

Université de Montréal

**Analyse de l'implantation d'une innovation en prévention du VIH : le dépistage rapide
en milieu communautaire gai**

par Ludivine Veillette-Bourbeau

Département de médecine sociale et préventive

Faculté de médecine

Mémoire présenté à la Faculté de médecine en vue de l'obtention du grade de maîtrise en santé
communautaire

Février, 2013

© Ludivine Veillette-Bourbeau, 2013

RÉSUMÉ

Une équipe multidisciplinaire et intersectorielle a implanté en 2009 une recherche-intervention novatrice : Spot, un service de dépistage rapide du VIH en milieu communautaire offert aux hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes de Montréal. Une étude de cas a été menée afin de décrire le processus d'implantation de Spot et les facteurs contextuels qui l'ont affecté. L'analyse par théorisation ancrée des entrevues, l'observation participante et l'analyse documentaire ont permis d'identifier un processus d'implantation dynamique en plusieurs phases. Elles sont modulées par des facteurs liés aux motivations des acteurs à s'engager dans le projet, à la complexité des dynamiques partenariales et aux défis de la coordination en contexte d'équipe multidisciplinaire et intersectorielle et à d'autres facteurs ayant affecté l'organisation de l'équipe terrain et leurs pratiques au quotidien. Des motivations telles l'occasion unique de contribuer à la mise en place d'un projet de prévention novateur et pertinent, ont eu une influence favorable constante, ralliant les acteurs autour du projet et maintenant leur implication malgré les difficultés rencontrées. Sur le plan des dynamiques partenariales, une définition floue des rôles et tâches a ralenti l'implantation du projet, alors qu'une fois clarifiée, chacun a pu se sentir légitime et participer activement à la réussite de l'implantation. Des difficultés à la coordination du projet, entre autres concernant la gestion des fonds interinstitutionnels, sont un facteur ayant ralenti le processus d'implantation. Cette étude a permis de tirer des leçons sur l'implantation et la pérennisation d'un service de dépistage rapide du VIH en milieu communautaire gai.

Mots clés : HRSH, dépistage rapide du VIH, intervention communautaire, Montréal, analyse d'implantation, étude de cas, analyse qualitative.

ABSTRACT

In 2009, a multidisciplinary and intersectoral team implemented an innovative research-intervention project: Spot, a community-based rapid HIV testing service for men who have sex with men in Montreal. A case study was undertaken to describe the implementation process of Spot and the contextual factors that affected it. Grounded theory analysis of interviews, participant-observer, and a document analysis allowed the identification of a multistage dynamic implementation process. These stages were influenced by stakeholders' motivations, the complexity of partnership dynamics, the challenges surrounding coordination and organization of staff members, as well as factors influencing staff members' daily practices. Motivations like the unique opportunity to contribute to the implementation of an innovative and relevant prevention project, had a constant and positive influence, which united stakeholders in the project and maintained their involvement despite the difficulties. In terms of partnership dynamics, vague definitions of roles and tasks delayed the implementation of the project, although once clarified, everyone felt legitimate and actively participated in the success of the implantation. The management of interinstitutional funds was mentioned as one of the difficulties of coordinating the project and a factor that caused delays in the implementation process. This study allowed learning about the implementation and sustainability of a gay community-based rapid HIV testing service.

Keywords : MSM, rapid HIV testing, community-based intervention, Montreal, implementation analysis, case study, qualitative analysis.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	vi
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	vii
REMERCIEMENTS.....	viii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1	
PROBLÉMATIQUE.....	3
1.1. L'infection au VIH.....	3
1.2. Le dépistage du VIH.....	4
1.2.1. Le dépistage rapide du VIH.....	5
1.3. Contexte et objectif.....	7
1.3.1. Description du projet à l'étude	7
1.3.2. Les services de dépistage rapide du VIH et leur évaluation.....	9
1.3.3. Pertinence et objectif de la présente étude.....	11
CHAPITRE 2	
RECENSION DES ÉCRITS.....	12
2.1. Les interventions de dépistage rapide du VIH.....	12
2.1.1. Caractéristiques générales	12
2.1.2. Résultats des objectifs de nature évaluative	13
2.2. Facteurs contextuels affectant l'implantation de service de dépistage rapide	21

2.2.1. Barrières et facteurs facilitant l’implantation d’intervention de dépistage rapide du VIH	23
2.2.2. Barrières et facteurs facilitant la recherche communautaire et le partenariat.....	26
CHAPITRE 3	
CADRE CONCEPTUEL	31
3.1. L’évaluation de programme.....	31
3.2. L’analyse d’implantation	32
3.2.1. Définitions et caractéristiques	32
3.2.2. Typologie de l’analyse d’implantation.....	34
CHAPITRE 4	
MÉTHODOLOGIE.....	36
4.1. Devis de recherche.....	36
4.1.1. L’étude de cas en analyse d’implantation.....	36
4.1.2. Critères pour juger de la qualité du devis : validité et fiabilité.....	37
4.2. Sources de données.....	38
4.3. Collecte des données.....	40
4.3.1. Grilles d’entrevues.....	41
4.4. Analyse des données	42
4.5. Considérations éthiques	46
CHAPITRE 5	
ARTICLE SCIENTIFIQUE.....	48
CHAPITRE 6	
DISCUSSION.....	87

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Portrait de l'échantillon (N=10)	40
Tableau II : Description sommaire des entrevues.....	41

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ASPC : Agence de la santé publique du Canada

CLSC : Centre local de services communautaires

HRSH : Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes

INSPQ : Institut national de santé publique du Québec

ITSS : Infections transmissibles sexuellement et par le sang

MSSS : ministère de la Santé et des Services sociaux

SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise

UDI : Utilisateurs de drogues par injection

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

REMERCIEMENTS

Je tiens d'abord à remercier les personnes impliquées dans le projet Spot qui ont accepté de participer à ce mémoire. Merci de m'avoir fait confiance en vous confiant à moi sur vos expériences dans le projet.

