en réaliser l'évaluation afin que les parties prenantes du projet puisse en dégager des apprentissages et finalement, contribuer, quoique modestement, à l'état des connaissances sur ce type de projet auprès de communautés similaires.

## **Chapitre 4 : Cadre conceptuel**

## **Du projet « Moi je fais le test » à la présente évaluation**

Compte tenu des besoins réels, pour ces populations, en matière de prévention du VIH et de traitement, ainsi que le peu d'interventions recensées faisant la promotion du dépistage du VIH dans ces mêmes communautés, l'objectif de cette étude de cas est double, soit documenter le projet et évaluer l'implantation de ce dernier.

L'évaluation du projet sera articulée autour de deux pôles : la théorie de changement sous-tendant le projet ainsi que le processus d'implantation. Le modèle d'analyse des parties prenantes guide la démarche évaluative.

De nombreux auteurs s'accordent pour souligner l'importance d'élaborer des projets sur la base d'ancrages théoriques solides. Cependant, la littérature et l'expérience terrain démontrent que bien souvent, ces théories sont tout au plus implicites ou carrément absentes. Dans le cas présent, les échanges avec différentes parties prenantes du projet ont montré une dissonance marquée entre la théorie implicite guidant la clinique médicale et celle de l'organisme communautaire. Considérant cela, il apparaissait alors pertinent de développer une démarche qui permettrait de faire émerger et de contraster ces théories sous-jacentes. Dans un deuxième temps, le focus sur le processus d'implantation permettra de non pas évaluer les effets du projet mais bien de le situer au sens de son contexte.

### **Mécanismes de suivi et d'évaluation du projet**

Dans sa conception initiale, le projet avait comme objectif principal de favoriser un blitz de dépistage du VIH et l'évaluation du projet reposait davantage sur l'analyse des questionnaires administrés aux patients que sur les mécanismes du projet lui-même (axe transfert de connaissances). Aucune évaluation formelle du projet par une ressource externe n'avait été prévue. Après échanges, l'étudiante-chercheuse a manifesté l'intérêt que l'évaluation soit réalisée à travers son projet de mémoire.

### **Action concertée et parties prenantes**

Dans la recension des écrits, les auteurs consultés soulignent expressément la nécessité, pour lutter efficacement contre le VIH, d'une collaboration accrue d'acteurs œuvrant sur des cibles et des paliers différents : gouvernements, chercheurs, acteurs communautaires (Hankins & Zalduondo, 2010; Rao Gupta et al., 2008). Cette intégration d'actions, notamment à travers une approche combinée de lutte contre le VIH, permettrait de mener une lutte plus efficace. Dans ce contexte, l'action concertée s'avère donc nécessaire, voire incontournable.

Ceci étant, l'apport et l'intégration de cette multiplicité de perspectives tantôt complémentaires, bien souvent contrastées, demande également une planification minutieuse des interventions, des modalités d'élaboration aux évaluations potentielles qui permettront de prendre en compte et d'harmoniser les perspectives différentes de l'ensemble des acteurs.

Compte tenu ces différents constats, les modèles d'évaluation privilégiant l'implication des parties prenantes s'avéraient des choix judicieux. L'analyse des parties prenantes prend sa source dans la littérature et la pratique des sciences politiques (Brugha & Varvasovszky, 2000). Les parties prenantes sont conceptualisées comme étant l'ensemble des acteurs autant les individus, que les organisations, qui sont concernés par les actions proposées (MacArthur, 1997). Cette implication des parties prenantes est intéressante dans la mesure où elle augmente la pertinence des données obtenues. Elle augmente également l'appropriation et par la suite l'utilisation des résultats d'évaluation (Patton, M.Q., 2008). Cette approche demande toutefois un engagement fort de la part des parties prenantes ce qui n'est pas toujours chose aisée (Butterfoss, Francisco & Capwell, 2001). L'implication et la participation des acteurs peuvent être placées sur un continuum allant d'aucune implication à une implication à tous les niveaux de l'évaluation. Une implication véritable de l'ensemble des acteurs améliore la qualité des résultats de l'évaluation. Les aspects de la mécanique de cette implication seront élaborés dans la présente étude.

Dans le cadre de cette évaluation, les perspectives de la clinique médicale l'Actuel et de GAP-VIES seront mises de l'avant. Bien que la compagnie pharmaceutique ainsi que l'agence publicitaire aient joué un rôle non négligeable, non seulement dans le financement du projet mais également dans sa planification et sa mise en œuvre, les représentants de la compagnie pharmaceutique n'ont pas été contactés et ceux de l'agence publicitaire n'ont pas tenus à être rencontrés. Leur implication sera décrite mais leur perspective ne sera pas explorée davantage.

La perspective de l'étudiante chercheuse qui a coordonné le projet à l'étude sera également pris en compte. Les implications de cette vision seront discutées plus tard.

### **Forces et limites de cette approche**

Les forces d'une évaluation réalisée par l'ensemble des parties prenantes sont manifestes dans la collecte et la production de données qui sont pertinentes pour le groupe. Elles permettent de dégager des leçons apprises et de nourrir l'action future. Ceci étant, elles

demandent un investissement important de l'ensemble des parties prenantes et peuvent être limitées par les connaissances et les compétences en matière d'évaluation de la personne qui dirige le processus, ici l'étudiante-chercheuse. De même, l'évaluation demande le développement de mécanismes de collectes et d'analyse de données qui sans prétendre à une complète objectivité, permettent tout de même de mettre de l'avant l'ensemble des informations disponibles.

### **L'évaluation**

Dans le Larousse, évaluer est défini comme étant « *l'action d'évaluer, de déterminer la valeur de quelque chose* ». L'évaluation est donc l'action de porter un jugement sur un objet donné, une situation, une personne voire même un programme. Il importe de noter qu'il existe une multiplicité de définitions ancrées dans notre manière de concevoir l'objet à évaluer et les manières à déployer pour y parvenir. Ceci étant, les auteurs distinguent généralement quatre « générations » et six périodes distinctes dans le champ de l'évaluation (Brousselle, Champagne, Contandriopoulos & Hartz, 2001).

L'analyse d'implantation est l'angle privilégié qui sera utilisé pour porter un regard sur le projet. L'analyse d'implantation porte sur « *les relations entre l'intervention, ses composantes et le contexte, en regard de la production des effets* » (Brousselle et al., 2001, p. 69). L'implantation, quant à elle, est définie comme « *le transfert d'une intervention sur le plan opérationnel* » (Brousselle et al., 2001, p. 69). Ce type d'analyse peut amener à l'évaluation des éléments suivants : la transformation de l'intervention dans le temps, l'influence du milieu, l'impact des changements apportés sur les résultats escomptés et enfin, l'influence des interactions entre le milieu d'implantation et l'intervention par rapport aux effets observés (Brousselle et al., 2001). Dans le cas de la présente étude, l'analyse d'implantation a été privilégiée en raison du fait qu'elle permet de porter un regard non seulement sur l'intervention mais sur l'ensemble de son contexte.

### **Interroger le contexte**

Longtemps, les évaluations ont portées essentiellement sur les effets de l'évaluation (Brousselle et al., 2001). Ce modèle, que l'on dit de la « boîte noire » se concentre spécifiquement sur l'intervention elle-même (comme variable indépendante) et sur les effets observés (les variables dépendantes). Bien que très utilisé, ce type d'analyse est plutôt limité



car il ne permet pas « *la prise en compte des différents milieux d'implantation ni des modifications apportées à l'intervention tout le long de sa mise en œuvre* » (Brousselle et al., 2001, p.239). La nécessité de prendre en compte le contexte n'est pas chose nouvelle et est même reconnue comme une dimension fondamentale de l'évaluation (Poland, Frolich & Cargo, 2008) En effet, toute action est tributaire de son contexte, contexte défini comme un ensemble complexe d'événements, de circonstances qui influent sur l'ensemble du projet et de ses acteurs.

### **Théorie du projet et modélisation**

Selon Weiss, la théorie du projet est « *l'ensemble des théories implicites et explicites qui expliquent comment et pourquoi un programme donné va fonctionner* » (Weiss, 1972). Le Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada (2010) donne une définition plus explicite :

“Chaque programme repose sur une théorie du changement - une série d'idées décrivant comment et pourquoi le programme donnera les résultats escomptés. La théorie permet de faire le lien entre les activités et les buts du programme. Elle peut se baser sur la connaissance et l'expérience du programme, une recherche ou une évaluation ou des pratiques exemplaires. » (Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada, 2010)

L'articulation claire de toutes ces suppositions permet, lors de l'élaboration, de s'assurer de la cohérence du programme, des ressources disponibles et nécessaires, des activités prévues et des résultats souhaités. Ce processus facilite également la collecte des données, le suivi et l'évaluation du projet.

Comme on le soulignait plus haut, les théories du projet sont souvent absentes ou à tout le moins implicites. L'évaluation est facilitée lorsque l'évaluateur se dote d'une méthode qui permettra de faire ressortir ces suppositions et d'articuler la ou les théories sous-jacentes au projet. Plusieurs techniques sont possibles et, dans le cadre de la présente étude, nous privilégierons la modélisation, plus spécifiquement, le développement d'un modèle logique :

« Le modèle logique est un moyen graphique d'illustrer la raison d'être d'un programme. Toutefois, seul, il ne renferme pas suffisamment de détails sur la

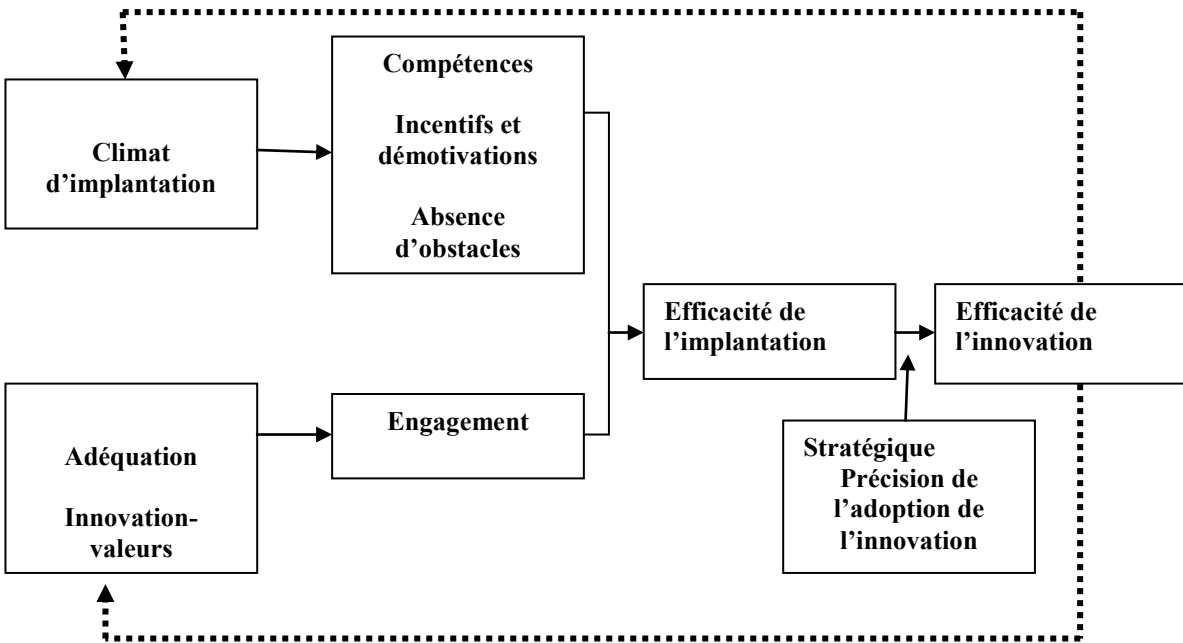
façon dont les activités du programme vont contribuer à la réalisation des résultats prévus et sur la façon dont les résultats de niveau inférieur entraîneront des résultats de niveau supérieur. C'est pourquoi le modèle logique devrait s'accompagner d'un bref exposé narratif expliquant la façon dont certaines activités ou mesures se traduiront par les résultats prévus. Dans ce contexte, on parle aussi de « théorie du changement » ou de « théorie du programme ». Un bon exposé narratif décrit les maillages entre les activités, les extrants et les résultats en décrivant les hypothèses sur lesquelles repose le programme, les risques et les facteurs externes qui se répercuteront sur la réalisation des résultats.» (Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada, 2010)

Ultimement, l'articulation des théories sous-jacentes au projet et la modélisation de celui-ci sont nécessaires non seulement à son élaboration mais également au succès des évaluations subséquentes - les différentes étapes ayant été clairement définies.

### **Le modèle d'implantation d'une innovation de Klein et Sorra**

Le processus d'implantation du projet sera vu à travers le modèle des déterminants et des conséquences de l'efficacité d'une implantation proposé par Klein & Sorra (1996). Selon ce modèle (voir Figure 1), une « innovation » peut être conceptualisée comme une pratique, une nouvelle technologie, un nouveau produit ou un nouveau service, utilisée pour la première fois par les utilisateurs potentiels d'une organisation donnée, et ce, peu importe que d'autres organisations en aient déjà fait usage (Trad. Libre, p. 1057). Cette décision est typiquement prise au niveau de la direction et diffusée à travers l'organisation. L'analyse d'implantation est mesurée selon un continuum allant de la non-utilisation de l'innovation à l'utilisation qualifiée et engagée. L'on considérera généralement l'implantation comme ayant échoué si, malgré cette décision, l'innovation n'est pas totalement intégrée dans les mécaniques (de services, de production et de pratiques) d'une organisation. Dans cette optique, un constat « d'échec » sera prononcé pas tant parce que l'innovation d'elle-même est mauvaise mais plutôt parce qu'elle a été mal intégrée et alors implantée dans l'organisation. L'intérêt de ce modèle dans le cadre de la présente étude réside dans le fait qu'il permet l'intégration d'une perspective d'analyse à plusieurs niveaux, dans plusieurs sites d'interventions et ce, avec une multiplicité d'acteurs.

**Figure 1 - Modèle des déterminants et des conséquences de l'efficacité d'une implantation (Klein & Sorra, 1996)**



Selon Klein et Sorra, l'efficacité de l'implantation d'une innovation est fonction a) du *climat d'implantation* d'une innovation qui règne dans l'organisation et b) la perception des utilisateurs potentiel quant à *l'adéquation de l'innovation avec leurs valeurs* (Klein et Sorra, 1996, p.1056). L'enjeu, se faisant, étant de réussir à suffisamment mobiliser et intéresser un groupe critique d'individus au sein de l'organisation.

Dans ce modèle, l'implantation réfère à la période de transition où les utilisateurs potentiels s'approprient l'innovation. C'est donc la période charnière entre la décision d'adopter l'innovation et son intégration à la routine de l'organisation (p. 1057). Dans ce modèle, le climat ne réfère pas à la satisfaction individuelle des utilisateurs potentiels mais réfère plutôt aux «*perceptions partagées, par les employés ciblés, de la mesure dans laquelle l'utilisation d'une innovation est attendue, soutenue et récompensée au sein de leur organisation.* » (Trad. Libre, p. 1060). Un climat d'implantation fort encourage l'adoption ou l'utilisation de l'innovation en a) s'assurant que les utilisateurs potentiels sont habiletés à utiliser l'innovation, b) offrant des mesures incitatives lorsque l'innovation est utilisée et décourageant la non-utilisation ou adoption et c) en levant les obstacles (p. 1060). Ceci étant, le climat exercera une influence dans la mesure où les utilisateurs potentiels sont motivés par

l'innovation. Les données suggérant que les utilisateurs qui perçoivent l'innovation comme étant congruente avec leurs valeurs sont plus susceptibles de l'utiliser que ceux qui perçoivent l'innovation comme étant un moyen d'obtenir de l'avancement ou d'éviter la réprimande. Les valeurs, quant à elles, ne se réfèrent pas tant aux valeurs individuelles qu'aux valeurs organisationnelles implicites et explicites, partagées par les utilisateurs au sujet de l'adaptation externe de l'organisation (comment l'organisation perçoit son environnement) et son fonctionnement interne (comment les membres de l'organisation conçoivent l'organisation interne du travail et le travail d'équipe (p. 1063). Dans le contexte de ce modèle, l'efficacité d'implantation d'une innovation est donc fonction d'un fort climat d'implantation et de l'adéquation entre l'innovation et les valeurs organisationnelles des utilisateurs potentiels. Autant pour le climat que pour l'adéquation de l'innovation aux valeurs collective, l'unité d'analyse concerne l'organisation et non les individus, l'objectif étant d'évaluer l'efficacité de l'implantation au niveau organisationnel et non l'utilisation individuelle de ladite innovation. Ainsi, dans un contexte où l'organisation mettra en place un ensemble de conditions, politiques et pratiques favorisant l'adoption de l'innovation et que celle-ci est en adéquation avec les valeurs collectives de la structure, on peut raisonnablement penser que l'innovation sera effectivement implantée. Ceci est le scénario idéal. Par contre, la réalité est plus nuancée et résulte en autant de scénarios d'implantation différents.

### **Utilité du modèle présenté dans le cadre de la présente évaluation**

Évoqué précédemment, l'intérêt du modèle des déterminants et des conséquences de l'efficacité d'une implantation de Klein et Sorra (1996) pour la présente étude, réside non seulement dans l'intégration d'une perspective d'analyse à plusieurs niveaux, permettant ainsi de présenter et de contraster les perspectives de la clinique médicale l'Actuel de celles de GAP-VIES. Il permet également de prendre en compte de façon explicite le contexte d'implantation, plus précisément les stratégies mises en place par ces deux structures pour implanter le projet (climat d'implantation) de même que les théories sous-jacentes motivant les deux structures et leurs employés à participer à ce projet (adéquation innovation-valeurs). Ce modèle permet alors d'exposer chaque constituante du projet de façon systématique et permet l'évaluation de la perception que chacun des acteurs a eu de l'efficacité de l'implantation de ce projet de conseil et de dépistage du VIH auprès des communautés ciblées.

## **Chapitre 5 : Méthodologie**

Ce chapitre présente les différentes étapes du processus de recherche.

À titre de rappel, les objectifs de recherche de cette étude sont les suivants :

- Documenter le déroulement du projet en décrivant ses acteurs, son contexte de réalisation, ainsi que ses différentes étapes allant de l'élaboration à l'actuelle évaluation;
- Modéliser l'intervention en collaboration avec les parties prenantes du projet;
- Analyser l'interprétation qu'ont faite les acteurs, des différents résultats du projet.

### **Devis de recherche**

Le devis retenu est celui de l'étude de cas, plus précisément une étude de cas unique avec niveaux d'analyse imbriqués. En effet, ce devis est particulièrement adéquat lors d'une évaluation d'implantation qui vise autant à évaluer l'atteinte des objectifs que l'illustration du contexte, des dynamiques et des processus inhérents à tous projets (Brousselle et al., 2001; Yin, 2012, p.168). L'étude porte sur le projet de dépistage (le cas) tout en portant une attention particulière aux parties prenantes du projet, soit la clinique médicale l'Actuel et GAP-VIES (niveaux d'analyses).

Le champ de l'évaluation est vaste; il existe effectivement plusieurs écoles de pensées ainsi qu'une diversité d'approches et de techniques. À cette fin, les champs d'évaluation participative où les différents acteurs d'un projet collaborent dans l'élaboration d'une évaluation ainsi que dans la validation des constats obtenus, inspirent la démarche. Les stratégies d'analyse seront présentées dans la section appropriée.

Compte tenu des données disponibles ainsi que le type d'évaluation désiré, une démarche qualitative a été retenue. En effet, l'évaluation formelle de ce projet n'ayant pas été prévue lors de la conception de celui-ci, aucun mécanisme de mesure n'a été établi. De manière plus importante, une démarche qualitative s'avère également pertinente dans la mesure où l'évaluation ne désire pas évaluer les effets du projet mais cherche plutôt à rendre compte de son contexte d'implantation et des différents processus qui ont eu cours.

## **Recrutement et échantillon**

L'évaluation a misé sur le recrutement et la participation de l'ensemble des parties prenantes du projet. Une demande d'entretien a été effectuée auprès de l'ensemble des personnes considérées comme « informateurs clés » dans le cadre du projet; ces personnes étant définies comme des individus possédant une connaissance privilégiée du projet, de ses enjeux et ses résultats. À cette fin, une méthode d'échantillonnage non-probabiliste, l'échantillonnage par choix raisonné, a été utilisée. Treize personnes représentant l'agence de publicité, la clinique médicale (direction, adjointe à la direction, médecins et infirmière) ainsi que l'organisme communautaire (direction et intervenants) ont été contactées par téléphone ou par courriel pour participer soit à des entretiens individuels ou à des entretiens de groupe. De ces treize personnes, le répondant de l'agence de publicité n'a pas donné suite et deux personnes issues des autres groupes ont refusé de participer. Cette situation a affecté la représentativité de l'ensemble des perspectives et des expériences vécues dans le cadre de ce projet. Néanmoins, un effort a été consenti pour que chaque « palier » du projet : directions générales, personnel médical et intervenants soit représenté. Lors de la prise de contact initiale, les objectifs de l'étude ainsi que les modalités de participation (consentement, enregistrement et transcription des entretiens, conservation des données et utilisation de celles-ci) ont été expliqués aux participants pressentis. Le formulaire de consentement a également été envoyé par courriel afin que chaque personne en prenne connaissance. Un délai de réflexion de 48 heures a été donné et suite à ce délai, les participants pressentis ont été recontactés. Pour ceux qui ont accepté de participer à l'étude, une date et un lieu d'entretien ont été fixés. Une relance a été effectuée pour les personnes qui n'ont pas garanti leur participation suite au premier appel.

## **Collecte de données**

La collecte de données s'est effectuée à travers différents médiums. Tout d'abord, les archives et autres documents du projet tels la demande de financement, les rapports et compte rendus des comités produits entre septembre 2010 et avril 2011 ont été consultés. Les autorisations nécessaires ont été obtenues auprès des directions générales des deux structures concernées. Compte tenu que l'étudiante-chercheuse a coordonné le projet, elle a tenu pendant son contrat, un journal où sont consignés certains détails journaliers du projet. Avec

la permission de l'ancien employeur, la chronologie du projet a donc été établie à travers le journal de bord professionnel ainsi que les communications internes (courriels) échangées dans le cadre du projet. Des entretiens ont également été effectués avec des informateurs clés. De manière plus détaillée, les techniques suivantes ont été utilisées :

#### *Journaux de bord*

Compte tenu que certaines des activités de collectes de données se sont effectuées dans un contexte professionnel, la tenue d'un journal de bord « professionnel » a permis de consigner en temps réel, les événements du projet et ainsi tenir une chronique rigoureuse des décisions, événements et activités menés dans le cadre du projet. De plus, le journal de bord « de l'étude » permet quant à lui de documenter le processus en cours et par la suite, l'évaluation.