Merci à mes directeurs de maîtrise, Madame Joanne Otis, titulaire de la Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé et professeure au département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal, ainsi que Monsieur Martin Blais, également professeur au département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal, pour l'opportunité de réaliser mon mémoire sur le projet Spot et ainsi côtoyer une équipe stimulante. Merci aussi pour la précieuse collaboration, le soutien que vous m'avez offert tout au long de ce projet de mémoire et pour les nombreux apprentissages que j'ai faits durant ce processus. Vous côtoyer depuis quelques années a fait de moi la professionnelle de recherche plus expérimentée que je suis et mieux outiller pour l'avenir, un grand merci.

Je souhaite exprimer ma reconnaissance envers les Instituts de recherche en santé du Canada pour ma bourse de maîtrise du programme de recherche communautaire sur le VIH/SIDA.

Mille mercis à mes amies, pour leur soutien moral et leur écoute. Un merci plus particulier à mes collègues et ami(e)s de la Chaire, d'hier et d'aujourd'hui, pour leur soutien, leurs encouragements et pour avoir toléré mes humeurs changeantes!

Merci à ma mère, pour m'avoir appris à ne jamais lâcher.

Et finalement, merci à mes amours, pour l'équilibre dans ma vie. Je vous aime.

INTRODUCTION

Malgré les avancées tant sur le plan préventif que biomédical, le VIH demeure une infection pandémique. En 2010, 34 millions de personnes étaient infectées dans le monde (World Health Organization, 2011). Au Canada, c'est 65 000 personnes qui vivaient avec le VIH en 2008, dont 48 % sont des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HRSH), ce qui en fait encore aujourd'hui le groupe le plus touché par le VIH (Agence de la santé publique du Canada [ASPC], 2010). Au Québec, les HRSH sont aussi les plus atteints par l'infection, alors que la proportion de nouveaux diagnostics s'élevait à 62 % pour l'année 2010 (ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2011). Par contre, il est estimé que 19 % des HRSH seraient infectés par le VIH sans le savoir (ASPC, 2010). Le dépistage du VIH pourrait sans aucun doute contrer cette tendance. Pour augmenter le nombre de personnes qui connaissent leur statut sérologique, il appert essentiel d'accroître et de diversifier l'offre de dépistage actuelle. Depuis 2005, un test de dépistage à résultat rapide est disponible au Canada.

C'est suite à ce constat d'un besoin de diversifier l'offre de dépistage du VIH auprès des HRSH de Montréal que le projet Spot a été mis sur pied. Spot est un projet de recherche-intervention impliquant une équipe de recherche multidisciplinaire et intersectorielle : chercheurs de milieux universitaires (domaines psychosocial et biomédical), acteurs de milieux cliniques et de santé publique ainsi que des acteurs de milieux communautaires. Depuis juillet 2009, Spot offre un service de dépistage du VIH (rapide et standard) gratuit,

confidentiel et anonyme en milieu communautaire et clinique. Le service est offert par une équipe composée d'infirmiers, d'intervenants communautaires et de bénévoles. Spot est un projet original, entièrement développé par l'équipe de recherche et le counseling a été adapté des lignes directrices de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) à l'aide de la trousse de dépistage rapide (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ] & MSSS, 2010).

Le présent mémoire vise à analyser l'implantation du projet Spot en identifiant, entre autres, les facteurs qui l'ont entravée, ou au contraire, facilitée. Pour ce faire, les données ont été recueillies principalement par l'entremise d'entrevues réalisées auprès d'acteurs impliqués dans le projet. S'ajoutent à cela de l'observation participante ainsi que l'analyse documentaire.

Six chapitres composent ce mémoire. La problématique sous-jacente au sujet à l'étude sera d'abord présentée, suivie d'une recension des écrits dressant un portrait des différentes interventions de dépistage rapide du VIH ainsi que leur évaluation. Ensuite, l'analyse d'implantation en tant que cadre conceptuel sera décrite. Le quatrième chapitre présente quant à lui la méthodologie utilisée. Un article scientifique présentant les résultats constitue le cinquième chapitre, alors qu'une discussion plus élaborée est le sixième et dernier chapitre.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE

Le VIH étant une thématique sous-jacente importante à l'analyse d'implantation réalisée dans le présent mémoire, un bref portrait de son épidémiologie sera d'abord dressé. Le dépistage du VIH, incluant le dépistage rapide, sera ensuite décrit. Le projet Spot, qui fait l'objet de l'évaluation, sera présenté dans son historique et ses caractéristiques. Enfin, la pertinence de réaliser une analyse d'implantation d'une intervention de dépistage rapide du VIH offerte aux HRSH et les objectifs de ce mémoire seront exposés.

1.1. L'infection au VIH

Selon les plus récentes estimations épidémiologiques (ASPC, 2010), les HRSH représentent 48 % de tous les cas prévalents et 44 % des nouvelles infections pour l'année 2008. La proportion de nouveaux diagnostics est également très élevée chez les HRSH au Québec, qui représentaient plus de la moitié des cas (62 %) pour l'année 2010 (MSSS, 2011). Cependant, ces données ne représentent pas le nombre réel de cas, dans la mesure où elles ne témoignent que des personnes dont le statut sérologique a été confirmé par un test de dépistage. D'ailleurs, l'ASPC (2010) estime que 19 % des HRSH séropositifs ignorent être infectés par le VIH. Cette situation laisse croire que l'offre de dépistage actuelle ne suffit pas à rejoindre les HRSH les plus susceptibles d'être infectés. En fait, 45,2 % des HRSH

nouvellement diagnostiqués entre 2002 et 2010 au Québec n'avaient jamais eu recours au dépistage du VIH auparavant (MSSS, 2011). Ces données sont inquiétantes, dans la mesure où ces personnes peuvent transmettre le VIH sans le savoir et ne peuvent avoir accès aux traitements. À cet égard, la moitié des participants (49 %) d'une cohorte de patients récemment infectés par le VIH au Québec ont contracté le virus d'une personne qui ignorait être infectée (Brenner et al., 2007).

1.2. Le dépistage du VIH

Utilisé comme stratégie de prévention, le dépistage pourrait s'avérer un bon moyen de limiter la transmission du VIH en augmentant le nombre de personnes qui connaissent leur statut sérologique. L'augmentation de l'offre de dépistage suivant la méthode du *test-and-treat* est actuellement une stratégie proposée par plusieurs membres de la communauté scientifique dans la lutte contre le VIH/sida. Globalement, elle vise à augmenter la couverture de dépistage pour ensuite offrir plus rapidement le traitement (antirétroviraux) aux personnes nouvellement diagnostiquées. Bien qu'encore critiquée dans sa faisabilité et son impact sur la santé des personnes mises rapidement sous traitement, cette stratégie permettrait de diminuer la transmission du VIH (Cambiano, Rodger & Phillips, 2011). Le programme national de santé publique propose d'ailleurs d'augmenter la capacité du réseau de la santé au Québec à dépister précocement les personnes infectées par le VIH (MSSS, 2008). Ce dépistage précoce permettrait de briser la chaîne de transmission, par la connaissance de son statut sérologique, et d'éviter le dépistage tardif. En ce sens, l'INSPQ (2011a) estime que 17,9 % des personnes

diagnostiquées en 2010 étaient déjà aux derniers stades de la maladie, étant au stade des infections chroniques symptomatiques du VIH ou du SIDA.

De façon générale, c'est le dépistage dit standard qui est utilisé pour dépister une infection au VIH. Celui-ci consiste en un prélèvement par ponction veineuse dont l'analyse est effectuée en laboratoire par des tests de 4^e génération détectant les anticorps anti-VIH 1 et 2 et l'antigène p24 (INSPQ & MSSS, 2010). Ce dépistage doit être fait en deux rencontres, puisque le résultat n'est disponible qu'après environ deux semaines. En raison de ce temps d'attente, certaines personnes ne retournent pas chercher le résultat de leur test. Selon Sullivan, Lansky & Drake (2004), cette situation concerne 10 % des HRSH américains.

1.2.1. Le dépistage rapide du VIH

Greensides, Berkelman, Lansky & Sullivan (2003) se sont intéressés à l'utilisation d'alternatives au test standard du VIH chez des HRSH, des utilisateurs de drogues par injection (UDI) et des hétérosexuels à haut risque d'infection par le VIH. Seulement 14,2 % des répondants avaient déjà eu recours au test rapide. Ces derniers l'avaient choisi principalement en raison de sa commodité et de sa rapidité à donner un résultat. À l'inverse, les participants avaient choisi le test standard parce qu'aucun autre test n'était disponible ou par préférence et confiance envers celui-ci (Greensides et al., 2003).

L'utilisation de la trousse de dépistage rapide du VIH semble être une alternative intéressante au dépistage standard. Depuis 2005, un test de dépistage à résultat rapide est disponible au Canada, soit la trousse *INSTITM HIV-1/HIV-2 Rapid Antibody* qui procède par ponction capillaire et dont le résultat est disponible en quelques minutes. La ponction

capillaire consiste en une piqûre sur le bout du doigt afin de recueillir quelques gouttes de sang. Cette trousse peut être utilisée par des professionnels de la santé dans des points de service, c'est-à-dire dans des milieux hors laboratoire. Un test de confirmation (par ponction veineuse) est par contre nécessaire lorsque le résultat du test rapide est réactif (INSPQ & MSSS, 2010).

Selon un avis de l'INSPQ (2011b), le dépistage en milieu communautaire et l'utilisation du test rapide permettraient d'optimiser le dépistage du VIH auprès des HRSH. D'ailleurs, des HRSH interrogés sur les caractéristiques idéales d'un service de dépistage du VIH ont mentionné un environnement communautaire et amical, où le dépistage est normalisé et anonyme (Mimiaga, Goldhammer, Belanoff, Tetu & Mayer, 2007). Des différences ont pu être observées entre des HRSH britanniques dépistés en milieu clinique et en milieu communautaire, service offert dans les deux cas par le personnel de la clinique. Les HRSH s'étant fait dépister en milieu communautaire seraient significativement plus jeunes, moins nombreux à être diagnostiqués séropositifs et moins nombreux à avoir été dépistés par le passé, que les HRSH dépistés en clinique (Bailey et al., 2009).