#### *Consultations de documents*

Après avoir obtenu les approbations requises, les différents rapports, comptes rendus de rencontres, courriels qui ont été rédigés et diffusés dans le cadre du projet ont été analysés. Ceux-ci ont permis d'établir la chronologie des événements et des décisions prises dans le cadre du projet. Les courriels échangés dans le cadre du projet ont été relus et intégrés à un document. Ce corpus composé de courriels totalise 104 pages.

#### *Recension des écrits*

La recension des écrits a été rédigée de façon concomitante à la collecte des données et de l'analyse. Elle sert de point d'ancrage à la validation des concepts et de l'analyse des données.

#### *Entretiens avec les informateurs clés*

Au total, neuf personnes ont été rencontrées pour des entrevues. Celles-ci se sont déroulées entre les mois de mars et avril 2013 suite à l'approbation éthique de l'étude. Les entretiens ont duré en moyenne une heure et chaque personne a été rencontrée une fois. Afin de maintenir la confidentialité, les titres des personnes rencontrées ne seront pas donnés. Elles proviennent essentiellement des milieux médicaux et de l'intervention sociale. Elles cumulent



plus de 110 ans d'expertise en VIH. La participation de ces personnes aux entrevues a été bénévole; aucune forme de compensation ne leur a été offerte.

Un guide d'entretien semi-dirigé a été développé (annexe 1). Celui-ci est inspiré des objectifs de l'évaluation et du cadre conceptuel retenu. Certaines des questions portant sur l'implantation ont également été adaptées de Scheirer (1981; 1987). Le guide a permis de maintenir une certaine constance dans les questions tout en permettant l'élargissement de l'échange vers d'autres sujets. La majorité des entretiens a été enregistrée avec un enregistreur vocal numérique. Certains entretiens ont été réalisés dans des conditions non propices à l'enregistrement tandis que dans d'autres cas, il y a eu défaillance technique. Ces entretiens font donc l'objet de compte rendus. Les verbatim et comptes rendus totalisent un corpus de 60 pages.

### **Analyse des données**

L'on dénombre bon nombre d'approches et de techniques d'analyse de données qualitatives, certaines assez génériques mettant en exergue des éléments spécifiques d'un texte tandis que d'autres sont très structurées comme la théorisation ancrée. Tout comme l'analyse de données quantitatives, l'analyse de données qualitative demande l'organisation et la préparation des données en vue de leur traitement. Ces opérations peuvent être réalisées manuellement ou assistées par des logiciels d'analyse qualitative de données (Creswell; 2009; Miles & Huberman, 1994). La section suivante reprend les étapes du processus d'analyse privilégié dans cette étude.

#### *Établir une chronologie*

Le corpus étant composé d'éléments aussi variés que des documents (rapports et comptes rendus de rencontre), des courriels, des entrevues ainsi que des observations, la première étape a été d'ordonner ces données et établir une chronologie.

#### *Codage et analyse thématique des entretiens et des échanges par courriel*

Une première lecture du corpus a été effectuée. Des catégories reflétant la question de recherche ainsi que les bases conceptuelles de l'étude et regroupant les idées émises ont été dégagées. Une première grille de code a été produite et envoyée au Dr Kishchuk. La fiabilité

des codes développées a été confirmée en effectuant un calcul de validité inter-juges (Creswell, 2009, pp.190-91). Cette vérification a été faite sur un échantillon d'environ 2 pages de texte contenant des extraits d'entretiens issus de plusieurs participants. Le degré d'accord a été de 75%. Après validation, des correctifs ont été apportés à la grille. Le corpus a ensuite été relu et codé selon cette nouvelle grille. Compte tenu le type de codage privilégié (ouvert), la grille a été bonifiée à la relecture des données, permettant ainsi l'inclusion de nouveaux codes. Un lexique des codes (annexe 2) a été développé afin de faciliter l'interprétation et le codage des unités de sens.

Une analyse de contenu holistique a été effectuée; ce type d'analyse prend l'ensemble du cas comme unité d'analyse. En ce sens, les descriptions, thèmes et autres interprétations sont liées au cas dans sa globalité (Yin, 2003). Les unités de sens ont alors été codées selon la grille développée. Compte tenu la nature qualitative de la recherche, les opérations réalisées n'ont pas été de nature statistique mais ont plutôt servi à faire émerger des thèmes, et de ces thèmes, des concepts. Les points saillants sont présentés au prochain chapitre; lorsque pertinent, des citations d'entretiens sont utilisées pour refléter les différents points de vue des personnes rencontrées. Finalement, une analyse de ces résultats a été effectuée permettant d'illustrer comment ces résultats se situent au sens de la question de recherche, du cadre conceptuel et de la revue de la littérature.

Afin de valider la fiabilité de l'analyse, les verbatim annotés et codés par l'étudiante-chercheuse ainsi que la grille d'analyse développée ont été envoyés aux participants afin que ceux-ci puissent vérifier l'information, réagir aux observations, porter des correctifs et ajouter d'autres informations si nécessaire (Stake, 1995). Suite à ce processus, un participant a renvoyé des précisions à apporter à ses propos.

### *Représentations graphique des données*

Afin de faciliter la compréhension, les relations identifiées, les thèmes et autres sont présentés sous forme graphique (modèles logiques). Ces thèmes seront confrontés entre eux mais aussi aux informations recueillies lors de la recension des écrits.

## *Évaluation de l'implantation*

L'évaluation est axée sur les processus, sur les variations contextuelles qui ont eu un impact sur l'implantation du projet. À cette fin, différentes stratégies analytiques ont été utilisées afin d'ordonner l'ensemble des données mais aussi faciliter l'émergence d'un sens. Les stratégies de modélisation (modèle logique) et de narration ont été privilégiées (Langley, 2009; Yin, 2009).

### **Critères de scientificité**

#### *En vue de maximiser la crédibilité (validité interne)*

Tout d'abord, le protocole de recherche a été évalué par les professeurs Nguyen et Kishchuk. Des correctifs méthodologiques ont été apportés et une première version remise au Comité d'éthique de la recherche en santé pour lecture et commentaires. Les failles méthodologiques ont été adressées et corrigées. Les représentations graphiques (modélisations de l'intervention) ainsi que le devis d'évaluation ont été présentés et approuvés par les co-directeurs. Ces différents documents permettent ainsi de mieux situer l'étude et son champ d'évaluation. La tenue d'un journal de bord de l'étude assure la chronique des activités ainsi qu'un espace où l'étudiante-chercheuse a consigné ses subjectivités en lien avec la problématique, les théories consultées ainsi que les données recueillies. L'étudiante-chercheuse pourra ainsi exposer sa démarche et la nature des choix faits dans la documentation et l'analyse des données. Elle a noté la position, les actions des autres acteurs liés au projet. Des références des lectures, entretiens, des réactions y sont soigneusement consignés.

Dans le cadre de l'étude, de nombreuses sources ont été consultées et l'information est corroborée par plusieurs entités. La multiplication des sources de données contribuant directement à l'amélioration de la validité interne de l'étude. (Yin, 2009, p.42). Outre les documents liés au projet, des entretiens avec des acteurs clés ont également été réalisés. Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits. Les verbatim relus et toute erreur « évidente » corrigée (Creswell, 2009, p.190). Ces transcriptions ainsi que l'analyse provisoire qui en a été faite ont été envoyées aux participants qui ont pu corroborer leurs dires, assurant ainsi la fiabilité des données. Le travail de codage a été réalisé par l'étudiante-chercheuse. La grille a été validée et un calcul de validité inter-juges réalisé. Le degré d'accord obtenu permet de valider la fiabilité des codes (Creswell, 2009, pp.190-91). L'exercice de triangulation des

données permet de souligner la concordance entre la théorie (recension des écrits), le journal de bord, le corpus de données ainsi que le contexte naturel du projet (Poupart et al., 1997, p. 378). Cet exercice permet d'étayer les concepts et lors de dissonances marquées, d'ouvrir la réflexion à de nouveaux concepts ou retour au corpus pour validation (par exemple identification d'une erreur de codage). De plus, les aspects dissonants (ou contradictoires) sont présentés et incorporés à l'analyse (Creswell, 2009, p. 192).

La prise en compte du contexte naturel du projet permet d'ancrer le processus de recherche et les données recueillies dans leur contexte soit le projet réalisé par la clinique médicale l'Actuel et les acteurs partenaires (notamment GAP-VIES, le comité consultatif du projet ainsi que l'étudiante-chercheuse).

Finalement, le processus itératif de collecte et d'analyse permet de mesurer la concordance entre les observations empiriques et leur interprétation. Cette étape a été réalisée à travers une codification rigoureuse, la triangulation des données et la confrontation des interprétations à l'ensemble des observations (Poupart et al., 1997, pp. 385-86).

#### *En vue de maximiser la transférabilité (validité externe)*

L'objectif de l'étude, soit évaluer l'implantation du projet est en quelque sorte réducteur. L'intérêt porte sur un projet spécifique, auprès de populations tout aussi spécifiques (caribéennes et africaines) et ce, dans un contexte particulier (la ville de Montréal). Ceci étant, d'autres écrits existent sur les difficultés et les opportunités rencontrées dans l'implantation de projets similaires. Les constats obtenus pourraient être *généralisés* à ces exemples ainsi qu'aux pratiques exemplaires qui émergent de la revue de la littérature. Bien que le contexte du projet ne sera jamais directement comparable à un autre, il est espéré que l'évaluation et ensuite, la mise à disposition des résultats de l'étude serviront à d'autres structures intéressées par des projets similaires.

#### *En vue de maximiser la fiabilité (fidélité)*

Un protocole de recherche a été développé. De plus, les différentes informations sont regroupées dans une base de données. Cela facilitera la consultation tout en permettant la documentation rigoureuse du processus tel que suggéré par Yin (2009, p. 45). Dans une étude de cas, il importe de maintenir le lien d'évidence (Yin, 2009, p.122-23). Le lecteur doit

pouvoir deviner le lien entre les conclusions rapportées dans l'étude de cas et les données brutes.

## **Considérations éthiques**

### *Devis et documents*

Toute recherche nécessitant la participation de personnes demande la prise en compte de préoccupations éthiques. Le protocole de recherche, le formulaire de consentement (annexe 3) ainsi que le guide d'entretien ont été soumis et approuvés par le comité d'éthique à la recherche de la Faculté de Médecine en date du 27 février 2013.

### *Processus de consentement et confidentialité*

Au moment des entretiens, les objectifs de l'étude ainsi que les modalités de l'entretien ont été rappelés. Les participants ont disposé du temps nécessaire non seulement pour la lecture du formulaire de consentement mais également pour considérer leur participation à l'entrevue. Les entretiens se sont déroulés après signature du formulaire de consentement.

Les entretiens sont confidentiels et les données émanant des échanges ont été traitées de façon non-nominale. Effectivement, toute information permettant l'identification d'un individu a été censurée et, dans l'évaluation, les apports individuels ont été groupés en thèmes de façon à ce que l'idée soit représentée tout en assurant que celle-ci ne puisse être associée à une personne. Bien que les participants aient accès au verbatim de leur entretien, les enregistrements ne sont accessibles qu'à l'auteure et aux co-directeurs. Les enregistrements sont identifiés par un code connu uniquement de ces trois individus.

## **Réflexivité et « positionnalité »**

Le Dr Nguyen et moi sommes parties prenante du projet au même titre que les autres collaborateurs rencontrés lors des entretiens. J'ai coordonné le projet et le Dr Nguyen a développé et conceptualisé ce dernier. Nul ne prétend à l'objectivité, mais il importe tout de même de nous situer au sein de la démarche actuelle. La notion de « positionnalité » de façon succincte nous demande, en tant que chercheur, de reconnaître que nos observations ne sont

pas neutres mais sont plutôt le fruit à la fois de nos caractéristiques personnelles (par exemple le genre, la classe, l'ethnicité) et de la relation que nous avons avec l'objet à l'étude (Atkins, 2004). A ce sujet, je souhaiterais ici me situer au sens du projet : avant d'être coordonnatrice du projet à l'étude, j'ai également travaillé comme coordonnatrice d'un projet à l'intention des femmes vivant avec le VIH au sein de GAP-VIES (2007-2010). Pendant toute la durée du projet à l'étude et dans le cadre des entretiens réalisés lors de l'évaluation, nous avons dû négocier de part et d'autres, de nouvelles relations de travail avec d'anciens collègues et supérieurs. Appuyée par les équipes de GAP-VIES et de la clinique médicale l'Actuel, je me suis fortement investie dans les activités du projet et l'actuelle évaluation. J'ai une part égale de responsabilité dans les succès attribuables au projet mais également dans ses ratées. Pour pallier à certains écueils liés notamment à la représentativité des données présentées, chacun des répondants a été invité à relire la transcription de l'entrevue qu'il ou elle a accordé et les directions générales des deux structures partenaires ont également reçu les résultats des analyses afin de pouvoir les commenter.

Cette évaluation ne s'est pas fait sans heurts. Certains des constats ont touché mes sensibilités. Ceci étant, revisiter le projet à travers une démarche plus formelle et à la lumière du cadre conceptuel retenu a permis de mettre de l'avant de nouvelles perspectives notamment en ce qui concerne la clinique médicale l'Actuel. De par mon passage à GAP-VIES et les liens que j'entretiens avec l'organisme, j'ai une bonne maîtrise de leurs perspectives quant au projet. Par contre, le processus d'évaluation m'a permis de mieux comprendre les décisions et les actions de la clinique et ultimement de pouvoir rendre une perspective plus globale et nuancée du projet.

Finalement, de façon plus personnelle, je suis femme, d'origine ethnique mixte (québécoise et antillaise) et mon conjoint est un homme d'origine africaine. La question du VIH au sein des communautés caribéennes et africaines me touche personnellement et professionnellement. Ce processus d'évaluation m'a également amenée à évaluer ma pratique en coordination et gestion de projets. Mon investissement auprès de ma (mes) communauté(s) demeure tout entier. J'ai depuis collaboré à d'autres campagnes faisant la promotion du dépistage auprès de ces même communautés de même que sur des projets plus larges visant la mobilisation des communautés caribéennes et africaines de Montréal autour des questions

liées au VIH. Ceci étant, bien que les statistiques demeurent préoccupantes, la mobilisation demeure difficile et ce sera sans nul doute un travail de longue haleine.

### **Limites de la présente étude**

Cette étude présente un certain nombre de limites. Premièrement, le temps écoulé entre la fin du projet et la tenue des entrevues est assez long soit près de deux ans. Les personnes rencontrées ont admis avoir oublié certains détails du projet et les détails rapportés n'étaient pas toujours aussi précis que souhaités. Ceci étant, le journal de bord professionnel de même que les courriels échangés lors du projet ont permis de maintenir la chronologie des événements. La perspective de la compagnie pharmaceutique n'est pas présentée de même que les perspectives d'autres employés. Une meilleure représentativité des parties prenantes aurait permis de dresser un portrait plus complet du processus d'implantation du projet.

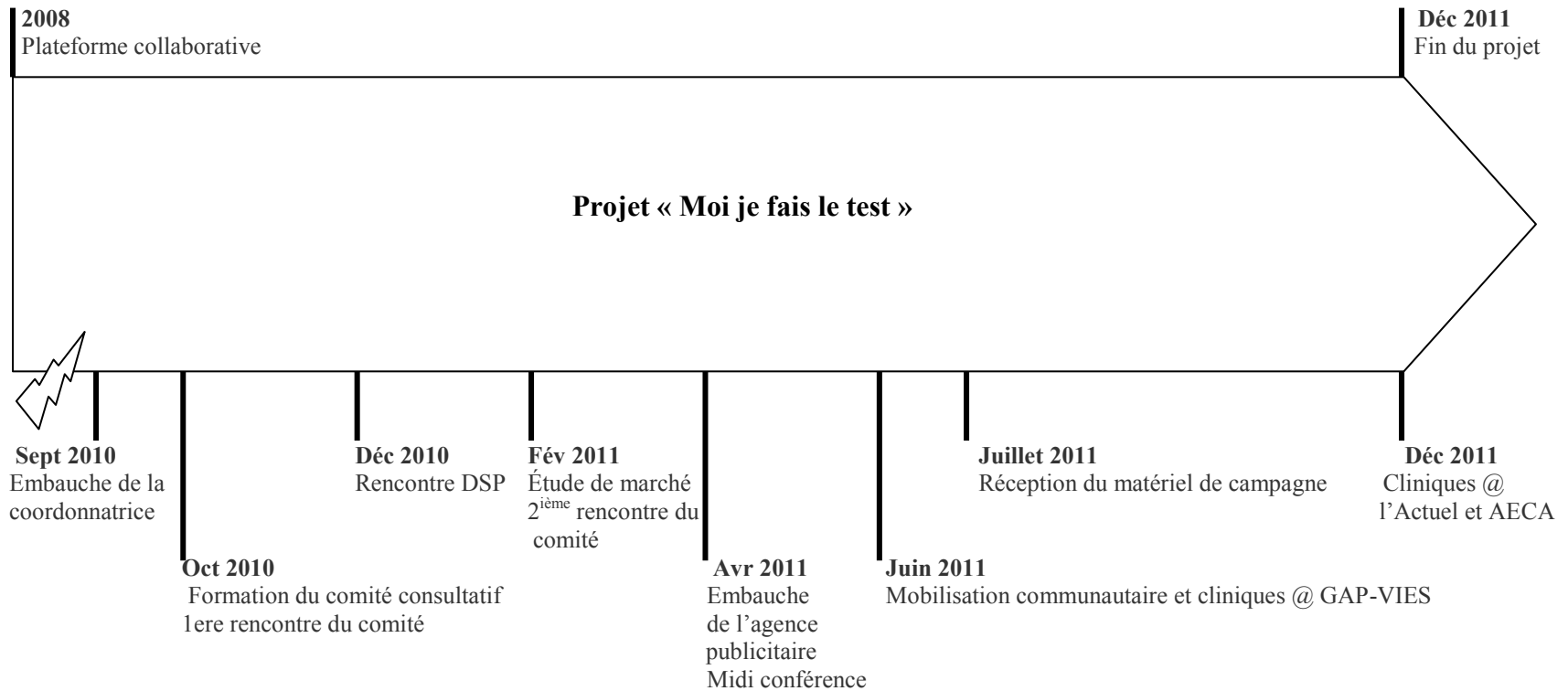
Dans un deuxième temps, l'objectif même de l'étude, soit évaluer l'implantation du projet est en quelque sorte réducteur. L'évaluation porte sur projet spécifique, auprès de populations tout aussi spécifiques (caribéennes et africaines) et ce, dans un contexte particulier (la ville de Montréal). Compte tenu la méthodologie employée, soit l'étude de cas, les conclusions apportées se limitent au contexte d'évaluation et ne doivent être interprétées qu'en lien avec ce contexte particulier; bien que possible, la généralisation des constats et des résultats de cette évaluation à d'autres contextes doit être effectuée avec prudence.

Finalement, les données disponibles ne permettent pas de mesurer l'efficacité de l'implantation; elles donnent cependant au lecteur la possibilité d'en apprécier le processus.

## **Chapitre 6 : Présentation des résultats**



## Figure 2 : Ligne du temps



Ce chapitre présente une description des données colligées lors de l'évaluation. Ces données proviennent des archives du projet et des entretiens. Celles-ci sont présentées selon les phases clés du projet, regroupées selon la présentation en cadre logique (voir Tableaux 2 et 3).

### **Genèse du projet « Moi je fais le test »**

L'idée de base du projet provient d'un constat terrain informé par la littérature ambiante. Dans le cadre de sa pratique médicale, le Dr Nguyen constatait qu'un nombre important de patients originaires de pays où le VIH est endémique étaient diagnostiqués à un stade avancé de l'infection. En vue des données épidémiologiques disponibles, jumelées à ce que le Dr Nguyen constatait dans le cadre de sa pratique, il se dégageait un sentiment de difficulté d'accès au conseil et au dépistage du VIH. Ainsi, au sujet de la problématique spécifique rencontrée par ces communautés, un membre de l'équipe indique :

« Je pense aussi qu'une des raisons c'est qu'on trouvait qu'il y avait un problème d'accès au test de dépistage en particulier pour ces populations-là. On avait de la difficulté à rendre ça accessible. Les gens ne se faisaient pas dépister facilement. C'était compliqué »

Et des données épidémiologiques disponibles :

« Ce qu'on sait c'est que les communautés ethnoculturelles qui proviennent de pays où le VIH est endémique, elles représentent une faible proportion, ben une certaine proportion on va dire le 2% qu'on connaît de la société québécoise d'ici... cependant dans le cadre des cas d'infections au VIH elles représentent quand même un gros 16%...Parce qu'il y a une disproportion entre on va dire l'importance démographique de ces communautés au sein de la population générale versus leur représentativité au sein de la cohorte de personnes vivant avec le VIH »

### *Plateforme collaborative*

Une tentative de collaboration entre chercheurs, acteurs communautaires et cliniciens canadiens prend forme en 2008. Cette initiative regroupait des acteurs de la prévention, de la prise en charge médicale de populations vulnérables dans les pays où le VIH est endémique ou auprès de migrants originaires de ces pays vivant au Canada. Des acteurs de trois grandes villes canadiennes (Montréal, Toronto et Ottawa) étaient mobilisés autour de ce projet. L'objectif était de mettre sur pied une plateforme permettant de produire et transférer les connaissances acquises dans la lutte mondiale contre le VIH; spécifiquement ce qui concerne l'accès et l'optimisation du traitement. Dès cette époque, la clinique médicale l'Actuel et GAP-VIES collaborent à ce projet. À ce sujet, un membre de l'équipe s'exprimant sur les débuts du projet explique :

« Les premières tractations...C'était assez long...je crois que le premier c'était l'Actuel qui est venu nous voir et notamment Vinh-Kim avec qui on a échangé pas mal. On a participé à une rencontre à Toronto avec d'autres partenaires et tranquillement le projet a pris forme »

### *Demande de financement*

Début 2010, la clinique médicale l'Actuel sous le leadership du Dr Nguyen, soumet et reçoit l'approbation d'une demande de financement déposée auprès d'une compagnie pharmaceutique. La clinique médicale l'Actuel est gestionnaire du financement et travaillera en collaboration avec GAP-VIES comme partenaire terrain. La pertinence de ce partenariat est reconnue de part et d'autres. Ainsi, deux membres de l'équipe disent au sujet de l'expertise terrain de GAP-VIES : « *Pour ce projet, GAP-VIES est un acteur idéal* »

Et aussi :

« La clinique médicale l'Actuel bon c'était l'idéatrice du projet et elle a voulu avoir un partenariat terrain avec un organisme qu'ils jugeaient compétent pour mobiliser la clientèle qu'on ciblait donc les personnes issues des communautés ethnoculturelles et provenant de pays où le VIH est endémique »

Et de la notoriété et du savoir-faire de la clinique médicale l'Actuel : « *donc quand l'Actuel est venue, vu la réputation de l'Actuel avec un médecin et une infirmière, vu les ressources qui étaient mis...ça c'est l'occasion qu'il ne faut pas rater* ». La pertinence du projet pour ses partenaires est par contre est plus nuancée. À ce sujet, un membre de l'équipe indique que les communautés visées ne font pas partie de « *la clientèle classique de l'Actuel* » surtout dans un contexte où cette dernière mène plusieurs projets de front. Plusieurs dénotent toutefois que la clinique médicale l'Actuel désirait « *s'ouvrir à de nouvelles clientèles* ». Par contre, en ce qui concerne GAP-VIES, ce projet rejoignait directement non seulement les communautés ciblées par l'organisme mais répondait également à une priorité organisationnelle :

« En fait avec les expériences de terrain ...chaque fois qu'on devait...c'est ce bras qui manquait aux activités de GAP-VIES. On faisait des activités de proximité mais quand il s'agissait de faire le test de dépistage...tu n'avais pas de partenaire, tu n'avais pas un endroit, c'était un petit peu compliqué de référer »

#### *Élaboration du projet*

Le projet a été rédigé et déposé par la clinique médicale l'Actuel. Le projet est inspiré des échanges et des réflexions que le Dr Nguyen a eu avec GAP-VIES. Bien que ceux-ci n'aient pas été consultés lors du dépôt initial, un membre de l'équipe dénote toutefois une plus grande collaboration avec la clinique médicale l'Actuel lors de l'implantation des activités du projet : « *une fois le projet accepté, au niveau des activités, au niveau...on a pu discuter pour faire la démarche sur le terrain* ». Les données colligées ne permettent pas d'établir si le projet a été développé sur des bases théoriques précises. Toutefois, les données disponibles et présentées dans la revue de la littérature soutiennent le bien-fondé ainsi que la pertinence de cibler les communautés caribéennes et africaines de même que de chercher à augmenter l'accessibilité au conseil et dépistage du VIH.