Le dépistage rapide offrirait de nombreux avantages, comme de faciliter la procédure technique en remplaçant la ponction veineuse par la ponction capillaire et celui de donner un accès immédiat au résultat, soit pendant la même visite (MSSS & INSPQ, 2010). Ainsi, certaines barrières au dépistage pourraient être évitées, comme la crainte d'une prise de sang et l'anxiété liée à l'attente du résultat (Spielberg, Kurth, Gorbach & Goldbaum, 2001; Spielberg et al., 2003a). De plus, il semble que les interventions de dépistage rapide implantées dans des organismes communautaires, en clinique mobile ou en milieux de proximité en augmentent l'accessibilité pour les groupes plus vulnérables (Bailey et al., 2009;

Bowles et al. 2008; Daskalakis et al., 2009; Myers, Modica, Dufour, Bernstein & McNamara, 2009; Toller Erausquin et al., 2009). Le recours à la trousse de dépistage rapide comporte toutefois certains défis. D'une part, des modifications au counseling pré et post-test sont nécessaires puisque le résultat est communiqué lors de la même rencontre. D'autre part, contrairement à l'utilisation du test standard, le professionnel de la santé qui utilise le test rapide a la responsabilité de l'administration du test et de son interprétation, en plus de la collecte de l'échantillon sanguin. Une formation et des pratiques d'assurance qualité adaptées sont donc importantes (ASPC, 2007).

1.3. Contexte et objectif

1.3.1. Description du projet à l'étude

Née d'un constat d'acteurs oeuvrant dans le domaine du VIH quant à la nécessité de diversifier l'offre de dépistage auprès des HRSH de Montréal, l'idée d'un projet portant sur le dépistage rapide du VIH a émergé en 2007. Le projet Spot est une recherche-intervention, multidisciplinaire et intersectorielle impliquant des chercheurs de plusieurs universités (domaines psychosocial et virologique), des professionnels de la santé du milieu clinique et de la santé publique ainsi que des acteurs du milieu communautaire. L'aspect intervention est composé de la mise en place depuis juillet 2009 d'un service de dépistage du VIH (rapide et standard), gratuit et anonyme, à l'intention des HRSH qui répondent aux critères d'inclusion suivants : être âgé de 18 ans et plus, avoir eu au moins une relation sexuelle avec un autre homme dans les douze derniers mois, vivre au Québec et être séronégatif au VIH ou ne pas connaître son statut sérologique.

Ce service est principalement offert dans un site communautaire situé dans le village gai de Montréal mis en place spécifiquement pour cette recherche par l'un des partenaires communautaires. Le local Spot offre un horaire flexible en étant ouvert le jour, le soir et les fins de semaine. Le service est offert par une équipe composée d'infirmiers, d'intervenants communautaires et de bénévoles. De janvier 2010 à mars 2011, cette même équipe a pu offrir le même service dans deux cliniques médicales spécialisées aux heures d'ouverture conventionnelles. Compte tenu de la complexité de cette innovation intégrant à la fois toutes les étapes de l'offre de services ainsi que les diverses collectes de données nécessaires à la recherche, le déroulement de chaque rencontre a été précisé dans un document écrit à l'intention des intervenants et infirmiers. Une formation sur ce déroulement, incluant des précisions quant à l'utilisation des divers outils de collecte de données, leur a été offerte. D'autre part, des réunions de gestion mensuelles ainsi qu'un encadrement individualisé régulier de la part de la coordination ont été réalisés de manière à les soutenir dans leur travail. Les bénévoles ont eu, lors de leur première présence au site communautaire, une formation individuelle portant sur les tâches qu'ils devaient accomplir.

L'intervention proposée dans le cadre de Spot est d'environ 1 heure et se divise en trois étapes : counseling prétest, dépistage et counseling post-test. Le participant est d'abord accueilli par un bénévole qui vérifie son admissibilité. Selon la randomisation, le participant sera vu soit par un infirmier pour la rencontre au complet, soit par un tandem intervenant et infirmier (pour le dépistage). Lors du counseling prétest, l'intervenant (ou l'infirmier) explique les modalités de l'étude au participant, tout en s'assurant qu'il y donne son consentement libre et éclairé. Il est ensuite invité à faire un bilan de ses comportements sexuels, ses pratiques à risque et ses habitudes de dépistage à l'aide d'un questionnaire fait

sous forme d'une entrevue structurée. Vient ensuite le dépistage suivi d'un counseling post-test. C'est à ce moment que le résultat du test est annoncé au participant, s'il a choisi le test rapide. Le counseling post-test est adapté en fonction du résultat à ce test.

L'aspect recherche du projet Spot implique un volet virologique et un volet psychosocial. L'analyse des mutations du virus et du développement des résistances aux traitements constitue le volet virologique. Le volet psychosocial consiste à évaluer l'offre de services. Cette évaluation comporte l'analyse de l'implantation du projet en site communautaire et l'analyse de ses effets.