#### *Expériences antérieures en matière de campagne de conseil et de dépistage du VIH*

La clinique médicale l'Actuel avait déjà mis sur pied une campagne faisant la promotion du conseil et dépistage du VIH. La campagne « Fais-toi tester », ciblant les

HARSAH avait connu un vif succès. GAP-VIES, quant à lui, avait également des expériences de mises en œuvre de campagnes de dépistage communautaires avec différents partenaires qui s'étaient soldées de manière plus ou moins satisfaisante pour l'organisme. L'évaluation permet alors de constater que les deux structures partenaires n'avaient pas les mêmes visées quant aux objectifs à atteindre, notamment en ce qui concerne l'affluence des patients lors des cliniques. À cet effet, certains soulignent :

« Les médecins ont trouvé le projet intéressant mais ne re-participeraient pas... Ceux non impliqués dans la genèse (trouvent) peu pertinent de participer... (surtout qu'on n'a pas rejoint la clientèle cible) et que certains jours, il y avait très peu de patients »

« On a trouvé aussi, nous on trouvait les résultats appréciables mais pour les médecins, c'était jamais assez... sans qu'ils tiennent compte du contexte dans laquelle la clinique a commencé et des efforts qui étaient déployés pour cette clinique. C'était jamais assez mais du jour au lendemain, ils s'attendaient à plein de personnes »

## **Contexte d'implantation du projet**

### *Recension des écrits et formation du comité consultatif*

En septembre 2010, l'étudiante-chercheuse, Mme Némouthé est embauchée comme coordonnatrice de projet. Dans un premier temps, elle prend connaissance des différents éléments du projet et établit des contacts avec le bailleur de fonds. Afin de mieux cerner les réalités des personnes issues de pays où le VIH est endémique, quand à l'accès au conseil et dépistage du VIH, la coordonnatrice effectue également une recherche documentaire afin de dégager certaines pistes de réflexions. Elle rencontre aussi des informateurs clés - professionnels du milieu de la santé à Montréal qui ont une expertise spécifique auprès des communautés originaires de pays où le VIH est endémique et/ou expérience en prévention du VIH.

La nécessité de former un comité consultatif s'impose rapidement. Il sera formé en octobre 2010, animé par Mme Némouthé et composé de représentants de GAP-VIES et de la clinique médicale l'Actuel. Dû à la charge de travail de ses membres, le comité a réussi à se réunir de façon formelle à deux reprises. Des rencontres en petits groupes et des consultations

par courriel et par téléphone ont eu lieu de façon plus fréquente. Au sujet des rencontres, un membre de l'équipe dit :

« J'ai participé à des rencontres, rencontres de planification, à un ou deux focus groupes, avec l'agence de communication aussi... Au niveau opérationnel aussi on était consultés, non seulement par des réunions pratico-pratiques mais des échanges aussi avec la coordonnatrice du projet - par des échanges téléphoniques ou on se rencontre de temps en temps...»

#### *Définition des communautés ciblées*

A l'origine, le projet ciblait l'ensemble des communautés caribéennes et africaines de Montréal. Cependant, suite à une rencontre avec la Direction de la santé publique de Montréal (DSP) qui développait à la même époque une enquête de surveillance de deuxième génération auprès des mêmes communautés, il a été proposé que le projet cible uniquement la communauté haïtienne ainsi que les communautés LGBT caribéennes et africaines. Cette proposition a été mise de l'avant dans le but d'éviter la confusion entre les deux projets et éviter de déborder les organismes ciblés dans les démarches de l'enquête. Après plusieurs échanges, cette proposition a été acceptée en janvier 2011.

#### *Partenariat tripartite*

La compagnie pharmaceutique a eu une implication active dans l'implantation du projet. Bien que celle-ci n'ait pas nécessairement participé à la gestion quotidienne des activités, ses représentants ont participé à plusieurs phases consultatives de celui-ci. Leur intervention dans certaines périodes clés a eu des répercussions sur le déroulement du projet. Au vu des résultats de l'étude de marché, « *Attitudes envers le test de dépistage du VIH* » réalisée par Michelle Massie Marketing, le comité de pilotage avait décidé d'opter pour une promotion différente de la proposition à gros déploiement suggérée par l'agence publicitaire et privilégier une promotion plus « organique » à travers une campagne largement axée sur le travail de proximité et la promotion de celle-ci à travers les médias communautaires. Cette proposition nécessitait cependant des réaménagements budgétaires, notamment une diminution du budget publicitaire et une augmentation de la part dédiée aux activités de

promotion. La compagnie pharmaceutique s'est saisie de cette décision et a fait pression pour que le volet campagne publicitaire soit maintenu à la hauteur du budget prévu. Cette opposition a soulevé de nombreux échanges et a occasionné des retards importants. En effet, cette décision a eu un impact significatif, non seulement sur le calendrier de réalisation mais également sur la mécanique de déploiement de la campagne qui, faute de pouvoir assurer une diffusion radiophonique et le soutien de leaders communautaires pour accompagner la promotion des activités, a donc reposé entièrement sur l'équipe de GAP-VIES, augmentant leur charge de travail et diminuant leur capacité à mobiliser le nombre de personnes ciblées.

### **Attentes et engagement face au projet**

Les membres de l'équipe rapportent majoritairement une attitude positive face au projet. Des mots et des expressions tels «*accueillants, ouverts, prêts à s'adapter, intéressés, réceptifs*» sont utilisés pour représenter leurs attitudes face au projet. Par contre, ils rapportent également que le projet n'a pas été accueilli avec la même intensité par les deux partenaires. Les entretiens ont révélé que les attentes sont variées et dénotent des attentes personnelles par rapport au projet ainsi que des attentes organisationnelles quant aux retombées potentielles autant pour l'organisme concerné que pour les communautés ciblées.

Pour GAP-VIES, on dénote des éléments se rapportant à la visibilité, à l'augmentation de la fréquentation des services et à la reconnaissance du travail accompli. L'équipe parle aussi de la grande satisfaction de pouvoir être dans l'action - de non seulement faire la promotion du conseil et du dépistage du VIH mais également de pouvoir offrir ce test. En effet, les membres de l'équipe souhaitent ardemment intensifier les efforts de prévention auprès des communautés ciblées ainsi que d'augmenter l'accessibilité au conseil et dépistage du VIH et le traitement, le cas échéant. Ils sont également très satisfaits d'avoir pu offrir ce service au sein même de la communauté.

« Accessibilité, dépistage accru et de bonne qualité. Le fait d'offrir le test rapide ça c'était extraordinaire. On était à la fine pointe de la technologie avec le test rapide »

De son côté, la clinique médicale l'Actuel était désireuse de faire connaître ses services et de diversifier sa clientèle en rejoignant de nouveaux patients. Ce n'est pas une clinique « *uniquement pour la communauté gaie* » et ce projet permettait de faire rayonner l'offre de services et augmenter la visibilité hors des clientèles « traditionnelles » de la clinique médicale l'Actuel.

En ce qui concerne l'engagement, et ce, pour les deux structures partenaires, il n'est pas surprenant de voir que les employés qui ont répondu à l'appel et qui se sont engagés dans la démarche étaient fortement motivés et interpellés par la question de l'accessibilité au dépistage pour les personnes originaires de pays où le VIH est endémique. Ce projet était donc perçu comme :

« L'occasion de faire le dépistage, d'offrir le test de dépistage à toute personne qui prend un risque. On sentait aussi qu'on était, du point de vue académique, on était entrain de concrétiser une nouvelle approche. Les tests de dépistage là ça fait partie de la prévention »

« Moi je mettais toute mon énergie à vraiment mobiliser un maximum de personnes pour qu'ils profitent et qu'ils aient accès aux services offerts par la clinique et par GAP-VIES »

### **Participation et soutien**

De part et d'autre, les organismes partenaires du projet ont encouragé et soutenu la participation des employés et ce, avec les mesures préconisée par chaque milieu. Les membres de l'équipe et ce, pour les deux partenaires, se sont sentis soutenus autant par leurs directions respectives que par la coordonnatrice de projet et se sont sentis aptes à mener le projet. Ainsi à GAP-VIES, l'ensemble de l'équipe a participé au projet et à cette fin, l'équipe au complet été rencontrée par le directeur général pour la présentation du projet. Celui-ci a également effectué des rencontres individuelles. L'implication de l'équipe de GAP-VIES a été complète allant de la participation au comité consultatif, aux événements rassembleurs ainsi qu'au maintien d'une permanence d'un membre de l'équipe lors des activités de la clinique de dépistage. L'intensité de la participation variait selon le mandat de



chacun mais il importe tout de même de noter que l'ensemble de l'équipe a été mobilisée sur le projet :

« Je crois que chez nous ceux qui ont moins participé ont participé quand même parce que tout le monde a eu une formation sur je dirais l'accueil téléphonique quand quelqu'un appelle pour un rendez-vous, donc que ce soit des bénévoles... quand quelqu'un appelle n'importe qui est capable de répondre et de poser les questions de bases pour donner un rendez-vous. A ce niveau-là, ils ont participé. Dans d'autres cas, d'autres personnes ont participé par rapport à leur mission »

Compte tenu que la période estivale est traditionnellement une période intense en activités, surtout les fins de semaine, la reprise de temps est la stratégie préconisée par la direction générale de GAP-VIES. Un employé qui travaille un certain nombre d'heures la fin de semaine peut ainsi s'absenter un nombre équivalent d'heures pendant la semaine. Cette possibilité est appréciée par l'ensemble des employés bien qu'elle ait tout de même un coût :

« Oui mais même quand tu reprends le temps, c'est bien beau reprendre le temps, mais tu dois mettre des choses de côté et y'a des choses qui doivent être faites quand même »

Les bénévoles ayant appuyés les activités de mobilisation communautaires ont également reçu des mesures de compensation pour encourager et soutenir leur participation.

Du côté de la clinique médicale l'Actuel, le projet a mobilisé l'ensemble de la structure administrative de la clinique et a plus précisément impliqué les médecins et le personnel infirmier intéressés et préoccupés par la situation des personnes originaires des pays où le VIH est endémique. Ainsi, les médecins ayant une proportion assez importante de patients originaires de ces pays et/ou ceux qui ont une expertise de travail internationale se sont davantage portés volontaires que leurs confrères et consœurs. Malgré les difficultés rencontrées, un membre de l'équipe salue l'implication des médecins qui sont venus épauler la clinique :

« En dépit du fait que j'ai dit qu'il y a eu un peu des ratées, c'était tous des militants, des personnes de cœur qui n'étaient pas là juste pour un acte médical, c'était des personnes sensibles qui avaient une compréhension de la problématique, une compréhension humaine de la réalité. Donc ça, ç'a ma beaucoup réconforté »

La clinique médicale l'Actuel a préconisé des mesures de compensation financière pour soutenir le travail des médecins et a également dégagé du temps pour que les infirmières puissent assurer leur présence aux heures de cliniques. Bien qu'une variété de mesures aient été mises en place pour faciliter l'implication et la participation des employés, l'évaluation permet de révéler des obstacles à la participation qui n'ont pas toujours pu être réglés. Bien qu'en adéquation avec des bonnes pratiques dans le milieu, le fait que les cliniques aient eu lieu hors du lieu de travail des médecins et qui plus est, hors des heures régulières de travail pour certains, a certainement nuit à l'implication d'un plus grand nombre de médecins. Il importe également de noter que la clinique médicale l'Actuel est impliquée dans de nombreux projets de recherche et que les médecins sont déjà largement sollicités et impliqués dans ceux-ci :

« Le projet était perçu comme une seconde charge de travail. Certains médecins ont déjà des suivis cliniques lourds et ce projet en rajoutait. Si la clinique s'était déroulée à l'Actuel, les médecins auraient probablement trouvé moyen de débloquer l'heure. »

### **Intrants nécessaires**

Dans le contexte de la présente l'évaluation, l'étudiante-chercheuse n'a pas obtenu l'autorisation de présenter le montage financier du projet. La section suivante portera donc sur les expériences des membres de l'équipe et leurs perceptions quant aux ressources nécessaires à l'élaboration et au déploiement d'un projet de nature similaire. Tout d'abord, un membre de l'équipe indique qu'il faut établir une « *meilleure évaluation de ce que le projet implique* », d'autant plus que, et ce point est apporté par un autre membre, que les ressources nécessaires à un projet sont « *souvent souvent sous-estimées* ».

### *Ressources financières*

Plusieurs types de ressources nécessaires sont identifiés pour soutenir la réalisation d'un projet de promotion et d'offre du conseil et dépistage du VIH. En premier lieu, au niveau des ressources financières, les membres de l'équipe soulignent l'importance de prévoir une enveloppe budgétaire compréhensive qui prend en compte toute la complexité des activités à développer et à mener et ce, autant pour le partenaire médical que pour le partenaire communautaire et de façon plus importante, de prévoir un budget plus réaliste quant à la durée du projet. À cet effet, un membre indique : « *Pour créer une habitude de dépistage (faut plus de 3 à 6 mois). 1 à 3 ans donc budget conséquent* »

Les membres soulignent que le budget doit prévoir une certaine flexibilité pour les « réalités du terrain ». En effet, un projet de cette nature doit prévoir un poste « dépenses médiatiques » qui soutient le travail de proximité (frais d'entrée aux sites, frais de location d'un kiosque, stationnement, dédommagement des bénévoles, etc.) Le projet évalué offre certains exemples précis au sujet des dépenses à prévoir pour la promotion de la campagne dans les médias communautaires et les frais associés à la participation aux activités de promotion :

« On a les émissions de radio, on peut mettre plusieurs annonces, faire passer des spots qui sont payants, parce que faut les payer les médias électroniques. Y'a plusieurs commerces- les salons de coiffure, les casse-croutes qui disposent d'écrans électroniques où on peut faire la promotion parce que ce sont des écrans. »

### *Ressources humaines*

Plusieurs soulignent la pertinence du poste de coordination qui a assuré le lien entre les partenaires mais qui avait également comme mandat unique la coordination de la campagne de dépistage. Cette personne se devait de travailler en collaboration avec un comité consultatif. Dans le cadre de ce projet, il est également souligné qu'il aurait fallu embaucher unE intervenantE dédiéE à la campagne. Cette personne aurait pu appuyer la coordonnatrice et gérer la campagne de mobilisation communautaire :

« Un seul intervenant pour cette clinique pour que ce ne soit pas tous les employés de GAP-VIES qui s'en occupe. GAP-VIES n'a jamais pu donner suite. Ça, la personne que GAP-VIES se proposait d'engager c'est quelqu'un qui connaît le milieu, qui peut ratisser le milieu et qui peut nous amener des personnes là que nous recherchons »

Les membres de l'équipe soulignent également la plus-value de travailler avec des agents multiplicateurs qui connaissent bien le terrain et ses réalités. Il faut cependant soutenir leur travail et leur fournir le matériel nécessaire : *« y'a des jeunes, des agents multiplicateurs si on peut les engager- ne serait-ce qu'une petite paie là, y'a pleins de personnes qui sont disposées à nous aider »*.

Les membres préconisent également une meilleure utilisation des ressources humaines dont le projet dispose déjà :

« Par exemple, ici nous à GAP-VIES, les intervenants, nous avons fait du counselling dans pleins d'interventions, mais si par exemple on implante une clinique de dépistage avec un partenaire x ou y on n'a qu'à statuer sur les modalités de counselling à faire pis le partenaire x ou y n'aurait pas à déléguer une personne juste pour faire du counselling parce que les intervenants de GAP-VIES sont compétents, tu vois, pour le faire et ce serait... je te dirais là, ce serait plus de valoriser le travail de GAP-VIES parce que à un certain moment de la durée, quand la clinique l'Actuel avait commencé c'est comme si on faisait juste l'accueil »

Plusieurs membres de l'équipe et ce, au sein des deux structures, soulignent que la campagne aurait très bien pu se déployer uniquement avec des infirmières. On reconnaît toutefois que la présence du médecin est toujours un « plus », particulièrement auprès des communautés ciblées par le projet :

« Tu sais moi j'ai reçu des appels. « Vous avez un médecin, on pourra lui parler? C'est un plus énorme. Tu sais un médecin, il n'est pas facile d'accès, on le voit pas souvent. Qu'ils voient un médecin là, live devant eux, c'était un gros facilitateur. Tu vois? Pour la clientèle c'était vraiment ça l'accès aux soins,

l'accès aux professionnels de la santé, l'accès aux traitements et surtout l'accès au test rapide... »

### *Ressources matérielles et logistiques*

En terme de ressources matérielles, différents membres de l'équipe soulignent qu'il faut également prévoir un local adéquat et les dépenses s'y rattachant ainsi que tout le matériel administratif ainsi que le matériel clinique tels le nécessaire pour effectuer les prélèvements et les tests rapides de dépistage du VIH.

### **Activités**

Il importe de rappeler que les entrevues ont eu lieu près de deux ans après la fin du projet. Bien que les participants aient acceptés d'être rencontrés, la plupart ont souligné que les détails même du projet n'étaient pas très frais à leur mémoire. Ainsi, les informations liées au contexte d'implantation ainsi que les modifications apportées au projet ne sont pas très précises. Un membre de l'équipe souligne qu'il a fallu apporter quelques changements mais que cela fait partie intégrante de tout début de projet : « *on a tâtonné un peu et après c'est parti* ». Le départ du Dr Nguyen, instigateur du projet, à cette même période a également créé une période d'incertitude et de perte de repères au sein de la coordination du projet.

Par contre, par rapport aux modifications apportés à la planification initiale, un autre à un point de vue plus marqué :

« Les échéanciers n'ont pas été respectés. Si on a une agence de publicité, y'aurait dû avoir une meilleure planification du démarrage de cette clinique. Fait de but en blanc...ça a pris du temps. Y'a peut-être des problèmes que c'est la direction qui s'en souvient...Tel que planifié? Je ne sais pas. Je n'ai pas l'impression que ça a... »

## **1<sup>er</sup> niveau d'activité : Augmenter la demande à travers le déploiement d'une campagne de sensibilisation et mobilisation communautaire**

### *Étude de marché*

Une étude de marché a été réalisée par une agence spécialisée avec laquelle la clinique médicale l'Actuel avait déjà collaboré sur une campagne antérieure. L'expérience ayant été positive de part et d'autre, un nouveau mandat a été offert à cette agence. Le comité consultatif a pris part aux échanges sur le devis de l'étude, la méthodologie de recrutement et le calendrier de réalisation. Les entrevues se sont déroulées en février 2011. Le recrutement pour cette activité a été ardu. En effet, bon nombre de personnes contactées ont refusé de participer aux entretiens vu la nature du sujet. Au total, 13 individus issus des communautés caribéennes et africaines ont participé. Certains des répondants étaient des PVVIH. Les résultats de cette étude ont ensuite été présentés aux représentants de la compagnie pharmaceutique ainsi qu'aux représentants de la clinique médicale l'Actuel et de GAP-VIES. Les résultats ont également été transmis à l'agence responsable du développement de la campagne médiatique. L'utilité et la validité de cette démarche n'a pas fait consensus auprès des représentants des deux structures partenaires. Selon un des membres de l'équipe, l'étude a généré des « *résultats non représentatifs, difficiles à interpréter et donc pas vraiment utiles* ». Selon un autre, l'étude a permis de confirmer « *ce que l'on savait déjà* ».

### *Identification d'une agence de publicité et développement de la campagne*

L'identification d'une agence a fait l'objet d'une multitude d'échanges entre les différents acteurs du projet. Plusieurs agences ont été contactées et une première agence a été retenue. Cependant, suite à une rencontre du comité consultatif et à la lumière des résultats de l'étude de marché,<sup>8</sup> il a été convenu que l'équipe de travail maîtrisait bien les enjeux et que l'expertise de mobilisation communautaire de GAP-VIES permettait de dégager les axes de communications ainsi que les canaux à privilégier. Le comité, appuyé par les directions des deux structures partenaires a décidé en février 2011 d'aller de l'avant sans agence publicitaire.

---

<sup>8</sup> Un des résultats clés de l'étude de marché, soit le fait que les répondants identifient la radio, les organismes communautaires ainsi que les églises comme canaux de diffusion de l'information, a amené le comité à penser qu'une approche de diffusion communautaire pourrait fonctionner.

Cependant, au terme d'échanges entre la clinique médicale l'Actuel et la compagnie pharmaceutique, une nouvelle agence est introduite au projet. Une première rencontre avec celle-ci a lieu en avril 2011 et une nouvelle proposition de campagne publicitaire est présentée à la clinique médicale l'Actuel ainsi qu'à la compagnie pharmaceutique en mai. L'agence a effectué quelques rencontres d'échanges et de consultation auprès de GAP-VIES. Leur proposition finale est largement inspirée de campagnes réalisées à Boston auprès de la communauté haïtienne et au Brésil. L'agence publicitaire s'est avérée peu réceptive aux suggestions et réserves émises par le comité et c'est avec une certaine réserve que la proposition finale de l'agence a été adoptée. La formule d'un blitz estival est alors retenue par le comité consultatif. Compte tenu que GAP-VIES assurait l'axe de mobilisation communautaire, le comité a choisi d'axer la période de mobilisation à l'été selon le calendrier récurrent de l'organisme. Il était également espéré que cette stratégie permettrait de rejoindre un maximum de personnes sur une période bien définie et ce, avec une équipe réduite. Le matériel promotionnel de la campagne a été mis à la disposition de GAP-VIES à la fin du mois de juillet et développé principalement pour soutenir la promotion des cliniques de dépistage dans l'organisme.