Enfin, Spot est construit dans une perspective de recherche communautaire, une approche collaborative qui implique, à tous les niveaux du processus de recherche et de manière équitable, des membres de la communauté, des organismes communautaires et des chercheurs (Israel, Schulz, Parker & Becker, 1998).

1.3.2. Les services de dépistage rapide du VIH et leur évaluation

Depuis quelques années en Europe, au Canada et principalement aux États-Unis, plusieurs études se sont penchées sur l'utilisation du dépistage rapide du VIH auprès de populations à risque d'infection. Très peu d'études étaient clairement définies comme une évaluation. La majorité de ces études cherchait à démontrer l'efficacité du test rapide, selon des indicateurs comme connaître son statut sérologique (accès au résultat), recevoir un counseling post-test et l'impact sur l'incidence des ITSS et des comportements à risque (Daskalakis et al., 2009; Guenter et al., 2008; Kessler, Dillon, Haley, Jones & Goldman, 1997; Keenan & Keenan, 2001; Kendrick et al., 2005; Liang et al., 2005; Lyss et al., 2007; Metcalf et

al., 2005; Shrestha et al., 2008; Spielberg et al., 2005). D'autres se sont penchés sur la capacité d'attraction et la faisabilité de l'utilisation du test rapide, contrairement au test standard, pour rejoindre les groupes à risque (Bailey et al., 2009; Bowles et al., 2008; Daskalakis et al., 2009; Kendrick et al., 2005; Keenan & Keenan, 2001; Myers et al., 2009; Smith et al., 2006; Spielberg, Branson, Goldbaum, Kurth & Wood, et al., 2003b; Spielberg et al., 2005; Toller Erausquin et al., 2009; Weis et al., 2009). L'acceptation et la préférence entre le test de dépistage standard ou rapide et les raisons associées (Bowles et al., 2008; Guenter et al., 2008; Kendrick et al., 2005; Liang et al., 2005; Lyss et al., 2007; San Antonio-Gaddy et al., 2006; Spielberg et al., 2005; Weis et al., 2009), la satisfaction des participants (Champenois et al., 2012; Guenter et al., 2008; Smith et al., 2006) et des membres du personnel ayant utilisé le test rapide (Guenter et al., 2008; Kassler et al., 1997; San Antonio-Gaddy et al., 2006; Sohoni, Gordon, Vahidnia, & White, 2010) sont d'autres indicateurs ayant été utilisés. Enfin, l'évaluation du processus d'implantation, comme les avantages et les inconvénients à utiliser le test de dépistage rapide du VIH en contexte de travail de proximité et en milieu communautaire ou encore les défis rencontrés et les leçons tirées, ont fait partie des indicateurs évalués de quelques études (Bogart et al., 2010; Clark, Bowles, Song & Heffelfinger, 2008; Gleason-Comstock, et al. 2006; Kassler et al., 1997; Liang et al., 2005; Sohoni et al., 2010; Spielberg et al., 2003b; Toller Erausquin et al., 2009; Woods et al., 2008). Les résultats de ces évaluations seront présentés plus en détail dans le prochain chapitre (recension des écrits).

Au regard des objectifs de ces études, il est toutefois possible de constater que l'évaluation du processus d'implantation n'est pas une modalité très courante, contrairement à l'évaluation des effets par exemple. En plus de ne pas être l'objectif principal, la majorité des

études où des indicateurs d'évaluation de l'implantation ont pu être répertoriés ne s'identifiait pas comme une analyse d'implantation en tant que telle.

1.3.3. Pertinence et objectif de la présente étude

L'innovation qu'est Spot, par son intervention de dépistage rapide du VIH en milieu communautaire et l'aspect multidisciplinaire et intersectoriel de son équipe de recherche, constitue une occasion propice à l'évaluation. Celle-ci permettra de documenter cette expérience unique pour le milieu gai à Montréal. L'analyse de l'implantation des interventions de dépistage rapide du VIH semble manquer dans les écrits scientifiques. Roberts, Grusky & Swanson (2007) concluent pourtant que des études documentant l'implantation de protocole de dépistage rapide sont nécessaires pour mieux juger de leurs effets. Pour Brousselle, Champagne, Contandriopoulos & Hartz (2011), l'analyse d'implantation est pertinente lorsqu'une intervention est nouvellement implantée, puisqu'elle permettra d'identifier la dynamique d'implantation et ses facteurs explicatifs. Afin de mieux comprendre les enjeux liés à l'implantation d'un service de dépistage rapide du VIH, la présente étude a pour objectifs de : 1) décrire le processus d'implantation du projet Spot en milieu communautaire; et 2) d'identifier les facteurs contextuels qui l'ont affecté.

CHAPITRE 2

RECENSION DES ÉCRITS

Ce second chapitre constitue l'état des connaissances concernant les interventions de dépistage rapide du VIH. Dans un premier temps, les études recensées seront brièvement décrites pour ensuite présenter les résultats en fonction des objectifs évaluatifs poursuivis. Les résultats s'appliquant à l'analyse d'implantation seront déclinés en facteurs contextuels modulant l'implantation de ces interventions de dépistage. Enfin, les facteurs contextuels à la recherche communautaire et au partenariat, caractéristiques du projet Spot, seront explorés.