Bien que GAP-VIES ait été consulté à certaines étapes du développement de la campagne, l'équipe a ressenti certains manquements à ce niveau. À ce titre, il est dit :

« Moi je me demande la pertinence de travailler avec une agence? Tu sais une agence de publicité...Dans le sens...oui c'est bien ils maitrisent la communication, ils parlent bien mais dans le message y'a des choses que, nous, d'un point de vue publicitaire ça va, d'un point de vue santé publique, prévention...Sensibilité qu'une agence ne va pas avoir. Je ne veux pas dire qu'il ne devait pas y avoir une agence mais une collaboration plus poussée avec une agence et GAP-VIES »

« Même je n'ai pas senti une collaboration franche et entière quand l'agence de pub était venue. On sentait qu'il y avait un petit froid entre ce qu'ils voulaient vraiment... Tu vois? Mais on ne sentait pas...on n'était pas à l'aise. Est-ce qu'on devait s'ouvrir quand même et ensuite se faire tasser par la suite »

Les membres de l'équipe dénotent également des insatisfactions par rapport aux coûts que cette campagne a engendrés et sur certains des éléments promotionnels proposés : « *On aurait pu faire de la sensibilisation à moindre frais et l'argent qui a été dépensé aurait pu bonifier les activités de sensibilisation ou les cliniques mobiles* ». Aussi, dans le cadre de la campagne, l'agence publicitaire a développé des petites pochettes de carton jaune (les *matchbooks*). Ceux-ci devaient être remplis par toutes les personnes qui viendraient aux cliniques. Au terme de la campagne, deux IPAD devaient être tirés parmi les personnes ayant rempli le bon de participation se trouvant à l'intérieur des pochettes jaunes. Ces petits cartons ont soulevé bien des critiques : ils ont été dispendieux à produire et très peu pratiques à utiliser :

« Et c'est difficile à gérer aussi quand tu vas dans des événements où il y a des milliers de personnes pis que tu as un code, pis ta carte, pis tu dois appeler tout le monde pour des résultats, prendre des numéros de téléphone, etc. « oui vous avez été... »... franchement c'est un casse-tête »

De plus, certains participants pensent que ces cartons jurent avec la démarche de promotion de la santé promue par les différents milieux :

« C'est quand même important, si on parle de marketing social, c'est quand même la place pour le dire aussi, que c'est important de sensibiliser, de responsabiliser les gens face à leur santé sexuelle. Et y'a rien qui dit que c'est parce qu'on offre un IPAD à ces personnes, qu'elles sont sensibilisées ou qu'elles vont avoir une responsabilité à leur santé sexuelle. OK. Ce qui était quand même intéressant c'est qu'on avait pu transmettre ce message pendant des années et les gens étaient arrivés à un point où ils voulaient se faire dépister. Donc l'idée c'était pas « ah oui si tu vas te faire dépister je vais te donner un cadeau » on était arrivé à un point où « oui je veux me faire dépister mais je n'ai nulle part où aller ». Ben tant mieux, tu comprends? »

### *Mobilisation communautaire*

La mobilisation communautaire a commencé avant la réception du matériel. En effet, des « dépliant maison » ont été distribués dès le mois de juin dans les activités menées par



GAP-VIES de même que dans les commerces et organismes desservant les populations ciblées par le projet : marchés créoles, restaurants casse-croute, coiffeurs, garages de même qu'aux sessions d'information et kiosques réalisés par GAP-VIES et ses bénévoles. L'information au sujet de la campagne a également été transmise sur la liste de distribution de l'organisme. Cette liste compte des structures institutionnelles, des organismes communautaires ainsi que des sites web ou listes de distribution. Une équipe d'agents multiplicateurs a également participé aux événements rassembleurs de l'été. Le nombre de personnes présentes a varié mais pour l'ensemble des activités, des bénévoles, des intervenants de GAP-VIES ainsi que la coordonnatrice du projet ont animé des kiosques à certains événements culturels, sportifs et religieux qui se sont déroulés au sein des communautés ciblées. Au total, l'équipe d'agents multiplicateurs a été présente à 13 événements. Ceux-ci ont majoritairement pris place entre le 26 juin et le 24 septembre 2011. L'on évalue le nombre de personnes participant à ces événements à environ 40 000. Des activités de mobilisation communautaire ont également été réalisées en collaboration avec l'organisme Arc en Ciel d'Afrique.<sup>9</sup> De celles-ci on peut notamment retenir la clinique de dépistage offerte lors d'une conférence portant sur le VIH/sida en décembre 2011.

### **Radio et listes de diffusions**

La campagne a été présentée, de façon ponctuelle, dans certaines émissions de radio communautaires qui rejoignent spécifiquement la communauté haïtienne. Les informations portant sur la clinique ont également été disponibles sur différents sites web et diffusées sur les listes de GAP-VIES et d'Arc en Ciel d'Afrique. La diffusion de l'information s'est faite en totalité par l'intermédiaire de médias communautaires d'intérêts pour les communautés ciblées :

« Ce type de medium là arrive à rejoindre plus facilement... Ce sont des medias qui traitent de culture, cultures africaines, culture haïtienne, de politique, politique africaine, politique haïtienne, les gens intéressés vont consulter ces medias là, d'une part pour avoir des nouvelles de leur pays, mais pour savoir aussi ce qui se passe comme activités culturelles dans leurs communautés »

---

<sup>9</sup> Arc en Ciel d'Afrique est un organisme dont la mission est de promouvoir et défendre les droits, le bien-être et la santé des LGBT de la diaspora africaine et caribéenne, de leurs familles et de leurs amis à l'échelle québécoise.

## **2<sup>ème</sup> niveau d'activités : Augmenter l'offre à travers la mise en place d'un corridor de services**

À l'origine, le projet prévoyait que GAP-VIES réaliserait la campagne ainsi que la mobilisation communautaire et que les personnes seraient référées à la clinique médicale l'Actuel pour le conseil et test de dépistage du VIH. Cependant des questions entourant la perception de la communauté face à la clinique ainsi que des questions d'accessibilité et de logistique interne ont amené le comité à se demander si une formule « hybride » ne serait pas aussi efficace. La littérature consultée soulevaient également la pertinence de délocaliser le dépistage et d'enlever le plus de barrières possibles (distance, offre du service hors du contexte médical et « plus près de la communauté », gratuité, possibilité de se présenter sans rendez-vous, offre de dépistage ITSS et pas uniquement VIH, etc.). Compte tenu ces éléments, la proposition de réaliser le dépistage à l'Actuel ainsi qu'à GAP-VIES semblait porteuse. Cette proposition soulevait cependant des enjeux spécifiques, notamment des défis financiers, administratifs et éthiques importants. Afin de matérialiser cette idée, des échanges ont eu lieu à tous les niveaux du projet, impliquant aussi bien les directions des deux structures, l'administration de la clinique médicale l'Actuel de même que le laboratoire (au sujet du transport et de l'identification des spécimens).

« Malgré les doutes de l'administration, les réticences, c'est un meilleur mot...ben en fait c'était des réticences qui étaient fondées aussi, c'était des choses qu'il fallait qu'on fasse, c'était pas des choses farfelues »

### *Cliniques mobiles de conseil et de dépistage du VIH*

Des cliniques hebdomadaires avec ou sans rendez-vous composées d'une dyade médecin-infirmière, se sont déroulées du mardi 21 juin au mardi 6 décembre 2011 en fin d'après-midi/début de soirée. Les cliniques se sont majoritairement déroulées dans les locaux de GAP-VIES. Le Dr Nguyen a également tenu 4 cliniques à la clinique médicale l'Actuel ainsi qu'à une activité organisée par Arc en Ciel d'Afrique. Il a été estimé qu'entre 12 et 15 patients pouvaient être reçus par clinique et ce, tenant compte de l'équipe disponible lors des différentes cliniques (dyade médecin-infirmière) et le temps alloué à chaque patient. Selon cet estimé, il aurait alors fallu tenir entre 33 et 41 cliniques pour espérer obtenir le résultat

escompté soit 500 tests. Au total, il y a eu 16 cliniques. 147 personnes se sont présentées et se sont fait dépister. Les données du Tableau 1 proviennent des 125 (85%) personnes qui ont rempli et signé le formulaire de consentement.

**Tableau 1: Caractéristiques des participants**

	<b>Total (N=125)</b>	
<b>Âge en années</b>	31 ± 11	
<b>Orientation sexuelle</b>	<b>[n (%)]</b>	
Hétérosexuelle	111	(89)
Homosexuelle	8	(7)
Bisexuelle	4	(4)
<b>État civil</b>		
Célibataire	77	(64)
Conjoints de faits	28	(23)
Marié(e)	10	(8)
Divorcé(e)/ veuf (ve)	6	(5)
<b>Pays de naissance</b>		
Canada (origine haïtienne)	36	(30)
Canada (origine caucasienne)	25	(20)
Haïti	30	(24)
Afrique	14	(11)
Amérique du Sud/Centrale	9	(7)
Maghreb/pays arabes	6	(5)
Europe	3	(2)
Autre (Cuba & Sri Lanka)	2	(1)
<b>Statut migratoire</b>		
Citoyen canadien	90	(73)
Résident permanent	28	(23)
Réfugié	2	(1)
Autre (étudiant, visiteur, permis de travail)	4	(3)
<b>Activité sexuelle (12 derniers mois)</b>	111	(89)
<b>Partenaires sexuels (12 derniers mois)</b>		
Aucun	6	(5)
1 partenaire	35	(30)
2-5 partenaires	62	(53)
6 partenaires ou plus	14	(12)
<b>A reçu un diagnostic positif autre que le VIH</b>	7	(6)
<b>A reçu un diagnostic positif au VIH</b>	0	(0)
<b>Première consultation @ l'Actuel</b>	108	(86)
<b>Utilisateurs de drogues injectables</b>	1	(1)

Adapté de Machouf, Salah et Thomas (2012)

Comme le démontre le tableau précédent, l'objectif de 500 tests n'a pas été atteint. Le projet a cependant réussi à mobiliser une majorité (80 personnes sur 125 ou 64%) de personnes issues des communautés ciblées (québécois d'origine haïtienne, haïtiens et africains). Aucun test positif au VIH n'a été enregistré. Sept personnes ont reçu un diagnostic positif pour une autre ITSS. Ces personnes ont bénéficié du suivi médical approprié à la clinique médicale l'Actuel.

Lors des entretiens, les membres de l'équipe n'avaient pas en mémoire les résultats précis *prévus* (500) et *effectivement réalisés* (147). Deux ans se sont effectivement écoulés depuis la réalisation du projet. Certains se rappelaient cependant que le projet avait réussi à mobiliser des individus non ciblés : « *Le projet a tout de même rejoint une clientèle plus large- pas uniquement des personnes originaires de pays où le VIH est endémique- la cible a été agrandie* ». L'appréciation de ce résultat « non prévu » est par contre plus nuancée. À ce titre, les opinions varient : « *on a réussi parce que les 2/3 de la population qu'on voyait provenaient soit de la Caraïbe (Haïti) soit de l'Afrique subsaharienne et même des magrébins aussi* ». Pour d'autres, le projet a rejoint une : « *clientèle moins à risque qu'on pensait. On a décidé qu'on ne refuserait personne mais pas anticipé qu'il y aurait autant de monde (non population ciblée)* ».

Les partenaires ont également des perceptions différentes à savoir si le projet s'est adressé à la « bonne » cible. La clinique médicale l'Actuel aurait souhaité que la campagne rejoigne uniquement les personnes originaires de pays où le VIH est endémique et que les cliniques de dépistage leur soient uniquement dédiées alors que GAP-VIES a une vision différente :

« Mais il fallait qu'on comprenne que GAP-VIES va dans les bonnes places mais GAP-VIES a une approche inclusive. Donc c'est normal qu'il y ait eu d'autres personnes de d'autres communautés mais si je me rappelle bien il y avait quand même proche de 60% des communautés qu'on visait qui étaient là. ...pour nous c'était un succès... »

Bien que considéré comme un succès par GAP-VIES, le nombre de participants aux différentes cliniques n'a pas été jugé suffisant par certains médecins ce qui a affecté leur motivation à assurer une clinique voire même ouvrir des plages horaires de consultation à la

clinique médicale l'Actuel : « *Il y avait un nombre insuffisant de personnes quand les médecins y allaient. Ils avaient l'impression d'avoir perdu leur temps...* »

Les deux partenaires reconnaissent toutefois l'enjeu important de stigmatisation et l'impact sur la mobilisation :

« Un défi majeur...comment rejoindre ces communautés sans les stigmatiser? Journaux, presse écrite... Il y avait une réelle inquiétude à ce niveau-là. On ne voulait pas que VIH égale Haïtiens. Il y a eu des débats et beaucoup d'échanges, d'idées sur cette question »

À plus long terme, GAP-VIES souhaitait renforcer ses efforts de sensibilisation et augmenter l'acceptabilité sociale des campagnes de conseil et de dépistage du VIH, particulièrement l'acceptabilité par les communautés originaires de pays où le VIH est endémique de campagnes leur étant dédiées. La clinique médicale l'Actuel, pour sa part, souhaitait continuer d'assurer le suivi et la prise en charge médicale des personnes diagnostiquées séropositives au VIH dans le cadre du projet.

### **3<sup>ème</sup> niveau d'activités : Effectuer le transfert des connaissances.**

Un troisième volet du projet comportait un élément spécifique de transfert de connaissances. Il était également prévu la mobilisation des connaissances au sein du projet à travers l'analyse dynamique des questionnaires et réévaluation des activités le cas échéant. Dans un premier temps, il était prévu d'établir le contact avec des cliniciens desservant un bassin significatif de clientèles originaires de pays où le VIH est endémique et de les mobiliser autour du projet. Ceux-ci pourraient référer d'éventuels patients vers la clinique. Une lettre présentant le projet et invitant les médecins à une conférence présentant le projet a été rédigé mais aucune suite n'a été donnée. Il était également initialement prévu que certains médecins de la clinique, membres du comité consultatif, feraient la présentation du projet dans des conférences. Ce volet n'a pas été réalisé. Le projet comportait également une dimension de transfert de connaissances au sein des partenaires du projet. À cette fin, une conférence a eu lieu à la clinique médicale l'Actuel en avril 2011. La coordonnatrice a également présenté le projet lors d'une rencontre organisée par le bailleur de fonds en juin 2011. En collaboration

avec le secteur recherche de la Clinique médicale l'Actuel, un questionnaire pré-test a également été développé. Celui-ci a été administré à l'ensemble des personnes qui ont participé aux cliniques de dépistage.

### **Clôture et évaluation du projet**

À quelques mois de la clôture du projet, compte tenu qu'il semblait impossible d'atteindre les objectifs selon l'échéancier prévu, de nombreux échanges entre les membres du comité ont eu lieu. Il y avait beaucoup d'hésitations quant à la marche à suivre : continuer parce que l'initiative est intéressante, rapatrier la clinique à la clinique médicale l'Actuel, maintenir la formule existante et écouler les tests...Au final, la décision de mettre fin au projet sera prise par la clinique médicale l'Actuel et le projet prendra fin le 31 décembre 2011. Il n'y aura pas de rencontre de fin de projet entre les partenaires ni d'évaluation. Cette fin abrupte a suscité de la déception de part et d'autre. À ce sujet, un membre de l'équipe note :

« On n'a pas eu le temps de faire une bonne évaluation. On n'a pas eu le temps de s'asseoir pour dire qu'est-ce qu'on fait des fruits de cette démarche? Qui je pense est une démarche assez positive...et comment faire en sorte que les résultats de la clinique...Comment on peut nourrir l'action avec les résultats de la clinique? »

### **Obstacles et défis rencontrés**

Outre différents éléments mentionnés ailleurs dans cette section, les participants ont dénoté plusieurs obstacles et défis rencontrés lors de l'élaboration et la mise en œuvre du projet. Certains indiquent qu'une allocation différente des ressources, notamment une diminution des dépenses publicitaires et une augmentation du soutien aux cliniques mobiles ainsi qu'à la mobilisation communautaire aurait peut-être permis de développer une campagne « mieux ciblée » permettant ainsi d'attirer une « clientèle plus nombreuse ». D'autres ont également indiqué que la durée du projet était trop courte pour vraiment permettre à celui-ci de s'implanter : « C'est comme tu plantes une graine pis après une semaine tu veux avoir un arbre. Pis tu l'enlèves parce que ça n'a pas fait un arbre... ». De plus, d'autres soulignent que la formule adoptée, celle d'un blitz, n'était peut-être pas la mieux adaptée; il faut

minimalement « *commencer par un programme de sensibilisation...Plusieurs mois plus tard, on commence les cliniques* ». Afin de respecter l'échéancier imposé par le bailleur de fonds, certains estiment que le projet n'a également pas été réalisé à la meilleure période de l'année :

« On a beaucoup mobilisé l'été – y'a beaucoup de monde mais ce sont des interventions rapides alors que nous notre meilleur moment c'est l'automne/hiver. On rejoint moins de personnes mais là on a l'occasion de passer des messages plus en profondeur »

Certains membres de l'équipe ont également relevé un investissement inéquitable de la part des médecins participants :

« Tous les médecins n'étaient pas au même niveau d'engagement dans cette clinique, OK... Il y avait eu quelques problèmes de disponibilités des médecins. Il y a eu des médecins qui en ont donné plus qu'ils devaient donner aussi donc ça veut dire que c'était, pas équitable »

Ce manque de régularité dans la présence des médecins a occasionné l'annulation de certaines cliniques. De part et d'autre, on dénote également le surplus de travail occasionné par ce type d'initiative ponctuelle: « *La campagne n'est qu'un projet parmi tant d'autres. On en rajoute. On fatigue notre monde* ». En effet, ce type d'initiative mobilise les équipes hors des heures normales de travail, sur du temps donné bénévolement. En ce qui concerne l'équipe de la clinique médicale l'Actuel, compte tenu la taille de l'organisation, la diffusion effective des informations liées à un projet comme celui-ci, initiative ponctuelle qui intéresse une franche précise des employés, représente un défi.

Les membres de l'équipe et ce, au sein des deux organismes partenaires reconnaissent également qu'il n'y a pas eu une optimisation de l'expertise de GAP-VIES :

« Nous avons une expérience de terrain, nous avons quand même lu et relu sur le sujet. Nous connaissons quand même les données du Québec et tout ça. Comme intervenants communautaires disons qu'on n'a pas offert notre plein potentiel. »

Ils soulignent aussi un manque de consultation à certains niveaux ce qui a occasionné une diffusion parfois déficiente des informations liées au projet, des activités et un calendrier de mise en œuvre mal établi ainsi que le développement d'outils non adaptés (comme les cartons jaune et les IPAD). Au sujet de cette initiative en particulier, et du fait de lier la promotion du dépistage du VIH à un tirage, un membre de l'équipe indique : *« Y'a eu de la difficulté à implanter- parce que pour nous, ce n'était pas la réalité montréalaise...OK? Ce n'était pas la réalité montréalaise »*

Le processus d'évaluation a également relevé une liste de propositions et d'idées auxquelles le comité n'a jamais donné suite notamment en ce qui concerne l'embauche d'unE intervenantE dédiéE, la mobilisation et l'implication de structures partenaires externe-médecins référents pour la clinique médicale l'Actuel et implication d'autres organismes communautaires dans la mobilisation pour GAP-VIES. Afin de permettre l'atteinte des objectifs des 500 tests du projet, la nécessité d'augmenter le nombre de plages de consultation à la clinique médicale l'Actuel a également été maintes fois discuté mais le comité ainsi que la direction de la clinique médicale l'Actuel n'ont jamais statué à ce sujet.

### **Solutions identifiées**

Ceci étant, les participants identifient toutefois les solutions envisagées ainsi que celles développées afin de pallier à certains des obstacles et difficultés rencontrés. Ainsi, au sujet d'une organisation logistique complexe :

*« C'était probablement la première fois que l'Actuel déplaçait sa clinique à GAP-VIES donc là il y a eu pas mal de discussions pour savoir comment ils allaient assurer une logistique optimale qui respectaient les avantages des deux organismes et qui respectaient les critères autant de fonctionnement qu'au niveau éthique aussi parce qu'on parle de confidentialité, on parle de plein de choses. Donc moi je me rappelle que la logistique ça a été un obstacle qu'on a réussi à contourner parce qu'on a pu trouver des compromis des deux côtés. »*

L'espace clinique à GAP-VIES a été organisé en fonction des besoins administratifs de la clinique médicale l'Actuel. À cette fin, la coordonnatrice a participé à chaque clinique et s'était engagée à ramener le soir même à la clinique médicale l'Actuel, les différents



formulaire remplis par les patients. Elle assurait également le transport et l'identification des échantillons selon les normes de la clinique :

« on a mobilisé deux salles- une salle pour le médecin, fermée, qui était bien aérée, presque insonorisée parce qu'on ne pouvait pas entendre dehors ce qui se passait et puis une autre salle pour l'infirmière qui était n'était pas accessible par tout le monde, c'était quand même une salle ouverte mais on avait mis un paravent donc elle pouvait s'entretenir correctement avec la personne, la confidentialité, faire les tests de dépistage personne n'y avait accès...pour euh, l'accès aux toilettes c'était bien donc il n'y avait aucun problème à ce niveau là...les formulaires...pour garder une entière confidentialité par rapport aux formulaires, par rapport à tout ce qui était retranscrit c'est toi qui était en avant pour gérer ces dossiers-là »

Afin de faciliter l'atteinte de l'objectif des 500 tests- la clinique médicale l'Actuel a accepté une prolongation de la clinique : *« je crois que l'Actuel a pu quand même livrer et même il y a eu une petite période de prolongation du projet en ce temps-là »*. Le Dr Nguyen a également ouvert de nouvelles plages de consultation à la clinique médicale l'Actuel.

Malgré une déception au niveau des cartons jaunes, l'équipe de GAP-VIES a quand même trouvé une manière d'écouler cet outil :

« Ces petits cartons jaunes là on les utilise encore dans le cadre des cliniques qu'on offre parce qu'elles n'étaient pas vraiment nominatives. Il y avait juste le nom de GAP-VIES dedans. »

Ceci étant, les intervenants de GAP-VIES avaient également envisagé une utilisation des IPAD comme motivateurs pour des agents multiplicateurs :

« Cependant on avait pensé au dernier moment, à offrir ces IPAD à des agents multiplicateurs qui mobiliseraient du monde. On voulait le faire, on avait même commencé à travailler avec toi pour se faire mais le problème est que le projet tendait à sa fin donc on n'a pas pu l'implanter... donc c'est fameux IPAD là on n'a pas pu les donner mais je te dirais que ces IPAD là pour les agents multiplicateurs ça aurait été très apprécié. »

Afin de pallier à la difficulté de mobilisation des médecins, le comité avait également envisagé la possibilité de réaliser des cliniques uniquement avec présence infirmière. *« Cette*

*campagne là aurait dû avoir été faite par des infirmières. Pas évident de trouver un médecin qui veut être là...Présence du médecin pas nécessaire. » Cette proposition a dû être abandonnée car elle ne concordait pas avec les politiques de la clinique médicale l'Actuel.*

### **Réalisations d'intérêts**

L'ensemble des personnes rencontrées est fier que le projet ait réussi à cibler les communautés données sans pour autant les stigmatiser davantage :

« Ça fait longtemps qu'on ne fait pas de campagnes qui s'adressent aux communautés haïtiennes parce qu'on est très pointilleux, très chatouilleux aussi, on veut pas que les gens soient stigmatisés et discriminés. Bon je pense que ça ça a bien été fait dans la campagne; les gens ne se sentaient pas stigmatisés et ça prouve aussi qu'il y a eu un progrès dans cette communauté aussi. De mettre des affiches avec des personnes aux traits négroïdes, avec des noirs, il fallait y penser cinquante fois. Comment mettre ça de l'avant sans discriminer les gens? Je crois que ça a marché. Ça a marché. Il y a un progrès dans la communauté »

D'autant plus que le projet a été bien accueilli par les organismes de la communauté haïtienne. Les kiosques ont été réalisés autant dans les événements culturels, sportifs et religieux. Ceci a permis de rejoindre un nombre diversifié de personnes. Différents membres de l'équipe soulignent également la pertinence d'offrir des cliniques qui dépassent les heures de bureau et qui sont situées hors du centre-ville de Montréal :

« Ça aussi c'est un point fort hein une clinique qui dépasse les heures de bureau. C'est un point très très très fort parce que ça a facilité l'accès à plusieurs personnes selon leur occupation aussi »

Pour les personnes qui ont eu besoin d'un suivi médical, les membres de l'équipe soulignent la fonctionnalité du corridor de services :

« Oui je suis certaine y'en a eu. Donc ça c'était tout à fait favorable pour GAP-VIES. Et même il y a eu d'autres personnes qui sont venues justement après cette clinique là, mais on était assez contentes de pouvoir les référer vers la clinique l'Actuel. »

Finalement, les deux structures partenaires soulignent le travail exceptionnel des infirmières :

« Du côté des infirmières j'ai trouvé que c'était vraiment extraordinaire dans le sens que c'étaient des personnes, les deux infirmières qu'on a eu, extrêmement engagées et disponibles aussi pour la clientèle... qui avaient le tour... »

Somme toute, l'équipe souligne que ce projet a été réalisé dans un contexte favorable au sens de la réceptivité de la population face à la promotion du test de dépistage du VIH :

« La réponse acceptable de la population, c'était une très bonne réponse de la population, quand je dis un succès aussi ça a facilité la prise en charge de personnes infectées, bonne nouvelle dans le sens de dire que ça a marché, on voit...c'est comme...des échelons dans le travail qu'on veut faire au sein de la communauté »

### **Période post-projet**

Bien que le projet n'ait pas réussi à mobiliser 500 personnes, il importe de souligner que la campagne n'a pas été accueillie de façon négative par les communautés, que ceux qui ont effectivement participé à la campagne sont issus en majorité des communautés ciblées (64%) et que la campagne continue à mobiliser des gens bien après la fin du projet. L'équipe de GAP-VIES continuant de recevoir des appels au sujet de la campagne de l'été 2011 :

« pour la durée de la clinique, qui n'était pas une clinique qui a duré un an mais ça a eu un autre résultat qui est le réflexe naturel des gens- par exemple, quelqu'un qui a reçu un de nos outils promotionnels, y'a de cela 6 mois pis après 6 mois il se réveille, nous appelle pour nous dire « écoute on veut passer le test »...mais cette personne sait pas que la clinique n'existe plus, mais par contre c'est le fait que à telle et telle période il y a de cela un an, il y a de cela 6 mois, on a fait de la prévention , de la sensibilisation dans le coin, ça fait tout naturellement que les gens viennent chez nous. Ça fait des résultats à long terme. »

Par l'entremise de ce projet, la clinique médicale l'Actuel a maintenu l'image d'une clinique novatrice et ancrée dans la communauté. GAP-VIES, quant à lui, a également développé un plaidoyer en faveur du maintien des cliniques et déposé ce projet au CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel. Une entente de collaboration a été signée et des cliniques de

conseil et dépistage du VIH ont encore cours dans les locaux de GAP-VIES. Deux ans après la fin du projet, les intervenants de GAP-VIES continuent également de référer des personnes vers les services de la clinique médicale l'Actuel. La connaissance des services ainsi que les contacts établis avec les médecins qui ont participé au projet ont renforcé les liens entre les deux organismes.

## **CHAPITRE 7 : DISCUSSION**

L'articulation générale du projet, de son développement à la présente évaluation a été présentée aux chapitres antérieurs. Les perspectives et points de vue des différents acteurs du projet présentés précédemment ont illustré la multiplicité des préoccupations sous-jacentes à la réalisation de celui-ci. Des préoccupations qui seront reprises, contrastées et analysées dans la présente section.

### **Implantation du projet « Moi je fais le test »**

Si l'on se réfère au modèle de Klein et Sorra (Figure 1), l'efficacité d'une intervention est fonction du climat d'implantation ainsi que de l'adéquation entre l'innovation proposée et les valeurs organisationnelles de la structure souhaitant intégrer ladite innovation, ici, le projet « Moi je fais le test ».

### **Climat d'implantation**

#### *Des expertises démontrées*

Les équipes des structures partenaires sont toutes deux expertes dans leurs domaines respectifs. La clinique médicale l'Actuel est un centre d'excellence en matière de dépistage et de traitement du VIH et des autres ITSS. Plusieurs de ses médecins ont également une expertise auprès des personnes originaires de pays où le VIH est endémique. GAP-VIES quant à lui, est fortement ancré dans la communauté et possède une expertise reconnue en matière d'intervention auprès des communautés originaires de pays où le VIH est endémique. Certains membres de l'équipe sont également médecins de formation et possèdent eux aussi une expérience professionnelle en dépistage et traitements du VIH et des autres ITSS.

#### *Une implication soutenue*

De part et d'autres, les directions des deux organismes partenaires ont mis des mécanismes en place pour soutenir la participation de leurs employés. La clinique médicale l'Actuel a mis en place un système d'incitatifs financiers alors que GAP-VIES a permis à ses employés de reprendre leurs temps. Aucune mesures disciplinaires n'ont été entreprises auprès des employés ne désirant pas s'impliquer, les deux partenaires préférant soutenir ceux et celles qui avaient choisis de le faire.

### *Coûts et retombées potentielles pour les partenaires*

Bien que le projet ait eu des retombées positives, il a aussi occasionné des coûts aux deux partenaires. Ce projet a permis de faire connaître la clinique médicale l'Actuel, son personnel et ses services dans un nouveau secteur de la ville de Montréal. Malgré des résultats somme toutes assez modestes, le projet et le traitement que celui-ci a eu dans quelques médias a permis à la clinique médicale l'Actuel de maintenir son image d'une clinique ancrée dans la communauté. Il faut cependant convenir que les différents changements proposés ont occasionnés des coûts financiers et en temps importants, non budgétisés, dans la planification initiale.

La mise sur pied de cliniques de dépistage mobile a demandé le déplacement des médecins et des infirmières. Ceux-ci devaient exercer hors de leur espace habituel de service. Pour certains d'entre eux, la participation à ces cliniques s'est également effectuée hors des heures régulières de travail. Il a également fallu prévoir et fournir le matériel médical nécessaire aux cliniques de dépistage mobiles. En ce qui concerne la clinique médicale l'Actuel, cette initiative a nécessité beaucoup d'investissements et les objectifs que la clinique s'était fixé n'ont pas été atteints. Ce projet aura suscité un nombre important d'adaptations (déplacement des médecins, création de nouveaux documents administratifs, utilisation et gestion de matériel médical utilisé hors site) et aura également engendré des coûts supplémentaires importants. Ultimement, la clinique médicale l'Actuel identifiera peu de retombées intéressantes suites à ce projet.

Le projet aura également occasionné des coûts pour l'équipe de GAP-VIES : celui-ci a grandement mobilisé les intervenants. Dans les échanges initiaux concernant le projet, il avait été prévu l'embauche d'unE intervenantE dédiéE à la campagne. Le budget final déposé n'a pas pris en compte cette éventualité. La mobilisation communautaire ainsi que la nécessité d'assurer une permanence lors des cliniques de dépistage a donc largement reposé sur les intervenants de GAP-VIES. Compte tenu leur charge de travail déjà importante, le projet aura ajouté une charge supplémentaire de travail. Bien que la formation d'une brigade ait appuyé le travail de sensibilisation, il reste qu'un poste séparé avec unE intervenantE dédiéE aurait diminué la charge des intervenants. L'équipe souligne cependant l'ensemble des retombées positives que ce projet a eu pour l'organisation. GAP-VIES s'est pleinement approprié le projet et a développé de nouvelles connaissances et compétences. Le projet a également

permis la concrétisation d'une priorité organisationnelle et un réseautage encore plus solide avec le réseau de la santé. Une entente de collaboration a été signée avec le CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel et une clinique de conseil et de dépistage du VIH et des autres ITSS se déroule maintenant au sein même de l'organisme.

### **Adéquation innovation-valeurs**

Les activités et façons de procéder proposées dans le cadre du projet ne cadraient pas toutes avec le fonctionnement et la culture organisationnelle des deux structures partenaires. Il y a eu des efforts de part et d'autres pour limiter les difficultés et chercher à trouver des solutions pour favoriser le déroulement des activités. Des solutions ont alors été proposées afin de respecter les procédures et visions respectives. La clinique médicale l'Actuel s'était engagée dans ce projet comme expert clinique et à cette fin, l'ensemble des activités de conseil et de dépistage du VIH devait se tenir sur son site. Elle pouvait ainsi assurer un contrôle sur la qualité du service (traitement des spécimens, gestion des dossiers patients, etc.). Après consultation avec GAP-VIES et le comité consultatif du projet, un certain nombre de modifications ont été apportées au volet de dépistage, notamment la tenue de cliniques extra muros, la gratuité des tests et l'inclusion du dépistage d'autres ITSS. Ceci a alors permis au projet de mettre sur pied une clinique de dépistage communautaire plus en phase avec la vision de GAP-VIES. Par ailleurs, la coordonnatrice en collaboration avec l'administration de la clinique médicale l'Actuel, a également développé une procédure pour la gestion des dossiers et l'acheminement des spécimens qui répondait aux préoccupations de gestion de la clinique médicale l'Actuel.

Ceci étant, il y a eu quelques difficultés qui n'ont pas trouvé de solution, notamment au niveau du recrutement. GAP-VIES est engagé spécifiquement auprès des communautés haïtiennes et africaines mais tient à demeurer inclusif de l'ensemble des groupes sur son territoire. À cette fin, l'organisme ne refuse l'accès à personne. Cette logique s'appuie sur une expertise terrain et une réalité de la vie communautaire à Montréal : la plupart des communautés ne vivant pas de façon hermétique les unes aux autres. Il existe une certaine mixité que ce soit au niveau des partenaires sexuels, que de la fréquentation d'épiceries, de lieux de cultes et d'événements culturels et sportifs. GAP-VIES tout en ciblant les lieux où



l'on peut trouver une majorité de personnes originaires de pays où le VIH est endémique, sait d'office que d'autres seront rejoints et peut-être interpellés par ses programmes et services.

La représentation de la clinique médicale l'Actuel comme étant une clinique « gaie » et urbaine, urbaine au sens de située au centre-ville, et peu accessible aux membres des communautés ciblées a également suscité bon nombre de discussions. D'une part, le comité ne désirait pas nourrir les préjugés que les communautés pouvaient avoir envers la clinique médicale l'Actuel et les personnes desservies. D'autre part, le comité ne pensait pas pouvoir déconstruire cette impression lors du blitz de promotion. Le comité consultatif a jugé que la formule hybride où le dépistage s'effectuerait autant à la clinique médicale l'Actuel qu'à GAP-VIES pourrait peut-être contrer et élargir la perception de la mission de la clinique.

### *Engagement*

On dénote également une différence marquée dans l'engagement des organismes, et non des individus, au sein du projet. Ce projet répondait à une priorité organisationnelle de GAP-VIES, et ce, au sein même des communautés dans lesquelles l'organisme intervient. L'ensemble de ses intervenants a souligné leur intérêt à non seulement faire la promotion du dépistage mais de pouvoir également offrir le service. À cette fin, l'ensemble de l'équipe et des bénévoles s'est pleinement mobilisé pour le projet. L'investissement a été complet allant de la réception à la direction générale et ce, pour toutes les étapes et la durée du projet. L'engagement de la clinique médicale l'Actuel a également été important. La direction a participé à bon nombre de rencontres et les médecins et les infirmières intéressés par la question du VIH auprès des communautés ciblées se sont partagé le calendrier des cliniques mobiles. Ceci étant, ce projet n'était pas destiné à la clientèle dite « classique » de la clinique. Le projet était également une activité ponctuelle parmi plusieurs autres projets. Dans l'approche hybride retenue, la campagne demandait également aux médecins de sortir de leur zone de confort et d'exercer hors de leur lieu et heures habituelles de travail. Bien que le projet avait prévu des plages quotidiennes de consultation au sein même de la clinique, les résultats des cliniques réalisées à GAP-VIES jugés insatisfaisants ont freiné la mise en place de plages de consultation supplémentaires à la clinique médicale l'Actuel. Ce projet ne répondant pas aux priorités organisationnelles, qui plus est, demandait également un engagement personnel

important, il n'est pas surprenant alors de noter un engagement moindre de la part de l'équipe de la clinique médicale l'Actuel.

### *Implantation du projet « Moi je fais le test »*

Au regard du modèle des déterminants et conséquences d'une implantation efficace proposé par Klein et Sorra (1996), l'on considérera généralement l'implantation comme ayant échouée si, malgré la décision d'implanter une innovation, celle-ci n'est pas totalement intégrée dans les mécaniques (de services, de production et de pratiques) d'une organisation. Dans cette optique, un constat « d'échec » sera prononcé pas tant parce que l'innovation d'elle-même est mauvaise mais plutôt parce qu'elle a été mal intégrée et alors implantée dans l'organisation. Sur la base de ce modèle, on peut donc constater pourquoi l'implantation du projet « Moi je fais le test » n'a pas été considérée comme un succès pour la clinique médicale l'Actuel. Le projet aura non seulement engendré des coûts importants, il n'aura pas été pérennisé au sein de la structure. Pour GAP-VIES, cependant, les leçons apprises du projet ont permis le développement d'un plaidoyer et l'organisme a obtenu un accord du CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel. L'essentiel du projet soit le conseil et l'offre de dépistage du VIH et des autres ITSS fait maintenant partie de l'offre de service régulière de l'organisme. Les intervenants de la structure peuvent offrir un continuum allant de la sensibilisation à l'offre même du conseil et dépistage du VIH et des autres ITSS. En ce sens, GAP-VIES y voit un succès.

### **Un projet, deux théories**

Lors des différents échanges réalisés dans le cadre du projet et après celui-ci, il est apparu que les différents acteurs, incluant la compagnie pharmaceutique et l'agence de publicité avaient tous des suppositions guidant leur implication sur le projet. L'agence publicitaire n'a pas souhaitée être rencontrée et la compagnie pharmaceutique n'a pas été contactée pour cette évaluation. L'analyse portera donc spécifiquement sur les théories des deux acteurs principaux du projet soit la clinique médicale l'Actuel et GAP-VIES. Les différences entre les visions des deux partenaires vont au-delà des changements effectués dans la mise en œuvre de la campagne; ces différences touchent l'essence même du projet.

Afin de permettre une illustration aisée des différentes composantes du projet et des suppositions implicites qui ont mené à son développement, les informations seront présentées sous la forme de modèles logiques. L'utilité de ces modèles réside dans le fait qu'ils permettent de mettre de l'avant la théorie de changement articulée par chaque partenaire du projet : la série d'idées décrivant comment et pourquoi le programme donnera les résultats escomptés (Conseil du Trésor, 2010). L'articulation en chaîne de tous ces éléments permet au lecteur d'apprécier la cohérence ou le manque de cohérence entre les ressources disponibles, les activités prévues et les résultats escomptés du projet.

Cette analyse sera présentée en deux temps : dans un premier temps, seront présentés les modèles logiques pour chacun des partenaires du projet. Ces modèles présentent les deux perspectives principales du projet : soit le maillage entre les ressources, les activités, les résultats escomptés et les objectifs du projet tels que perçus par la clinique médicale l'Actuel et la même perspective pour la partenaire communautaire, GAP-VIES. Les suppositions et autres points de dissonance marqués seront ensuite explicités davantage dans la section suivante.

**Tableau 2 : Modèle logique - Perspective du projet selon la clinique médicale l'Actuel**

<b>Expériences antérieures</b>	<b>Intrants</b>	<b>Activités</b>	<b>Public cible</b>	<b>Extrants</b>	<b>Résultats immédiats attendus</b>	<b>Résultats intermédiaires attendus</b>	<b>But du projet</b>
Campagne « Fais-toi tester » qui a mobilisé un nombre important d'hommes et qui a permis d'obtenir des données de recherche probantes pour la clinique médicale l'Actuel.	<p>Budget accordé par la compagnie pharmaceutique</p> <p>Matériel médical et administratif de la clinique médicale l'Actuel et de GAP-VIES</p> <p>Éléments promotionnels</p> <p>500 kits de dépistage rapide du VIH</p> <p>Personnel administratif, médical et de recherche de la clinique médicale l'Actuel et de GAP-VIES</p>	<p><b>Activités 1 : Mobilisation communautaire</b></p> <p>« <i>Outreach</i> » réalisé auprès de médecins, structures du réseau et communautaires desservant des populations originaires de pays où le VIH est endémique</p> <p>Identification de leaders communautaires qui appuient le travail de sensibilisation</p> <p>Identification de pairs et travailleurs de milieux</p> <p>Collaboration à l'étude de marché</p> <p>Collaboration au développement de la campagne</p> <p><b>Activités 2 : Cliniques de dépistage</b></p> <p>Mise à disposition de kits de dépistage du VIH gratuits</p>	Personnes originaires de pays où le VIH est endémique et leurs partenaires	<p><b>Extrants 1 :</b></p> <p>Rapport d'état des lieux</p> <p>Rapport d'étude de marché</p> <p>Matériel promotionnel : Posters, cartes postales, oriflammes auto portants, T-shirts, <i>matchbooks</i></p> <p><b>Extrants 2</b></p> <p>Administrer un minimum de 500</p>	<p><b>Résultats immédiats 1</b></p> <p>Formation d'un comité de mobilisation communautaire</p> <p>Mobilisation d'un nombre suffisant de personnes issues des communautés ciblées pour atteindre les 500 tests</p> <p><b>Résultats immédiats 2</b></p> <p>Dépistage d'au moins 500 personnes dont</p>	Référence vers la clinique médicale l'Actuel des	Augmenter l'accès au dépistage et au traitement pour le VIH pour les personnes originaires de pays où le VIH est endémique

Expériences antérieures	Intrants	Activités	Public cible	Extrants	Résultats immédiats attendus	Résultats intermédiaires attendus	But du projet
		<p>aux médecins de la clinique</p> <p>Plages horaires quotidiennes dédiées à ce projet dans les locaux de la clinique médicale l'Actuel (ajustées selon les médecins intéressés et les besoins)</p> <p>Tenue de 13 cliniques dans les locaux de GAP-VIES</p> <p><b>Activités 3 : Transfert de connaissances</b></p> <p>Tenue d'un 5@7 pour les médecins référents</p> <p>Tenue d'un 5 @ 7 pour les médecins participants de la clinique médicale l'Actuel</p> <p>Participation aux colloques et conférences</p> <p>Développement du questionnaire et analyse</p> <p>Ajustement au travail de proximité selon les données</p>	<p>Équipes de la clinique médicale l'Actuel et de GAP-VIES</p> <p>Équipes de mobilisation communautaire</p> <p>Médecins et autres professionnels intéressés par le projet</p>	<p>tests de dépistage du VIH</p> <p><b>Extrants 3</b></p> <p>Documents (papier ou support web) de présentation du projet</p> <p>Questionnaires</p>	<p>quelques diagnostics de cas positifs au VIH</p> <p><b>Résultats immédiats 3</b></p> <p>Formation du comité consultatif</p> <p>Production d'un rapport de l'équipe de recherche</p>	<p>personnes obtenant un résultat positif au test de dépistage du VIH pour un suivi médical.</p>	

**Tableau 3 : Modèle logique - Perspective du projet selon GAP-VIES**

<b>Expériences antérieures</b>	<b>Intrants</b>	<b>Activités</b>	<b>Public cible et portée</b>	<b>Extrants</b>	<b>Résultats immédiats</b>	<b>Résultats intermédiaires</b>	<b>But du projet</b>
Expériences pilotes avec le réseau et avec un partenaire communautaire qui se sont soldées par le retrait des projets.	<p>Budget accordé par la compagnie pharmaceutique</p> <p>Fonds de gestion</p> <p>500 kits de dépistage rapide du VIH</p> <p>Embauche d'unE intervenantE dédiéE à la campagne</p> <p>Matériel médical et administratif de la clinique médicale l'Actuel et de GAP-VIES</p> <p>Personnel médical, administratif, de la recherche de la clinique médicale l'Actuel et de GAP-VIES</p> <p>Comité de mobilisation communautaire</p>	<p><b>Activités 1 : Mobilisation communautaire</b></p> <p>Identification de leaders communautaires qui appuient le travail de sensibilisation</p> <p>Identification de pairs et travailleurs de milieu</p> <p>Embauche d'unE intervenantE dédiéE à la campagne</p> <p>Collaboration à l'étude de marché</p> <p>Collaboration au développement de la campagne</p> <p>Intégration de la campagne au calendrier d'activités récurrentes de GAP-VIES</p>	<p>Personnes originaires de pays où le VIH est endémique et leurs partenaires, toute personne interpellée par la campagne désirant se faire dépister</p>	<p><b>Extrants 1</b></p> <p>Rapport d'étude de marché</p> <p>Matériel promotionnel : Posters, cartes postales, oriflammes auto portants, T-shirts, <i>matchbooks</i></p>	<p><b>Résultats immédiats 1</b></p> <p>Formation d'un comité de mobilisation communautaire</p> <p>Embauche d'unE intervenantE dédiéE</p> <p>Mobilisation d'un nombre suffisant de personnes issues des communautés ciblées pour atteindre les 500 tests</p>	<p>Augmenter les efforts de sensibilisation au conseil et dépistage du VIH</p> <p>Assurer l'acceptabilité sociale de campagne visant les communautés originaires de pays où le VIH est endémique</p>	<p>Augmenter l'accès au dépistage et au traitement pour le VIH pour les personnes originaires de pays où le VIH est endémique</p>

Expériences antérieures	Intrants	Activités	Public cible et portée	Extrants	Résultats immédiats	Résultats intermédiaires	But du projet
		<p><b>Activités 2 :</b> <b>Cliniques de dépistage du VIH et des autres ITSS</b></p> <p>Tenue de cliniques hebdomadaires dans les locaux de GAP-VIES jusqu'à la fin du projet</p> <p><b>Activités 3 :</b> <b>Transfert de connaissances</b></p> <p>Participer à l'évaluation du projet</p>		<p><b>Extrants 2</b></p> <p>Administrer 500 tests de dépistage du VIH</p> <p><b>Extrants 3</b></p> <p>Documents (papier ou support web) de présentation du projet</p> <p>Questionnaires</p> <p>Évaluation du projet</p>	<p><b>Résultats immédiats 2</b></p> <p>Dépistage de 500 personnes</p> <p><b>Résultats immédiats 3</b></p> <p>Formation du comité consultatif</p> <p>Production d'un rapport de l'équipe de recherche</p> <p>Obtention de données d'évaluations</p>		

## **Maillages entre les idées, les activités et les résultats attendus du projet selon la clinique médicale l'Actuel**

Les données présentées dans les cadres logiques ci-haut ont été obtenues en faisant l'analyse de différentes sources de données. En ce qui concerne la clinique médicale l'Actuel, les dimensions suivantes doivent être explicitées davantage :

### *Expériences antérieures*

La clinique médicale l'Actuel avait déjà mené, quelques années auparavant, un projet similaire auprès des HARSAH. Le projet était articulé autour de la même logique : mobilisation communautaire et appel au conseil et dépistage rapide du VIH. La campagne avait connu un vif succès et plusieurs milliers d'hommes y avaient participé. Un taux de prévalence élevée du VIH y avait également été relevé.