2.1. Les interventions de dépistage rapide du VIH

2.1.1. Caractéristiques générales

Depuis quelques années, plusieurs interventions offrant le dépistage rapide du VIH ont été implantées dans le but d'augmenter le nombre de personnes connaissant leur statut sérologique, en leur permettant d'avoir le résultat dans la même journée. Les populations les plus à risque d'infection au VIH sont majoritairement ciblées par ces interventions, comme les HRSH, une combinaison de populations à risque (HRSH, UDI, personnes itinérantes et hétérosexuels à haut risque d'infection au VIH) ou encore des usagers de cliniques de dépistage des ITSS ou d'hôpitaux. Ces interventions sont offertes soit en collaboration avec des organismes communautaires sous forme de clinique communautaire, de clinique mobile ou

dans des lieux de proximité (saunas gais [lieux de rencontres sexuelles], bars, centres d'hébergement, etc.), soit dans des cliniques de dépistage des ITSS, des centres de santé ainsi que des hôpitaux (Bailey et al., 2009; Bogart et al., 2010; Bowles et al., 2008; Clark et al., 2008; Daskalakis et al., 2009; Gleason-Comstock et al., 2006; Guenter et al., 2008; Kassler et al., 1997; Keenan & Keenan, 2001; Kendrick et al., 2005; Liang et al., 2005; Lyss et al., 2007; Metcalf et al., 2005; Myers et al., 2009; San Antonio-Gaddy et al., 2006; Shrestha et al., 2008; Smith et al., 2006; Sohoni et al., 2010; Spielberg et al., 2003b, 2005; Toller Erausquin et al., 2009; Weis et al., 2009; Woods et al., 2008).

2.1.2. Résultats des objectifs de nature évaluative

Les objectifs d'évaluation des interventions de dépistage rapide du VIH varient considérablement d'une étude à l'autre et souvent, plusieurs objectifs sont présents dans la même étude. Les résultats seront ici décrits selon ces objectifs et les indicateurs choisis par les auteurs pour les atteindre.

Indicateurs d'attraction des personnes à risque et faisabilité

Dans un premier temps, certains auteurs se sont intéressés au pouvoir d'attraction du test de dépistage rapide du VIH, c'est-à-dire à sa capacité de rejoindre les groupes à risque. Que ce soit dans un site communautaire, une clinique, un centre de santé, une clinique mobile ou dans des lieux de proximité, l'utilisation du test rapide semble permettre de rejoindre de 8 % à 62 % de personnes qui n'avaient jamais été dépistées auparavant (Bailey et al., 2009; Bowles et al., 2008; Daskalakis et al., 2009; Keenan & Keenan, 2001; Smith et al., 2006; Spielberg et al., 2003b, 2005; Weis et al., 2009). Ce sont chez les participants recrutés dans

des centres de santé aux États-Unis que la proportion de personnes jamais testées était la plus élevée, soit 62 %. Cet échantillon était composé majoritairement par des personnes âgées de 50 ans et plus, de sexe féminin et qui n'avaient pas d'assurance (Weis et al., 2009). Keenan & Keenan (2001) rapportent également une proportion importante de personnes jamais dépistées dans leur échantillon, soit 51 % des participants rencontrés dans un centre pour toxicomanes et un centre pour personnes itinérantes. Les proportions les plus faibles, soit 8 % et 12 %, ont été rencontrées chez les participants recrutés dans des saunas gais (Daskalakis et al., 2009; Spielberg et al., 2003b). Il faut rappeler que le dépistage du VIH est instauré depuis plusieurs années dans les saunas. Il est donc fort probable que ces participants aient déjà été exposés à une offre de dépistage en saunas.

Certains auteurs se sont aussi intéressés à la faisabilité d'implanter des interventions de dépistage rapide du VIH dans différents contextes afin de rejoindre, encore une fois, des personnes plus à risque d'infection par le VIH. Ils ont pu conclure qu'il était effectivement faisable d'implanter des interventions de dépistage rapide du VIH dans des cliniques ou en collaboration avec des groupes communautaires (Bailey et al., 2009; Bowles et al., 2008; Daskalakis et al., 2009; Kendrick et al., 2005; Myers et al., 2009; Toller Erausquin et al., 2009). Par contre, il n'est pas précisé de façon concrète comment ils ont pu arriver à cette conclusion et quelles étaient les variables permettant d'évaluer la faisabilité. La réussite de l'implantation du service de dépistage et sa capacité à rejoindre les groupes à risque ciblés par chaque projet font probablement partie des éléments qui ont permis de tirer ces conclusions. De manière plus précise, il appert que les interventions de dépistage rapide implantées dans des organismes communautaires, en clinique mobile ou en milieu de proximité en augmentent l'accessibilité et facilitent le dépistage chez les groupes plus vulnérables à

l'infection au VIH, tels que les HRSH et les UDI (Bailey et al., 2009; Bowles et al., 2008; Daskalakis et al., 2009; Toller Erausquin et al., 2009), il est probable que des aménagements différents qu'en milieu clinique, en termes d'heures de services et de lieu, jumelés à l'utilisation du test rapide qui ne requiert qu'une rencontre, sont des caractéristiques qui font en sorte que le dépistage est plus accessible et mieux adapté à la réalité de ces groupes.