### *Intrants*

Bien qu'une coordonnatrice ait été embauchée et que celle-ci a pu bénéficier du soutien de l'administration de la clinique médicale l'Actuel, de certains médecins ainsi que du partenaire du projet, elle s'est heurtée à certaines difficultés du fait qu'il n'y avait pas un pôle de coordination de projet au sein de la clinique. En effet, la personne qui avait été mandatée pour l'appuyer devait également assurer en priorité le mandat lié à son poste et ce, dans un contexte d'une organisation en plein essor. Nouvellement arrivée au sein de la clinique, Mme Némouthé connaissait peu la structure et ses mécanismes. Elle se devait donc de valider les actions proposées avec la direction ce qui a occasionné un certain nombre de difficultés. Une coordination distincte de la direction, connaissant la structure et ayant un certain pouvoir décisionnel, aurait peut-être amélioré certains aspects notamment les questions restées en suspens où des décisions n'ont jamais été prises. Le comité consultatif a également dénoté que le départ du Dr Nguyen, instigateur du projet au sein de la clinique médicale l'Actuel, a eu un impact sur la coordination du projet.

### *Activités*

Les activités proposées comportaient une forte dimension de promotion communautaire. Ainsi, plusieurs activités de mobilisation étaient proposées afin de présenter



le projet à des structures extérieures de la clinique médicale l'Actuel susceptibles d'offrir des soins et des services à des personnes originaires de pays où le VIH est endémique et qui pourraient, le moment venu, faire la promotion du projet et y référer des personnes. La clinique médicale l'Actuel souhaitait également identifier et mobiliser des champions communautaires- leaders communautaires et travailleurs de milieux- qui assureraient une promotion effective de la campagne auprès des différentes communautés ciblées. Finalement, la réalisation d'une étude de marché servirait de base au travail d'élaboration de la campagne mise sur pied par l'agence publicitaire.

En ce qui concerne l'offre de dépistage, la clinique médicale l'Actuel misait sur le déploiement de plages de dépistage quotidiennes ajustées selon les besoins de la campagne. En accord avec le comité consultatif, la direction de la clinique médicale l'Actuel avait également approuvé la tenue de 13 cliniques mobiles dans les locaux de GAP-VIES. Finalement, le projet comportait également une dimension recherche. À cette fin, la clinique médicale l'Actuel souhaitait pouvoir colliger des données et assurer la diffusion des résultats.

#### *Public cible*

Pour la clinique médicale l'Actuel, le projet ciblait uniquement les personnes originaires de pays où le VIH est endémique, notamment les communautés retenues après la rencontre avec la DSP, soit la communauté haïtienne et les communautés LGBT caribéennes et d'Afrique subsaharienne.

#### *Résultats attendus*

À travers la mise en œuvre des différents volets d'activités, la clinique médicale l'Actuel souhaitait assurer une promotion du projet à travers un comité de mobilisation communautaire (champions et travailleurs de milieux) ainsi que la constitution d'un réseau de professionnels mobilisés et référant des patients vers les différentes cliniques. Forte de ses expériences antérieures, l'administration de 500 tests de dépistage représentait la limite inférieure des tests que l'on souhaitait réaliser. En effet, un dépassement de cette cible aurait été accueilli favorablement. La clinique souhaitait également faire rayonner le projet en le présentant lors de différents colloques et conférences.

## **Maillages entre les idées, les activités et les résultats du projet selon GAP-VIES**

### *Expériences antérieures*

Les expériences antérieures de GAP-VIES sont d'une toute autre nature. En effet, ce projet représentait la quatrième expérience de cliniques réalisées au sein de l'organisme communautaire. Les cliniques précédentes avaient réussi à générer des résultats intéressants mais toujours lors de projets ponctuels. L'organisme était donc mûr pour une nouvelle initiative, qui plus est, avec un partenaire clinique connu comme la clinique médicale l'Actuel.

### *Intrants*

GAP-VIES avait prévu l'embauche d'unE intervenantE dédiéE à la campagne. Ce besoin avait été présenté au Dr Nguyen et intégré dans les réflexions développées par le comité consultatif. Cette personne n'a finalement pas été embauchée et le travail de mobilisation communautaire a été réalisé par l'équipe permanente de GAP-VIES ainsi que des bénévoles. Pour réaliser ce travail, GAP-VIES a finalement négocié et obtenu des frais de gestion permettant de pallier aux coûts générés par le projet.

### *Activités*

GAP-VIES comptait sur l'embauche d'unE intervenantE dédiéE qui coordonnerait, au sein de l'organisme, le déploiement de la campagne et le travail auprès des leaders et travailleurs de milieu. L'organisme était également d'avis que l'ensemble des cliniques de dépistage devrait se faire dans ses locaux, et ce, pour la durée du projet. L'organisme souhaitait être impliqué dans les démarches d'évaluation du projet et comptait sur celles-ci pour décider des suites à donner à cette initiative.

### *Public cible*

GAP-VIES a une politique d'intervention inclusive. Bien que l'organisme desserve principalement les communautés originaires de pays où le VIH est endémique, les services demeurent accessibles, en tout temps, à toute personne désirant y accéder.

### *Résultats attendus*

Bien que GAP-VIES n'ait pas eu d'attentes particulières concernant le nombre de tests à atteindre, l'organisme comptait réussir à rejoindre suffisamment de personnes à travers la mobilisation communautaire pour atteindre le seuil des 500 tests de dépistage. L'organisme comptait également sur la tenue de 13 cliniques dans ses locaux.

### *Intensité de l'intervention versus les résultats escomptés*

La mobilisation communautaire a été réalisée à une plus petite échelle que ce qui avait été initialement prévu au projet. Dans la demande de fonds initiale, celle-ci reposait sur une forte mobilisation de leaders communautaires ainsi que l'implication de médecins actifs dans la communauté. Dans la formule retenue par le comité consultatif et proposée à la compagnie pharmaceutique, il était espéré que l'effet cumulatif de la campagne de communication et de la mobilisation communautaire (à travers l'embauche d'unE intervenantE dédiéE, l'appui d'agents multiplicateurs ainsi que la maximisation du placement publicitaire (à travers les radios communautaires et les réseaux publicitaires des marchands et commerces dans la communauté) mobiliserait le nombre de participants souhaités par le projet. La formule effectivement opérationnalisée, reposant largement sur les outils proposés par l'agence publicitaire et l'équipe d'intervenants et de bénévoles de GAP-VIES n'aura pas suffi à mobiliser un nombre suffisant de personnes.

La formulation initiale du projet prévoyait le dépistage à la clinique médicale l'Actuel et l'ajustement de plages de consultations à la « demande » selon la fréquentation des cliniques de dépistage. Pour des raisons présentées dans les chapitres précédents, la formule hybride de cliniques communautaires a été retenue, à raison d'une clinique par semaine et la mise en place, plus tard dans le déploiement du projet, de plages de consultation à la clinique médicale l'Actuel. Rapidement, le comité a reconnu que même si les cliniques étaient fréquentées au maximum, le nombre de cliniques proposées ne permettraient pas d'atteindre l'objectif escompté. Par contre, la perception au sein de la clinique médicale l'Actuel, que les cliniques de GAP-VIES étaient peu fréquentées, a freiné la planification de plages horaires supplémentaires de consultation à la clinique. Quatre cliniques auront eu lieu dans les locaux de la clinique médicale l'Actuel et une clinique se tiendra lors d'une activité d'Arc en Ciel d'Afrique mais ce ne sera pas suffisant pour combler le déficit.

### *Diffusion de l'information*

Malgré la taille somme toute assez modeste du projet, un grand volume d'informations circulait entre la compagnie pharmaceutique, l'agence de publicité et les deux partenaires. Bien qu'un mécanisme formel de consultation et de diffusion de l'information ait été établi, sous la forme d'un comité consultatif, le peu de fréquence des rencontres et les calendriers de travail chargés ont nuit non seulement à la diffusion efficiente de l'information au sein de toute l'équipe mais également à la prise de décision.

### **Des logiques de projet contrastées**

En analysant les deux modèles logiques présentés ci-dessus, on peut constater que les partenaires, à la base, avaient des attentes très différentes en lien avec ce projet. Tous deux imprégnés de leurs expériences passées, les partenaires ne partageaient pas la même logique « sous-jacente » : les suppositions qui les ont amenés à collaborer à ce projet, les activités à privilégier pour atteindre les résultats escomptés et surtout, l'appréciation du résultat final. Bien que tous deux se disent satisfaits d'avoir tenté cette expérience, les partenaires sont partagés quant aux résultats obtenus et sur la portée du projet « Moi je fais le test ».

### *Efficacité de l'implantation*

Les deux partenaires possédaient les expertises nécessaires à l'élaboration et la mise en œuvre du projet. En outre, les directions générales ont toutes deux mis en place des stratégies afin de soutenir et motiver la participation de leur personnel. Ceci étant, les coûts étaient assez importants pour la clinique médicale l'Actuel tandis que les retombées potentielles étaient plus directes pour GAP-VIES et son personnel. Le climat d'implantation était sans contredit plus fort chez le partenaire communautaire qui non seulement répondait à un impératif organisationnel mais qui y trouva également rapidement son compte, que pour la clinique médicale l'Actuel qui n'aura pas pu bénéficier directement du projet. De plus, la congruence (ou le manque de congruence) entre l'innovation et les valeurs organisationnelles est manifeste dans les réactions des deux organismes face au projet. Pour le partenaire communautaire, l'engagement et la mobilisation étaient présents à chaque niveau de la structure alors que pour la clinique médicale l'Actuel, l'engagement était visible pour les médecins déjà préoccupés par ces populations et à un bien moindre degré pour le reste de l'équipe.

La présente évaluation démontre également que les articulations sous-jacentes du projet n'étaient pas explicites ni définies de façon commune. Les deux partenaires avaient chacun leurs objectifs et leurs façon de concevoir la planification et la mise en œuvre du projet. Bien que GAP-VIES ait été mobilisé sur ce projet depuis un certain temps, l'organisme n'a eu qu'une participation active après l'obtention des fonds. Cette plus grande implication a engendré certains changements à l'élaboration et la mise en œuvre du projet, changements qui n'avaient pas été discutés avec le bailleur de fonds ni budgétisés à l'avance ce qui occasionna un certains nombres de tensions et de difficultés. Les différents échanges et rencontres du comité auront permis de statuer sur certains points à la grande satisfaction des partenaires. Mais, force est de constater que, malgré un désir manifeste de collaborer à un projet commun, les deux partenaires n'avaient pas les mêmes visées et encore moins la même façon de conceptualiser le déploiement du projet. Un nombre significatif de questions sont restées en suspens, notamment le travail de mobilisation de la communauté médicale montréalaise ainsi que la tenues de clinique au sein de la clinique médicale l'Actuel. Ces questions non résolues ont eu un impact sur le projet en diminuant d'une part l'intensité des efforts de promotion et la demande et d'autre part, l'offre même de dépistage ce qui, ultimement, a pu avoir un effet sur l'atteinte des résultats et l'appréciation de ceux-ci.

### *Efficacité de l'innovation*

La clinique médicale l'Actuel estime que le projet n'a pas atteint les résultats escomptés, non seulement parce que le seuil des 500 tests n'a pas été obtenu mais également parce qu'une partie des gens qui se sont fait dépister ne sont pas originaires des communautés ciblées par le projet. De plus, le projet n'a également pas permis d'obtenir des résultats de recherche probants. Cependant, il ne faut pas perdre de vue que la clinique médicale l'Actuel évalue ce projet sur la base de sa compétence : le suivi et la prise en charge médicale. Son objectif est de dépister un nombre maximal de personnes et d'offrir, le cas échéant, le suivi et les soins appropriés. Les quelques cas d'ITSS dépistées ne justifient pas, à eux seuls, la mobilisation du personnel et le déploiement d'une campagne, aussi justifiée soit-elle, pour le suivi médical de quelques personnes.

GAP-VIES pour sa part, estime que le projet a atteint ses objectifs : mobiliser une majorité de personnes issues des communautés ciblées de même que concrétiser une priorité

organisationnelle qui était d'offrir le continuum de la prévention à l'offre de dépistage. GAP-VIES a, à travers ce projet, renforcé ses efforts de sensibilisation et contribué à augmenter l'acceptabilité sociale de campagnes spécifiques aux communautés originaires de pays où le VIH est endémique. GAP-VIES continue également de récolter les fruits de ce projet, en continuant de recevoir des appels au sujet de cette clinique et en étant apte à recevoir les personnes désireuses de se faire dépister pour le VIH et les autres ITSS puisqu'une entente de service de dépistage dans ses locaux est maintenant en cours avec le CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel.

## **CHAPITRE 8 : CONCLUSION**

Bien que l'on dénote des gains appréciables en matière de lutte contre le VIH/sida, force est de constater que des efforts significatifs sont encore nécessaires afin d'enrayer le nombre de nouvelles infections. Le dépistage précoce de l'infection présente non seulement une opportunité de prise en charge de la personne infectée mais il peut également contribuer, à travers la modification des comportements souvent constatée suite à un diagnostic positif au VIH, à freiner la transmission à autrui. Ceci étant, au quotidien, bon nombre d'individus dont les personnes originaires de pays où le VIH est endémique en particulier, peinent à accéder au conseil et dépistage du VIH et ce, pour un ensemble de facteurs personnels, organisationnels voire même structurels.

Cette difficulté d'accès au conseil et dépistage du VIH est rapportée dans la littérature et à également été constatée, dans une certaine mesure, dans la pratique médicale ici même au Canada et au Québec. Forts de ces différents constats, un projet de conseil et de dépistage rapide du VIH a été élaboré par la clinique médicale l'Actuel et GAP-VIES et a fait l'objet de la présente étude. L'évaluation du projet « Moi je fais le test » avait, dans un premier temps, comme objectif de documenter le projet et ensuite d'en évaluer l'implantation.

Bon nombre de recherches illustrent de façon convaincante les difficultés spécifiques auxquelles font face les communautés originaires de pays où le VIH est endémique en matière d'accessibilité au conseil et dépistage du VIH de même que les solutions potentielles à envisager dans le déploiement à plus large échelle d'initiatives cherchant à contrer les barrières et à augmenter l'accessibilité aux services. Il existe cependant peu d'articles documentant des actions concrètes entreprises en ce sens. De plus, les articles disponibles sont davantage de nature descriptive et il existe peu (à notre connaissance) d'évaluations de projets de conseils et de dépistage du VIH réalisés à l'intention de communautés originaires de pays où le VIH est endémique.

La présente étude a également été axée sur l'implantation du projet et sur l'interprétation que les acteurs ont faits des résultats obtenus. Évaluer l'implantation du projet plutôt qu'uniquement l'atteinte des résultats permet de faire ressortir les aspects liés à l'élaboration, la mise en œuvre et les processus décisionnels, bref, l'ensemble du contexte qui peut révéler autant de pistes de réflexions pertinentes à l'implantation d'un projet similaire dans d'autres contextes.



L'étude de cas a été la démarche privilégiée dans le cadre de cette étude. L'évaluation de l'implantation elle-même, a été analysée à travers la lentille du modèle des déterminants et des conséquences de l'efficacité d'une implantation proposé par Klein & Sorra (1996), modèle selon lequel l'efficacité d'une innovation est fonction du climat d'implantation qui règne au sein de la structure désirant innover et de l'adéquation entre l'innovation et les valeurs organisationnelles. L'évaluation met également en exergue un autre élément crucial du contexte que sont les théories motivant les partenaires à s'engager dans le projet. Ces théories, implicites ou non, présentées ici sous la forme de modèles logiques, ont influé sur toutes les étapes du projet et ultimement, sur l'appréciation que la clinique médicale l'Actuel et GAP-VIES font de l'atteinte des résultats.

Les données colligées et présentées ont été obtenues à travers des entretiens individuels et de groupe réalisés au printemps 2013. Celles-ci ont été complétées par le journal de bord professionnel tenu par l'étudiante chercheuse qui a travaillé comme coordonnatrice de projet de même que par les courriels et les rapports de comités rédigés dans le cadre du développement et du déploiement du projet.

### *Limites*

Compte tenu de la méthodologie employée, soit l'étude de cas, les conclusions apportées se limitent au contexte de l'évaluation et ne doivent être interprétées qu'en lien avec celui-ci. L'évaluation décrit cependant de façon soutenue le processus de mise en place du projet « Moi je fais le test ». Ceci étant, les conclusions apportées ne se limitent qu'au contexte spécifique de cette évaluation. L'évaluation du projet n'ayant pas été prévue, aucun mécanisme formel de suivi et d'évaluation n'avait été mis en place. La méthodologie proposée a donc pris en compte cette limite et a proposé un travail d'analyse rigoureux mais elle ne sera certainement pas sans défauts. De plus, les données disponibles ne permettent pas de mesurer l'efficacité de l'implantation selon le modèle retenu mais permettant tout de même au lecteur d'apprécier l'implantation du projet. Finalement, il faut également tenir compte du laps de temps écoulé entre la clôture du projet et la présente évaluation. Les détails rapportés n'étant pas toujours aussi précis que souhaités.

### *Implications de l'évaluation pour la pratique et la recherche*

Malgré une tentative sincère de part et d'autre de mener un projet en partenariat, le processus de développement du projet n'aura pas permis aux partenaires d'identifier et de nommer leurs attentes, leurs visions respectives du projet, des activités à privilégier- ce que l'évaluation a désigné comme les « théories du projet ». Puisque les partenaires n'ont jamais réellement eu une vision commune du projet, il n'est certes pas surprenant que leurs conceptions du projet de même que leurs interprétations des résultats diffèrent. L'appréciation de l'implantation du projet a également démontré comment les contextes externes et de même qu'organisationnels influent sur l'appréciation que la clinique médicale l'Actuel et GAP-VIES ont fait de l'efficacité de l'implantation et ultimement de la mise en œuvre du projet « Moi je fais le test ».

Cette évaluation documente une tentative visant à augmenter l'accès au conseil et dépistage du VIH pour les communautés originaires de pays où le VIH est endémique, particulièrement en contexte québécois où malgré des indications claires de dépistage pour ces communautés, le réseau de la santé ainsi que les organismes communautaires de lutte contre le sida peinent à rejoindre ces différents groupes. Il est espéré que les résultats de cette évaluation serviront à nourrir les réflexions et ultimement l'action.

L'évaluation souligne également l'importance du développement méthodologique d'un projet : l'établissement d'une revue de la littérature et d'un état des lieux afin de bien cerner la réalité des populations concernées ainsi que des pistes de solutions possibles dans notre contexte d'action; l'identification de théories « d'actions » ici, de changement de comportements, de communication et de mobilisation communautaire permettant le développement d'un cadre logique illustrant de façon explicite les suppositions et détaillant l'ensemble des étapes visées par le projet; la mise en place et le respect d'un processus de consultation formel ainsi que l'établissement d'un cadre d'évaluation. Ce sont peut-être, à certains égards, des étapes contraignantes mais incontournables dans le développement, le déploiement et l'évaluation subséquente d'une intervention. L'évaluation met également en exergue la nécessité de développer des mécanismes efficaces de consultation et d'une démarche collaborative où l'expertise du milieu communautaire est impliquée et valorisée à toutes les étapes du projet.

Ces étapes formelles sont importantes dans la documentation et l'évaluation de projet permettant ainsi la mise à disposition de données probantes. Ces données sont d'autant plus importantes si, dans une logique d'actions concertées, notamment la mise en œuvre des approches de prévention dites combinées, l'on assiste à la création de partenariats et la multiplication d'approches consolidées. Sur papier, l'attrait et la pertinence de mettre en œuvre des projets de prévention combinée est largement fondé. Ceci étant, l'évaluation d'un projet modeste comme le projet « Moi je fais le test » illustre de façon assez convaincante la difficulté à élaborer et ensuite à opérationnaliser une action partenariale et ne peut laisser qu'entrevoir les défis potentiels lorsque réalisé à plus grande échelle, par exemple, dans un contexte régional ou international.

## Références

- Anderson, J. & Doyal, L. (2004). Women from Africa living with HIV in London: a descriptive study, *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 16(1), 95-105. doi: 10.1080/09540120310001634001
- Agence de la santé publique du Canada. (2009). *Rapport d'étape sur le VIH/SIDA et les populations distinctes. Personnes provenant de pays où le VIH est endémique*. Archivé à <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/ps-pd/africacaribbe/pdf/ps-spreport-fra.pdf>
- Agence de la santé publique du Canada. (2012a). *Actualité en épidémiologie du VIH/sida- Chapitre 13 : Le VIH/sida au Canada chez les personnes originaires de pays où le VIH est endémique*. Repéré à [http://library.catie.ca/PDF/ATI-20000s/26331\\_C13F.pdf](http://library.catie.ca/PDF/ATI-20000s/26331_C13F.pdf)
- Agence de la santé publique du Canada. (2012b). *Résumé: Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada, 2011*. Archivé à <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/assets/pdf/estimat2011-fra.pdf>
- Agence de la santé publique du Canada. (2013). *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*. Repéré à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/section-1-fra.php#a3>
- Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration, Shepherd, B.S., Jenkins, C.A., Parrish, D.D., Glass, T.R., Cescon, A., ... Sterling, T.R. (2013). Higher rates of AIDS during the first year of antiretroviral therapy among migrants: the importance of tuberculosis. *AIDS*, 27(8), 1321-1329. doi: 10.1097/QAD.0b013e32835faa95
- Atkins, P. (2004). Interdisciplinarity and positionality. *Interdisciplinary Science Reviews*, 29(1), 2-5. doi : 10.1179/030801804225012419.
- Banque Mondiale. (2011). Recueil de statistiques 2011 sur les migrations et les envois de fonds. 2e édition. Repéré à <http://siteresources.worldbank.org/INTPROSPECTS/Resources/334934-1110315015165/Factbook2011French.pdf>
- Bertrand, J.T., O'Reilly, K., Denison, J., Anhang, R., & Sweat, M. (2006). Systematic review of the effectiveness of mass communication programs to change HIV/AIDS-related behaviors in developing countries. *Health Education research*, 21(4), 567-597. doi: 10.1093/her/cy1036
- Boyd, A.E., Murad, S., O'Shea, S., de Ruiter, A., Watson, C. & Easterbrook, P.J. (2005). Ethnic differences in stage of presentation of adults newly diagnosed with HIV-1 infection in south London. *HIV Medicine*, 6(2), 59-65. doi: 10.1111/j.1468-1293.2005.00267.x

- Brouselle, A., Champagne, F., Contandriopoulos, A.P. & Hartz, Z. (2011). *L'évaluation : concepts et méthodes* (2<sup>ième</sup> édition). Montréal, Québec : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Brugha, R. & Varvasovszky, Z. (2000). Stakeholder analysis: a review. *Health Policy and Planning, 15*(3), 239-246. doi: 10.1093/heapol/15.3.239
- Burns, F.M., Fakoya, A.O., Copas, A.J., French, P.D. (2001). Africans in London continue to present with advanced HIV disease in the era of highly active antiretroviral therapy *AIDS, 15*(18), 2453-2455. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11774832>
- Burns, et al. (2005). Factors associated with HIV testing among black Africans in Britain *Sexually Transmitted Infections, 81*, 494–500. doi: 10.1136/sti.2004.013755
- Burns, F.M., Imrie, J.Y., Nazroo, J., Johnson, A.M., & Fenton, K.A. (2007). Why the(y) wait? Key informant understandings of factors contributing to late presentation and poor utilization of HIV health and social care services by African migrants in Britain. *AIDS Care, 19*(1), 102-108. doi:10.1080/09540120600908440
- Butterfoss, F.D., Francisco, V. & Capwell, E.M. (2001). Stakeholder Participation in Evaluation. *Health promotion Practice, 2*(2), 114-119. doi: 10.1177/152483990100200203
- Centers for Disease Control and Prevention. *HIV among African Americans* [fact sheet]. Repéré à <http://www.cdc.gov/hiv/risk/raciaethnic/aa/facts/index.html>
- Chee, C.C., Mortier E., Dupont, C., Bloch, M., Simonpoli, A.M. & Rouveix, E. (2005). Medical and social differences between French and migrant patients consulting for the first time for HIV infection. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV, 17*(4), 516-520. doi: 10.1080/09540120412331291760
- Coates, T.J., Richter, L. & Caceres, C. (2008). Behavioral strategies to reduce HIV transmission: how to make them work better. *The Lancet, 372*(9639), 669-684. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60886-7
- Creswell, J.W. (2009). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches* (3rd edition). Thousand Oaks, California: SAGE Publications Inc.
- Deblonde, J., De Koker, P., Hamers, F.F., Fontaine, J., Luichters, S. & Temmerman, M. (2010). Barriers to HIV testing in Europe : a systematic review. *European Journal of Public Health, 20*(4), 422-432. doi: 10.1093/eurpub/ckp231
- Dodds, C. (2006). HIV-Related Stigma in England: Experiences of Gay Men and Heterosexual African Migrants Living with HIV. *Journal of Community & Applied Social Psychology, 16*, 472–480. doi: 10.1002/casp.895

- Dougan, S., Payne L.J., Brown A.E., Fenton K.A., Logan L., Evans B.G., Gill O.N. (2004). Black Caribbean adults with HIV in England, Wales and Northern Ireland: an emerging epidemic? *Sexually Transmitted Infections*, 80, 18–23. doi:10.1136/sti.2003.006163
- Dougan, S., Elford, J., Rice, B., Brown, A.E., Sinka, K., Evans, B.G.,... Fenton, K.A. (2005). Epidemiology of HIV among black and minority ethnic men who have sex with men in England and Wales. *Sexually Transmitted Infections*, 81, 345–350. doi: 10.1136/sti.2004.012328
- Erwin, J., Morgan, M., Britten, N., Gray, K., & Peters, B. (2002). Pathways to HIV testing and care by black African and white patients in London. *Sexually Transmitted Infections*, 78(1), 37-39. doi: 10.1136/sti.78.1.37
- Fenton, K. A., Chinouya, M., Davidson, O., Copas, A., & MAYISHA study team. (2002). HIV testing and high risk sexual behaviour among London's migrant African communities: A participatory research study. *Sexually Transmitted Infections*, 78, 241–245. doi:10.1136/sti.78.4.241
- Fishbein, M. (2000). The role of theory in HIV prevention. *AIDS Care*, 12(3), 273-278. doi: 10.1080/09540120050042918
- Fishbein, M. & Capella, J.N. (2006). The Role of Theory in Developing Effective Health Communications. *Journal of Communication*, 56, S1-S17. doi: 10.1111/j.1460-2466.2006.00280.x
- Foley, E.E. (2005). HIV/AIDS and African immigrant women in Philadelphia: Structural and cultural barriers to care. *AIDS Care: Psychological and Sociomedical Aspects of AIDS/HIV*, 17(8), 1030-1043. doi: 10.1080/09540120500100890
- Gushulak B.D., Pottie, K., Hatcher Roberts, J. Torres, S., DesMeules, M. & Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health. (2011). Canadian Guidelines for Immigrant Health Migration and health in Canada: health in the global village. *CMAJ*, 183(12). E952-E958. doi:10.1503/cmaj.090287
- Hamers, F. F., & Downs, A. M. (2004). The changing face of the HIV epidemic in Western Europe: What are the implications for public health policies? *The Lancet*, 364(9428), 83–94. Repéré à <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014067360416594X>
- Harawa NT, Bingham TA, Cochran SD, Greenland, S. & Cunningham, W.E. (2002). HIV prevalence among foreign- and US-born clients of public STD clinics. *American Journal of Public Health*, 92(12), 1958–1963. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447359/pdf/0921958.pdf>

- Hankins, C.A. & Zalduondo, B.O. (2010). Combination prevention: a deeper understanding of effective HIV prevention. *AIDS*, 24(suppl 4), S70-S80. doi: 10.1097/01.aids.0000390709.04255.fd
- Hickson, F., Reid, D., Weatherburn, P., Stephens, M., Nutland, W., Boakye, P. (2004). HIV, sexual risk, and ethnicity among men in England who have sex with men. *Sexually Transmitted Infections*, 80:443–450. doi: 10.1136/sti.2004.010520
- Hue, S., Brown, A., E., Ragonnet-Cronin, M., Lycett, S., J., Dunn, D., T., Fearnhill, E.,... Leigh-Brown, A. J. (2014). Phylogenetic analyses reveal HIV-1 infections between men misclassified as heterosexual transmissions. *AIDS*, 28(13), 1967-1975. doi: 10.1097/QAD.0000000000000383
- Hutchinson, A. B., Branson, B.M., Kim, A. & Farnham, P.G. (2006). A meta-analysis of the effectiveness of alternative HIV counseling and testing methods to increase knowledge of HIV status. *AIDS*, 20(12), 1597–1604. doi: 10.1097/01.aids.0000238405.93249.16
- Institut national de santé publique du Québec. (2007). *Complément québécois. Lignes directrices canadienne sur les infections transmissibles sexuellement*. Repéré à : [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/653\\_complement\\_lignes\\_directrices\\_its\\_2006.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/653_complement_lignes_directrices_its_2006.pdf)
- Institut national de santé publique du Québec. (2011). Avis. Optimiser le dépistage et le diagnostic de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine. Repéré à [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1324\\_OptimiserDepistageDiagnosticInfectionVIH.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1324_OptimiserDepistageDiagnosticInfectionVIH.pdf)
- Jarrin, I., Pantazis, N., Gill, M.J., Geskus, R., Perez-Hoyos, S., Meyer, L., ...del Amo, J. (2011). Uptake of combination antiretroviral therapy and HIV disease progression according to geographical origin in seroconverters in Europe, Canada and Australia. *Clinical Infectious Disease*, 54(1), 111-118. doi: 10.1093/cid/cidr814
- Kaai, S., Bullock, S., Burchell, A.N. & Major, C. (2012). Factors that affect HIV testing and counseling services among heterosexuals in Canada and the United Kingdom: an integrated review. *Patient education and Counselling*, 88(1), 4-15. doi: 10.1016/j.pec.2011.11.011
- Kerani, R.P., Kent, J.B., Sides, T., Dennis, G., Ibrahim, A.R., Cross, H. ...Golden, M.R. (2008). HIV Among African-Born Persons in the United States: A Hidden Epidemic? *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 49(1):102–106. doi: 10.1097/QAI.0b013e3181831806



- Kirmayer, L.J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A.G., Guzder, J., ... Pottie, K. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *CMAJ*, 183(12), E959-E967. doi:10.1503/cmaj.090292
- Klein, K.L., & Sorra, J.S. (1996). The Challenge of Innovation Implementation. *The Academy of Management Review*, 21(4), 1055-1080.  
Repéré à <http://www.jstor.org/stable/259164>
- Körner, H. (2007). Late HIV diagnosis of people from culturally and linguistically diverse backgrounds in Sydney: The role of culture and community, *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 19(2), 168-178.  
doi: 10.1080/09540120600944692
- Krentz, H.B., Auld, M.C., & Gill, M.J. (2004). The high cost of medical care for patients who present late (CD4 B/200 cells/microL) with HIV infection. *HIV Medicine*, 5(2). 93-98.  
doi: 10.1111/j.1468-1293.2004.00193.x
- Llàcer, A., Zunzunegui, M.V., del Amo, J., Mazarrasa, L. & Bolúmar, F. (2007). The contribution of a gender perspective to the understanding of migrants' health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(Suppl II), ii4-ii10.  
doi: 10.1136/jech.2007.061770
- Langley, A. (1999). Strategies for Theorizing from Process Data. *Academy of Management review*, 24(4), 691-710. doi: 10.5465/AMR.1999.2553248
- Lebrun, L.A. & Dubay, L.C. (2010). Access to Primary and Preventive Care among Foreign-Born Adults in Canada and the United States. *Health Services Research* 45(6), 1693-1719. doi: 10.1111/j.1475-6773.2010.01163.x
- Le Vu, S., Lot, F., & Semaille, C. (2005). Les migrants africains au sein du dépistage anonyme du VIH, 2004. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. 46–47. Institut de Veille Sanitaire.  
Repéré à [http://www.invs.sante.fr/beh/2005/46\\_47/beh\\_46\\_47\\_2005.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2005/46_47/beh_46_47_2005.pdf)
- Lombardo, A.P. & Léger, Y.A. (2007). Thinking about the « Think Again » in Canada : Assessing a social marketing HIV/AIDS prevention campaign. *Journal of Health Communication: International perspectives*, 12(4), 377-397.  
doi: 10.1080/10810730701328875
- Machouf, N., Salah, T. & Thomas, R. (2012). PIPELINE Project. Final Report Quantitative Section. Montréal: Clinique Médicale l'ACTUEL.
- Madison, Hung & Jean-Louis. (2004). The Boston Haitian HIV Prevention Coalition Formative Evaluation: A Participatory approach to Community Self-assessment. *Ethnicity and Disease*, 14, S1-20-S1-26.  
Repéré à <http://www.ishib.org/journal/ethn-14-03s-0020.pdf>

- MacArthur, J. (1997). Stakeholder analysis in project planning: origins, applications and refinements of the method. *Project Appraisal* 12(4): 251-265.  
doi : 10.1080/02688867.1997.9727068
- Manirankunda,L., Loos, J., Assebide Alou, T.A., Colebunders, R. & Nöstlinger, C. (2009). “It’s better not to know”: perceived barriers to HIV voluntary counseling and testing among sub-Saharan African migrants in Belgium. *AIDS Education and Prevention*, 21(6), 582–593. doi: 10.1521/aeap.2009.21.6.582
- Marks, G., Crepaz N., & Janssen, R.S. (2006) Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. *AIDS*, 20(10), 1447-1450. doi: 10.1097/01.aids.0000233579.79714.8d
- McOwan, A., Gilleece, Y., Chislett, L. & Mandalia, S. (2002). Can targeted HIV Testing Campaigns alter health-seeking behaviour? *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 14(3), 385-390. doi: 10.1080/09540120220123766
- Merson, M.H., O’Malley, J., Serwadda, D. & Apisuk, C. (2008) The history and challenge of HIV prevention. *The Lancet*, 372(9637), 475-488.  
doi: 10.1016/S0140-6736(08)60884-3
- Miles, M.B. & Huberman, M.A. (1994). *Qualitative Data Analysis. An Expanded Sourcebook* (2<sup>nd</sup> edition). Thousand Oaks, California: SAGE Publications, Inc.
- Mitra D., Jacobsen, M.J., O’Connor, A., Pottie, K. & Tugwell, P. (2006). Patient Assessment of the decision support needs of women from HIV endemic countries regarding voluntary HIV testing in Canada. *Patient Education and Counseling* 63, 292–300.  
doi: 10.1016/j.pec.2006.04.005
- Newbold, K.B. & Danforth, J. (2003). Health status and Canada's immigrant population. *Social Science and Medicine*, 57(10), 1981-1995.  
Repéré à <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953603000649>
- Noar, S.M., Palmgreen, P., Chabot, M., Dobransky,N. & Zimmerman R.S. (2009). A 10-year Systematic Review of HIV/AIDS Mass Communication Campaigns: Have we made Progress? *Journal of Health Communication*, 14, 15-42.  
doi: 10.1080/10810730802592239
- Operario, D. (2006). Commentary: Mass media interventions for promoting HIV testing. Cochrane systematic review. *International Journal of Epidemiology*, 35(2): 235.  
doi: 10.1093/ije/dyl015
- Patton, M.Q. (2008). *Utilization-focused evaluation* (4<sup>th</sup> edition). Thousand Oaks, California: SAGE Publications Inc.

- Padian, N.S., Buvé, A., Balkus, J., Serwadda, D. & Cates Jr, W. (2008). Biomedical interventions to prevent HIV infection : evidence, challenges and way forward. *The Lancet*, 372, 585-599. doi : 10/1016/S0140-6736(08)60885-5
- Poland, B., Frolich, C.F. & Cargo, M. (2008). Context as a Fundamental Dimension of Health Promotion Program Evaluation. Dans Potvin, L. & McQueen, D. (dir), *Health promotion Evaluation Practices in the Americas* (p. 299-317) New York, NY: Springer New York.
- Poupart, J., Deslauriers, J.P., Groulx, L.H., Laperrière, A., Mayer, R. & Pires A.P. (1997). *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal, Québec : Gaëtan Morin Éditeur.
- Programme commun des Nations Unies pour le VIH/SIDA et Organisation mondiale de la Santé. Déclaration de politique de l'OMS/l'ONUSIDA sur les tests VIH. Genève: Juin 2004. Repéré à [http://data.unaids.org/UNA-docs/hivtestingpolicy\\_fr.pdf](http://data.unaids.org/UNA-docs/hivtestingpolicy_fr.pdf)
- Programme commun des Nations Unies pour le VIH/SIDA. (2010). *Rapport mondial : rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2010*. Repéré à [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/JC1958\\_GlobalReport2010\\_full\\_fr.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/JC1958_GlobalReport2010_full_fr.pdf)
- Programme commun des Nations Unies pour le VIH/SIDA. (2012). *Rapport mondial : rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2012*. Repéré à [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120\\_UNAIDS\\_Global\\_Report\\_2012\\_with\\_annexes\\_fr.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_fr.pdf)
- Programme commun des Nations Unies pour le VIH/SIDA. (2013). *Rapport mondial : rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2013*. Repéré à [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS\\_Global\\_Report\\_2013\\_fr.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_fr.pdf)
- Prost A., Elford J., Imrie, J., Petticrew, M. & Hart, G.J. (2008). Social, Behavioural, and Intervention Research among People of Sub-Saharan African Origin Living with HIV in the UK and Europe: Literature Review and Recommendations for Intervention. *AIDS and Behavior*, 12(2), 170–194. doi 10.1007/s10461-007-9237-4
- Rao Gupta, G., Parkhurst, J.O., Ogdén, J.A., Aggleton, P & Mahal, A. (2008). Structural approaches to HIV prevention. *The Lancet*, 372, 764-775. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60887-9
- Randolph, W. and Viswanath, K. 2004. Lessons learned from public health mass media campaigns: Marketing health in a crowded media world. *Annual Reviews in Public Health*, 25, 419–37. DOI: 10.1146/annurev.publhealth.25.101802.123046

- Réseau juridique canadien VIH/sida. (2014). Droit criminel. Repéré le 8 août 2014 à [http://www.aidslaw.ca/FR/themes/droit\\_criminel.htm](http://www.aidslaw.ca/FR/themes/droit_criminel.htm)
- Ross, D.A. (2010). Behavioural interventions to reduce HIV risk: what works? *AIDS*, 24 (suppl 4), S4–S14. doi: 10.1097/01.aids.0000390703.35642.89
- Ruiz-Casares, M., Rousseau, C., Laurin-Lamothe, A., Rummens, J.A., Zelkowitz, P., Crépeau, F. & Steinmetz, N. (2012). Access to Health Care for Undocumented Migrant Children and Pregnant Women: The Paradox Between Values and Attitudes of Health Care Professionals. *Maternal Child Health Journal*, 17(2),292-298. doi 10.1007/s10995- 012-0973-3
- Sanders, G.D., Anaya, H.D., Asch, S., Hoang, T., Golden, J.F., Bayoumi, A.M., Owens, D.K., (2010) Cost-Effectiveness of Strategies to Improve HIV Testing and Receipt of Results: Economic Analysis of a Randomized Controlled Trial. *Journal of General Internal Medicine*, 25(6), 556–63. doi : 10.1007/s11606-010-1265-5
- Scheirer, M.A. (1981). *Program Implementation: The Organizational Context*. Beverly Hills, CA: SAGE Publications Inc.
- Scheirer, M.A. (1987). Program theory and implementation theory: Implications for evaluators. *New Directions for Program Evaluation, Special Issue: Using Program Theory in Evaluation*, 33, 59-76. doi: DOI: 10.1002/ev.1446
- Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada. (2010). Pour soutenir des évaluations efficaces : Guide d'élaboration de stratégies de mesure du rendement. Repéré à <http://www.tbs-sct.gc.ca/cee/dpms-esmr/dpms-esmr05-fra.asp#LogicModelNarr>
- Seña, A.C., Hammer, J.P., Wilson, K., Zeveloff, A., Gamble, J. (2010). Feasibility and Acceptability of Door-to-Door Rapid HIV Testing Among Latino Immigrants and Their HIV Risk Factors in North Carolina. *AIDS PATIENT CARE and STDs*, 24(3), 165-173. doi: 10.1089=apc.2009.0135
- Sinka, S., Mortimer, J., Evans, B. & Morgan D. (2003). Impact of the HIV epidemic in sub-Saharan Africa on the pattern of HIV in the UK. *AIDS*, 17(11), 1683-1690. doi: 10.1097/01.aids.0000060392.18106.4e
- Snyder, L.B., Hamilton, M.A., Mitchell, E.W., Kiwanuka-Tondo, J., Fleming-Milici, F. & Proctor, D. (2004). A Meta-Analysis of the Effect of Mediated Health Communication Campaigns on Behavior Change in the United States. *Journal of Health Communications: International Perspectives*, 9(S1), 71-96. doi: 10.1080/10810730490271548

- Staehelin, C., Rickenbach M., Low N., Egger M., Ledergerber B., Hirschel B., ... Swiss HIV Cohort Study. (2003). Migrants from Sub-saharan Africa in the Swiss HIV Cohort Study: access to antiretroviral therapy, disease progression and survival. *AIDS*, 17: 2237-2244. doi: 10.1097/01.aids.0000088208.77946.68
- Stake, R.E. (1995). *The Art of Case Study Research*. Thousand Oaks, California: SAGE Publications Inc.
- United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Division for the Advancement of Women. 2004 World survey on the role of women in development: women and international migration. United Nations 2005:1–97. Repéré à : <http://www.un.org/womenwatch/daw/Review/documents/press-releases/WorldSurvey-Women&Migration.pdf>
- Valin, N., Lot, F., Larsen. C., Gouezel, P., Blanchon, T., & Laporte, A. (2004) Parcours Sociomédical des personnes originaires d’Afrique sub-saharienne atteintes par le VIH prises en charge dans les hôpitaux d’Ile-de-France, 2002. Institut de Veille Sanitaire.  
Repéré à [http://www.invs.sante.fr/publications/2004/vih\\_afrique/vih\\_afrique.pdf](http://www.invs.sante.fr/publications/2004/vih_afrique/vih_afrique.pdf)
- Vidanapathirana, J., Abramson, M.J., Forbes, A. & Fairley, C. (2006). Mass Media interventions for promoting HIV testing: Cochrane systematic review. *International Journal of Epidemiology*, 35(2): 233-236. doi: 10.1093/ije/dyl015
- Yin, R.K. (2003). *Case Study Research. Design and Methods* (3<sup>rd</sup> edition, volume 5). Thousand Oaks, California: SAGE Publications Inc.
- Yin, R.K. (2009). *Case Study Research. Design and Methods* (4th edition, volume 5). Thousand Oaks, California: SAGE Publications Inc.
- Yin, R. K. (2012). *Applications of Case Study Research* (3<sup>rd</sup> edition). Thousand Oaks, California: SAGE Publications Inc.
- Weatherburn, P., Ssanyu-Sseruma, W., Hickson, F., McLean, S. & Reid, D. (2003). Project NASAH: an investigation into the HIV treatment information and other needs of African people with HIV resident in England. London, United Kingdom: Sigma Research.
- Weiss, C.H. (1972). *Evaluation Research: Methods of Assessing Program Effectiveness*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.

## **Annexe1 : Guide d'entretien**

## Guide d'entretien

Quel a été votre rôle dans ce projet?

Nature du partenariat

Pouvez-vous me décrire, selon ce que vous en savez, dans quel contexte ce projet a-t-il été développé?

*Note : questions générales pour lancer la discussion*

1. Quels sont les besoins spécifiques qui ont guidé le développement du projet? À qui s'adressait cette initiative?

*Note : camper la problématique et la population ciblée*

2. Par qui et comment ces besoins ont-ils été déterminés? Comment ces besoins ont-ils été définis en termes d'objectifs pour le projet?

3. Quel est le raisonnement derrière les activités priorisées pour le projet? Par qui et comment ces activités ont-elles été développées?

*Note : théorie du projet*

4. Quels étaient les résultats à court terme prévus dans le cadre du projet? Quels ont été les résultats à courts terme effectivement réalisés?