Indicateur d'acceptation, de préférence pour un type de test et raisons associées

En ce qui concerne le taux d'acceptation envers le test de dépistage rapide du VIH, dans les études où des participants étaient approchés pour passer un test, soit en contexte de travail de proximité, dans des organismes communautaires ou l'urgence d'hôpitaux, le taux d'acceptation variait selon l'étude de 58 % à 95 % (Bowles et al., 2008; Lyss et al., 2007; Weis et al., 2009). Par contre, le taux moyen est plus près de 60 %. Ce sont les patients d'un service d'urgence urbain des États-Unis ayant été référés par le personnel infirmier qui ont accepté dans une proportion de 95 % (Lyss et al., 2007). Les raisons pour refuser le test sont d'avoir été dépisté récemment, ne pas avoir le temps de faire le test, ne pas être préparé à recevoir le résultat immédiatement, ne pas se considérer à risque (Bowles et al., 2008; Lyss et al., 2007; Weis et al., 2009) et ne pas vouloir de prélèvement sanguin (Lyss et al., 2007).

Lorsque le choix entre le test de dépistage rapide et standard était possible, les participants préféraient le test rapide dans une proportion variant de 14 % à 97 % (Guenter et al., 2008; Kendrick et al., 2005; Liang et al., 2005; San Antonio-Gaddy et al., 2006; Spielberg et al., 2005). C'est dans l'étude de San Antonio-Gaddy et al. (2006) où le dépistage du VIH a été offert dans des organismes communautaires et des prisons que la préférence pour le test rapide est la plus élevée, soit de 97 %. Dans les cliniques de dépistage des ITSS, la proportion

est aussi très élevée, alors que 91 % des patients d'une clinique de dépistage anonyme de Toronto (Guenter et al., 2008) et 87 % de ceux d'une clinique de Chicago (Kendrick et al., 2005) ont choisi le test rapide. Quant aux participants rejoints en clinique mobile dans des lieux où il y a consommation de drogues et travail du sexe, 65 % ont préféré le test rapide (Liang et al., 2005). C'est dans le contexte d'un dépistage offert dans deux saunas gais et un site d'échange de seringues selon quatre modalités : 1) dépistage et counseling standard, 2) dépistage rapide (ponction capillaire) et counseling standard, 3) dépistage par prélèvement oral et counseling standard et 4) dépistage standard et le choix entre un counseling standard ou matériel écrit, que le taux de préférence pour test rapide a été le plus faible. Dans les saunas, c'est 21 % des participants qui ont préféré le test rapide, alors que 14 % de ceux rencontrés au site d'échange de seringues l'ont choisi (Spielberg et al., 2005). Ce faible taux pourrait s'expliquer par le fait qu'un counseling par matériel écrit et non une rencontre en face-à-face (quatrième modalité) a été offert. La clientèle ciblée et les lieux de dépistage privilégiés étaient probablement moins appropriés pour un counseling plus long impliquant la rencontre avec un intervenant. Globalement, les participants de ces études n'ont pas choisi le test rapide en raison du manque de temps pour attendre le résultat et parce qu'ils ne se sentaient pas prêts à recevoir le résultat dans la même journée (Kendrick et al., 2005). Pour d'autres, au contraire, la possibilité d'avoir le résultat dans la même journée a motivé leur choix pour le test rapide (San Antonio-Gaddy et al., 2006).

Des différences statistiquement significatives ont pu être établies entre les participants ayant choisi le test rapide comparativement à ceux ayant choisi le test standard. Chez les participants de la clinique de dépistage gratuit et anonyme de Toronto, ceux ayant choisi le test standard s'étaient fait dépister significativement plus souvent par le passé, étaient des femmes

en plus grande proportion et étaient moins au courant qu'ils auraient le choix du type de test (Guenter et al., 2008). Quant aux participants d'une clinique mobile dans la ville de Baltimore, ceux ayant choisi le test rapide étaient plus nombreux à être d'origine africaine américaine tandis que ceux ayant choisi le test standard étaient davantage en traitement pour leur problème de toxicomanie (Liang et al., 2005).

Indicateurs d'effets : accès au résultat du test

En ce qui concerne l'effet du dépistage rapide sur l'accès au résultat de ce test et par conséquent, la connaissance de son statut sérologique, de 93 % à 100 % des participants ayant choisi le test rapide ont pu recevoir le résultat de leur test, contrairement aux 30 % à 95 % de ceux ayant choisi le test standard (Daskalakis et al., 2009; Guenter et al., 2008; Kassler et al., 1997; Keenan & Keenan, 2001; Kendrick et al., 2005; Lyss et al., 2007; Metcalf et al., 2005; Shrestha et al., 2008; Spielberg et al., 2005). La proportion de participants ayant reçu leur résultat avec le test rapide est très élevée, pour la plupart des études. C'est dans le contexte d'une clinique de dépistage des ITSS que la proportion est la plus faible, soit 93 % (Kassler et al., 1997). Cependant, cette proportion plus élevée de participants ayant reçu leur résultat avec le test rapide n'est pas surprenante, puisque le résultat est disponible dans la même rencontre. Il n'est, par contre, pas expliqué pourquoi ce ne sont pas tous les participants qui ont reçu leur résultat. Quant au test de dépistage standard, la proportion de personnes ayant reçu le résultat de leur test est plus faible contrairement au test rapide, sauf dans le cas de cliniques de dépistage anonyme, où 91 % (Guenter et al., 2008) et 95 % (Kassler et al., 1997) des participants ayant choisi ce type de test ont pu recevoir leur résultat. Généralement, l'utilisation du test rapide permet donc d'augmenter de façon importante le nombre de

personnes qui connaissent leur statut sérologique comparativement à l'utilisation du test standard.