5. Le projet a-t-il produit des résultats non prévus?

*Note : résultats au sens large- population non ciblée rejointe, nouveaux développements ou changements organisationnels, etc.*

6. Quelle était la pertinence de ce projet pour votre organisation?

*Note : adéquation avec la mission et les populations cibles*

7. Le contexte d'implantation a-t-il favorisé la mise en œuvre du projet tel que planifié? Dans quelle mesure celui-ci a-t-il été implanté tel que prévu?

Y a-t-il eu des modifications à la planification initiale? Si oui, quelles sont-elles et comment la décision d'effectuer ces changements a-t-elle été prise?

*Note : Des événements internes ou externes affectent-ils le programme, son personnel et sa population cible*

8. Quels ont été les principaux obstacles à l'implantation du projet?

9. Quelles solutions ont été identifiées pour pallier à ses difficultés?

*Note : facteurs facilitant*

10. Quelles sont, selon vous, les ressources nécessaires à une implantation effective d'un projet similaire?

*Note : financières, humaines et matérielles*

11. Comment décririez-vous l'attitude de votre organisation face au projet?

*Note : réceptivité*

12. Vous sentiez-vous soutenus et aptes à mener ce projet? A-t-on mis en place des politiques et des stratégies afin de soutenir votre participation au projet?

*Note : habiletés, incitatifs*

Pour les DG

Pendant l'implantation du projet, est-ce que votre organisation a mis en place des mesures spécifiques (politiques et stratégies) afin de soutenir la participation de vos employés au projet?

*Note : incitatifs, mitiger les obstacles*

13. Certains employés n'ont pas (ou peu) participé au projet, quelles seraient, selon vous, les raisons pouvant expliquer ce manque de participation?

*Note : obstacles à la participation individuelle*

14. Quelles étaient vos attentes par rapport au projet ? Que pensez-vous que ce projet pourrait amener à votre organisation? Aux personnes ciblées?

*Note : (peu être une vision, visée, attentes personnelle, professionnelle, organisationnelle, atteinte des objectifs et des résultats)*

15. Comment décririez-vous votre engagement par rapport à ce projet?



## **Annexe 2 : Lexique de codes**

Projet « Moi je fais le test »		
Sujet	Code	Exemple
Populations ciblées par le projet	Pop. ciblées	« le projet s'adressait à des personnes originaires de pays où le VIH est endémique »
Prévalence du VIH	Prévalence VIH	« cependant dans le cadre des cas d'infections au VIH elles représentent quand même un gros 16 % »
Accessibilité aux services de conseil et dépistage du VIH	Accès dépistage	« elle a un faible accès au dépistage »
Barrières au dépistage	Barrières dépistage	« programme de santé intérimaire « Qu'est-ce que je fais si j'ai la RAMQ vs le programme de santé intérimaire, est-ce que je serai accepté? »
Facteurs facilitant le dépistage	Facilitant dépistage	« ça nous a permis d'expérimenter le test rapide. Le test rapide c'est gagnant »
Expériences antérieures	Exp. antérieures	« l'Actuel avait eu une belle expérience avec les gais »
Suppositions, théorie du projet	Théorie	« il y avait une étude aussi sur laquelle vous vous étiez basés pour développer ce projet...mais je ne me rappelle plus la source de cette étude-là qui a facilité »
Objectifs du projet	Objectifs	« c'était clairement ça qui était visé : faciliter la prise en charge »
Développement du projet	Devt. projet	« j'ai participé à des rencontres, rencontres de planifications, à un ou deux focus groupes, avec l'agence de communication aussi... »
Activités	Activités	Embauche d'une ressource humaine :  « je pense aussi même la direction avait le projet d'employer quelqu'un seulement pour cette clinique. Un seul intervenant par clinique pour que ce ne soient pas tous les employés de GAP-VIES qui s'en occupent. GAP-VIES n'a jamais pu donner suite »
Outils promotionnels	Outils	« ça a été très apprécié parce qu'on avait des outils visuels- les affiches qu'on pouvait aller placarder, les bannières sont encore hyper utilisées »
Expertise GAP-VIES	Exp/GV	« les bonnes pratiques pour rejoindre cette communauté mais aussi c'est un organismes qui dispose d'une certaine notoriété auprès de cette population »

Expertise de l'Actuel	Exp/Actuel	« dans le cadre de ce partenariat l'Actuel s'engageait à offrir le dépistage, à offrir un suivi, à offrir un accès aux traitements »
Résultats	Res/non prévu	« le projet a tout de même rejoint une clientèle plus large- pas uniquement des personnes originaires de pays où le VIH est endémique »
Obstacles à la réalisation du projet	Obstacles	« réticence de la part de l'administration parce qu'il y avait des coûts non pris en charge par le projet »
Solutions	Solutions	« c'est justement cette approche qu'on avait discuté avec toi Geneviève, si on avait déterminé disons une dizaine, une douzaine d'agents multiplicateurs, ces agents multiplicateurs auraient x nombre de personnes par années et c'est parmi ces agents multiplicateurs là qu'on allait faire le tirage »
Bon coups	Bon coups	« Une campagne intéressante effectuée sans créer de stigmatisation »
Ressources	Ressources	« pour créer une habitude de dépistage (faut plus de 3 à 6 mois). 1 à 3 ans donc budget conséquent »
Leçons apprises (ce que l'on a appris)	Leçons	Cliniques privées et sensibilisation : « participer à de la sensibilisation, oui, organiser, pas certain. Plutôt DSP ou CSS aurait dû faire »
Pistes pour projets futurs	Pistes	« ça peut être une bonne façon quand on va ré-envisager la possibilité d'avoir une clinique, donc de regarder aussi sous cet angle-là »
Pertinence du projet pour l'Actuel	Pertinence/Actuel	« envie d'explorer de nouvelles avenues (personnes originaires de pays où le VIH est endémique »
Pertinence du projet pour GAP-VIES	Pertinence/GAP-VIES	« c'est ce bras qui manquait aux activités de GAP-VIES »
Réceptivité organisationnelle	Réceptivité	« on ressentait un certain enthousiasme à s'engager vers la promotion d'une telle clinique »

Diffusion de l'information	Diffusion/info	« tout le monde a eu une formation »
Sentiment d'aptitude à mener le projet	Aptitude	« parce ce que les intervenants de GAP-VIES sont compétents, tu vois, pour le faire et ce serait... je te dirais là ce serait plus de valoriser le travail de GAP-VIES parce qu'à un certain moment dans la durée, quand la clinique l'Actuel avait commencé, c'est comme si on faisait juste l'accueil alors que sur le terrain on fait tout le tra la la »
Soutien de l'employeur	Soutien	« sentait que si elle avait besoin de discuter la directrice était à l'écoute »
Mesures incitatives	Incitatifs/participation	« supplément de rémunération accordé »
Obstacles à la participation	Obstacle/participation	« il y avait un nombre insuffisant de personnes quand les MDs y allaient. Ils avaient l'impression d'avoir perdu leur temps »
Attentes	Attentes	« on était en train de concrétiser une nouvelle approche »
Engagement	Engagement	« j'étais contente d'offrir un service complémentaire et nécessaire »

## **Annexe 3 : Formulaires de consentement**

Faculté : Médecine  
Département : Médecine sociale et préventive

### **Formulaire d'information et de consentement**

#### **Équipe de recherche**

##### **Étudiante-chercheuse :**

Geneviève Némouthé, candidate à la maîtrise  
Courriel:

##### **Directeur :**

Vinh-Kim Nguyen, professeur agrégé, Médecine, Département de médecine sociale et préventive,  
Courriel :

##### **Co-directrice :**

Natalie Kishchuk, professeure associée, Médecine, Département de médecine sociale et préventive  
Courriel :

#### **Information sur le financement du projet**

Cette étude n'est pas financée.

#### **Renseignements généraux**

Votre participation est sollicitée dans le cadre de l'évaluation d'un projet de dépistage du VIH sur lequel vous et votre organisme/clinique avez collaboré. En tant qu'ancien collaborateur/ancienne collaboratrice, votre contribution à la réalisation des activités ainsi qu'à leur évaluation est importante. À cette fin, vous êtes invité(e) à participer à un entretien individuel d'une durée d'environ 45 minutes. L'entretien sera réalisé à partir du devis d'évaluation et du guide d'entretien qui vous ont été préalablement transmis.

Ce travail de recherche effectué par Mme Geneviève Némouthé est réalisé dans le cadre d'une maîtrise en santé communautaire.

### **Description du projet de recherche**

Selon le recensement de 2006, environ 2.2% de la population canadienne est née dans un pays où le VIH est endémique (se dit de pays où la proportion d'adultes vivant avec le VIH est supérieure à 1%). Pourtant, ces personnes représentent environ 16% des nouveaux cas d'infection au VIH, soit un taux d'infection 8.5 fois plus élevé pour ce groupe que pour les autres canadiens (ASPC, 2008, p.1). Au Québec, nous remarquons également une augmentation du pourcentage d'infection dans ces mêmes groupes (INSPQ, 2012, p. VI). Forte de ces différents constats, la clinique médicale l'Actuel en partenariat avec le groupe d'action pour la prévention de la transmission et l'éradication du sida (GAP-VIES) a lancé, en septembre 2010, un projet dont l'objectif principal était d'augmenter l'accès au dépistage et au traitement pour le VIH pour les personnes issues des pays où le VIH est endémique.

Compte tenu des besoins réels, pour ces populations, en matière de prévention du VIH et de traitement, ainsi que le peu d'interventions recensées faisant la promotion du dépistage du VIH dans ces mêmes communautés, l'objectif de cette étude de cas est double, soit documenter le projet et évaluer l'implantation de ce dernier. De manière plus spécifique, l'étude visera à :

- Documenter le déroulement du projet en décrivant ses acteurs, son contexte de réalisation, ainsi que ses différentes étapes allant de l'élaboration à l'actuelle évaluation;
- Modéliser l'intervention en collaboration avec les parties prenantes du projet;
- Analyser l'interprétation qu'ont faite les acteurs, des différents résultats du projet.

Dans le contexte de l'étude, les « parties prenantes du projet » font référence aux différents acteurs qui ont participé au projet (directeurs des organismes, médecins, infirmières et intervenants).

### **Nature, durée et conditions de la participation**

Vous serez invité (e) à participer à un entretien individuel. L'entretien d'une durée d'environ quarante-cinq minutes aura lieu au jour et à l'endroit que nous aurons déterminé. Si vous y consentez, un enregistrement audio de la rencontre sera effectué.

Tels que précisés dans le devis d'évaluation et le canevas d'entretien qui vous ont déjà été transmis, les échanges porteront sur la campagne de dépistage sur laquelle vous avez collaboré.

### **Accès aux données**

Mme Némouthé souhaite obtenir accès aux documents se rapportant au projet et aux archives ; cet accès inclus les rapports intérimaires et final, les compte rendus de comité de travail ainsi que les courriels. Les constats de Mme Némouthé vous seront partagés avant la rédaction finale du mémoire et vous aurez droit de regard sur les analyses ainsi réalisées.

### **Risques et inconvénients**

Compte tenu du rôle que vous avez joué au sein du projet faisant l'objet de la présente évaluation, vous pourriez avoir quelques réserves à répondre aux questions lors de l'entretien. Vous êtes libre d'y répondre ou non. Par ailleurs, il existe un risque lié à un possible bris de confidentialité concernant vos informations personnelles qui pourrait se traduire par une atteinte à votre vie privée. Ce risque est cependant minime. Tous les efforts seront déployés pour protéger les informations transmises.

### **Avantages et bénéfiques**

Vous ne retirerez aucun avantage personnel direct de votre participation à ce projet. Vous ne recevrez aucun avantage lors de l'entretien. Cependant, vous pourrez bénéficier, ainsi que les organismes concernés par la question du dépistage du VIH auprès de la population à l'étude, des résultats de l'étude et des connaissances qui seront générées.

### **Compensation**

Vous ne recevrez aucune compensation pour votre participation.

### **Diffusion des résultats**

Les résultats généraux de cette étude vous seront communiqués par la chercheuse étudiante suite à la complétion de son mémoire de maîtrise et à la publication des données.

### **Protection de la confidentialité**

Les entretiens seront confidentiels et les données émanant des échanges seront traitées de façon non-nominale. Toute information permettant de vous identifier sera codifiée et, dans l'évaluation, les apports individuels seront groupés en thèmes de façon à ce que l'idée soit représentée tout en assurant que celle-ci ne puisse être associée à une personne. De cette façon, il est espéré que vous vous sentirez aisés d'exprimer votre point de vue tout en ayant l'assurance que vos propos demeureront confidentiels. A cette fin, les enregistrements audio ne seront accessibles qu'à l'auteure et aux co-directeurs. Les enregistrements seront identifiés par un code connu uniquement de ces trois individus.



Évaluation d'implantation d'une campagne de dépistage du VIH/sida

**Formulaire d'information et de consentement**

[Geneviève Némouthé]

Version 20-02-13

Les verbatim, quant à eux, seront dépouillés d'informations nominales et ne pourront être consultés que par l'étudiante, les Professeurs Nguyen et Kishchuk. Compte tenu que cette évaluation s'inscrit dans une démarche participative, vous serez invité à relire et à valider vos propos. Pour ce faire, vous recevrez une copie du verbatim de l'échange. Toute information nominale ou autre information permettant d'identifier quelqu'un sera codifiée.

Les données seront conservées par Mme Némouthé sur son ordinateur personnel dans un fichier protégé par mot de passe lors de l'analyse et conservées sur une clé USB après la rédaction du mémoire. Selon les normes en vigueur à l'Université de Montréal, les données seront conservées sept ans après la fin du projet. Les copies papier seront détruites et les copies électroniques effacées de manière sécuritaire.

**Droit de retrait**

Vous pouvez vous retirer de cette étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison. Vous avez simplement à aviser Mme Némouthé et ce, par simple avis verbal. Vos propos ne seront pas utilisés lors de l'analyse des données.

**Personnes-ressources**

Si vous avez des questions sur les aspects scientifiques du projet de recherche, vous pouvez contacter Mme Némouthé au (514) 844-2477 poste 28 ou à son adresse courriel :

Si vous voulez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter Mme Némouthé aux mêmes coordonnées.

Pour toute information d'ordre éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le coordonnateur Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) par courriel : [\\_](#) ou par téléphone au (514) 343-6111 poste 2604.

Pour plus d'information sur vos droits comme participants, vous pouvez consulter le portail des participants de l'Université de Montréal à l'adresse suivante : <http://recherche.umontreal.ca/participants>.

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel L'ombudsman accepte les appels à frais virés. Il s'exprime en français et en anglais et prend les appels entre 9h et 17h.

**Consentement**

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer.

\_\_\_\_\_  
Prénom et nom du participant  
(caractère d'imprimerie)

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

\_\_\_\_\_  
Date :

\_\_\_\_\_  
Ce projet a été évalué par le Comité d'éthique à la recherche de la Faculté de Médecine, Université de Montréal

Faculté : Médecine  
Département : Médecine sociale et préventive

### **Formulaire d'information et de consentement**

#### **Équipe de recherche**

##### **Étudiante-chercheuse :**

Geneviève Némouthé, candidate à la maîtrise  
Courriel:

##### **Directeur :**

Vinh-Kim Nguyen, professeur agrégé, Médecine, Département de médecine sociale et préventive,  
Courriel :

##### **Co-directrice :**

Natalie Kishchuk, professeure associée, Médecine, Département de médecine sociale et préventive  
Courriel :

#### **Information sur le financement du projet**

Cette étude n'est pas financée.

#### **Renseignements généraux**

Votre participation est sollicitée dans le cadre de l'évaluation d'un projet de dépistage du VIH sur lequel vous et votre organisme/clinique avez collaboré. En tant qu'ancien collaborateur/ancienne collaboratrice, votre contribution à la réalisation des activités ainsi qu'à leur évaluation est importante. À cette fin, vous êtes invité(e) à participer à un entretien de groupe d'une durée d'environ 45 minutes. L'entretien sera réalisé à partir du devis d'évaluation et du guide d'entretien qui vous ont été préalablement transmis.

Ce travail de recherche effectué par Mme Geneviève Némouthé est réalisé dans le cadre d'une maîtrise en santé communautaire.

1, Sherbrooke est  
Montréal QC H2X3V8

Téléphone : (514) 844-2477 poste 28  
Télécopieur : (514) 844-2498

Page 1 de 4

Évaluation d'implantation d'une campagne de dépistage du VIH/sida

### **Description du projet de recherche**

Selon le recensement de 2006, environ 2.2% de la population canadienne est née dans un pays où le VIH est endémique (se dit de pays où la proportion d'adultes vivant avec le VIH est supérieure à 1%). Pourtant, ces personnes représentent environ 16% des nouveaux cas d'infection au VIH, soit un taux d'infection 8.5 fois plus élevé pour ce groupe que pour les autres canadiens (ASPC, 2008, p.1). Au Québec, nous remarquons également une augmentation du pourcentage d'infection dans ces mêmes groupes (INSPQ, 2012, p. VI). Forte de ces différents constats, la clinique médicale l'Actuel en partenariat avec le groupe d'action pour la prévention de la transmission et l'éradication du sida (GAP-VIES) a lancé, en septembre 2010, un projet dont l'objectif principal était d'augmenter l'accès au dépistage et au traitement pour le VIH pour les personnes issues des pays où le VIH est endémique.

Compte tenu des besoins réels, pour ces populations, en matière de prévention du VIH et de traitement, ainsi que le peu d'interventions recensées faisant la promotion du dépistage du VIH dans ces mêmes communautés, l'objectif de cette étude de cas est double, soit documenter le projet et évaluer l'implantation de ce dernier. De manière plus spécifique, l'étude visera à :

- Documenter le déroulement du projet en décrivant ses acteurs, son contexte de réalisation, ainsi que ses différentes étapes allant de l'élaboration à l'actuelle évaluation;
- Modéliser l'intervention en collaboration avec les parties prenantes du projet;
- Analyser l'interprétation qu'ont faite les acteurs, des différents résultats du projet.

Dans le contexte de l'étude, les « parties prenantes du projet » font référence aux différents acteurs qui ont participé au projet (directeurs des organismes, médecins, infirmières et intervenants).

### **Nature, durée et conditions de la participation**

Vous serez invité (e) à participer à un entretien de groupe. Cependant, si vous n'êtes pas disponible pour cette rencontre, un entretien individuel pourra être arrangé. L'entretien d'une durée d'environ quarante-cinq minutes aura lieu au jour et à l'endroit déterminé par le groupe ou par vous, le cas échéant. Si vous y consentez, un enregistrement audio de la rencontre sera effectué.

Tels que précisés dans le devis d'évaluation et le canevas d'entretien qui vous ont été transmis, les échanges porteront sur la campagne de dépistage sur laquelle vous avez collaboré.

### **Risques et inconvénients**

Compte tenu du rôle que vous avez joué au sein du projet faisant l'objet de la présente évaluation, vous pourriez avoir quelques réserves à répondre aux questions lors de l'entrevue. Vous êtes libre d'y répondre ou non. Par ailleurs, il existe un risque lié à un possible bris de confidentialité concernant vos informations personnelles qui pourrait se traduire par une atteinte à votre vie privée. Ce risque est cependant minime. Tous les efforts seront déployés pour protéger les informations transmises.

1, Sherbrooke est  
Montréal QC H2X3V8

Téléphone : (514) 844-2477 poste 28  
Télécopieur : (514) 844-2498

**Avantages et bénéfices**

Vous ne retirerez aucun avantage personnel direct de votre participation à ce projet. Vous ne recevrez aucun avantage lors de l'entretien. Cependant, vous pourrez bénéficier, ainsi que les organismes concernés par la question du dépistage du VIH auprès de la population à l'étude, des résultats de l'étude et des connaissances qui seront générées.

**Compensation**

Vous ne recevrez aucune compensation pour votre participation.

**Diffusion des résultats**

Les résultats généraux de cette étude vous seront communiqués par la chercheuse étudiante suite à la complétion de son mémoire de maîtrise et à la publication des données.

**Protection de la confidentialité**

Les entretiens seront confidentiels et les données émanant des échanges seront traitées de façon non-nominale. Toute information permettant de vous identifier sera codifiée et, dans l'évaluation, les apports individuels seront groupés en thèmes de façon à ce que l'idée soit représentée tout en assurant que celle-ci ne puisse être associée à une personne. De cette façon, il est espéré que vous vous sentirez aisés d'exprimer votre point de vue tout en ayant l'assurance que vos propos demeureront confidentiels. A cette fin, les enregistrements audio ne seront accessibles qu'à l'auteure et aux co-directeurs. Les enregistrements seront identifiés par un code connu uniquement de ces trois individus. Les verbatim, quant à eux, seront dépouillés d'informations nominales et ne pourront être consultés que par l'étudiante, les Professeurs Nguyen et Kishchuk. Compte tenu que cette évaluation s'inscrit dans une démarche participative, chaque participant sera invité à relire et à valider ses propos. Pour ce faire, vous recevrez une copie du verbatim de votre groupe. Toute information nominale ou permettant d'identifier les participants sera codifiée.

Les données seront conservées par Mme Némouthé sur son ordinateur personnel dans un fichier protégé par mot de passe lors de l'analyse et conservées sur une clé USB après la rédaction du mémoire. Selon les normes en vigueur à l'Université de Montréal, les données seront conservées sept ans après la fin du projet. Les copies papier seront détruites et les copies électroniques effacées de manière sécuritaire.

**Droit de retrait**

Vous pouvez vous retirer de cette étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison. Vous avez simplement à aviser Mme Némouthé et ce, par simple avis verbal. Vos propos seront retirés du verbatim et ne seront pas considérés dans l'analyse.

## Formulaire d'information et de consentement

[Geneviève Némouthé]

Version 20-02-13

### Personnes-ressources

Si vous avez des questions sur les aspects scientifiques du projet de recherche, vous pouvez contacter Mme Némouthé au (514) 844-2477 poste 28 ou à son adresse courriel :

Si vous voulez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter Mme Némouthé aux mêmes coordonnées.

Pour toute information d'ordre éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le coordonnateur Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) par courriel : ou par téléphone au (514) 343-6111 poste 2604.

Pour plus d'information sur vos droits comme participants, vous pouvez consulter le portail des participants de l'Université de Montréal à l'adresse suivante : <http://recherche.umontreal.ca/participants>.

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel L'ombudsman accepte les appels à frais virés. Il s'exprime en français et en anglais et prend les appels entre 9h et 17h.

### Consentement

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer sans que cela n'affecte votre statut d'emploi au sein de l'organisme étudié.

\_\_\_\_\_  
Prénom et nom du participant  
(caractère d'imprimerie)

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

Date : \_\_\_\_\_

### Engagement de l'étudiante-chercheuse

Je m'engage à ne pas communiquer les informations collectées dans le contexte de cette étude à votre employeur.

\_\_\_\_\_  
Prénom et nom de l'étudiante-chercheuse  
(caractère d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Signature de l'étudiante-chercheuse

Date : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ce projet a été évalué par le Comité d'éthique à la recherche de la Faculté de Médecine, Université de Montréal