Indicateur d'effet : accès à un counseling post-test de dépistage

Dans le même sens que l'indicateur précédent, un autre résultat attendu à l'utilisation du test rapide du VIH qui a été étudié est le fait de recevoir un counseling post-test de dépistage. Cette préoccupation est sans doute basée sur le fait qu'avec le dépistage standard, une certaine proportion de personnes ne retournent pas chercher le résultat de leur test et n'ont, par conséquent, pas reçu de counseling post-test. Une étude portant sur une intervention de dépistage en clinique mobile s'est penchée sur la question. Sur 439 participants, peu importe le type de test choisi, 73 % de ceux ayant reçu un résultat négatif et 50 % de ceux ayant eu un résultat positif ont bénéficié d'un counseling post-test. Parmi les participants ayant choisi le test rapide (64,5 %), 89 % des séropositifs et 93 % des séronégatifs ont reçu un counseling post-test, comparativement à 11 % des séropositifs et 40 % des séronégatifs ayant choisi le test standard (Liang et al., 2005). Il n'est toutefois pas précisé pour quelle raison, avec le test rapide, la proportion n'est pas de 100 % dans la mesure où le résultat est disponible dans la même rencontre. Les participants ont dû quitter la clinique mobile avant d'avoir le résultat de leur test ou encore refusé le counseling post-test. Les participants ayant utilisé le test standard qui n'ont pas eu de counseling post-test ne sont probablement pas retournés chercher le résultat de leur test et n'ont pas eu, par conséquent, ce counseling. L'utilisation du test de dépistage rapide, comparativement au test standard, semble donc avoir des effets cliniquement significatifs sur la proportion de personnes qui reçoivent le résultat de leur test ainsi qu'un counseling post-test.

Indicateur d'effet : diminution de l'incidence des ITSS et des comportements à risque

Bien qu'elle permette d'augmenter l'accessibilité et le nombre de personnes qui connaissent leur statut sérologique, l'utilisation du test de dépistage rapide du VIH ne semble pas avoir d'effet statistiquement significatif sur la diminution de l'incidence des ITSS et des comportements sexuels à risque. En effet, un essai randomisé effectué dans trois cliniques de dépistage des ITSS aux États-Unis voulait comparer l'efficacité de l'utilisation du test de dépistage rapide au test de dépistage standard en terme d'impact sur l'incidence ultérieure d'ITSS et de comportements sexuels à risque. L'incidence cumulative d'ITSS 12 mois après le premier dépistage du VIH est plus élevée chez ceux ayant eu le test rapide, sans toutefois être significative, et les comportements sexuels à risque étaient similaires dans les deux groupes (Metcalf et al., 2005). Par contre, une étude menée auprès de 2477 patients de deux cliniques de dépistage des ITSS a tout de même démontré qu'aucun cas de VIH n'avait été recensé dans ces mêmes cliniques un an après le projet et que 6 mois après le dépistage, 4,7 % des participants qui ont eu un test standard et 4 % de ceux qui ont eu un test rapide ont eu une ITSS, sans que cette différence ne soit statistiquement significative (Kassler et al., 1997). Toutefois, dans ce cas il ne s'agit pas d'un essai randomisé, contrairement à la précédente étude. Des disparités peuvent donc avoir été rencontrées dans les échantillons des deux cliniques. Malheureusement, aucune information n'était disponible quant aux caractéristiques sociodémographiques et comportementales des participants.

Indicateur de satisfaction des participants

La satisfaction des participants envers le test rapide est très élevée. En effet, 99 % des participants ayant eu un résultat négatif dans une clinique de dépistage gratuit et anonyme de

Toronto étaient satisfaits de leur expérience en général (Guenter et al., 2008). La vaste majorité (97 %) de ces participants choisirait le test rapide lors d'un prochain dépistage, bien que 42 % d'entre eux aient trouvé leur expérience tout de même stressante. Quant aux participants ayant choisi le test standard, ils étaient significativement moins satisfaits que ceux ayant choisi le test rapide (Guenter et al., 2008). La satisfaction des HRSH ayant été dépistés en milieu communautaire dans le cadre du projet COM'TEST en France est aussi très élevée, alors que 92 % des HRSH ayant eu un résultat négatif et 70 % de ceux ayant eu un résultat réactif se sont dit très satisfaits de leur expérience (Champenois et al., 2012). Chez les participants dépistés dans une clinique et un centre gai et lesbien de Los Angeles, c'est près de la majorité (97 %) qui recommanderait le test à un ami, 83 % ne se sont pas sentis inconfortables avec le test et 75 % n'ont pas considéré l'expérience comme stressante (Smith et al., 2006). Les participants de la clinique, contrairement à ceux du centre gai et lesbien, ont trouvé le test plus stressant, considèrent avoir reçu le résultat trop rapidement et auraient préféré attendre une semaine avant d'avoir le résultat (Smith et al., 2006). L'utilisation du test de dépistage rapide semble être satisfaisante pour les participants l'ayant choisi et l'expérience mieux vécue, lorsque réalisée dans un organisme communautaire.

Indicateur de satisfaction et d'acceptation du personnel offrant le test

Quant aux études qui se sont intéressées à l'expérience du personnel dans l'implantation d'intervention de dépistage rapide du VIH, différents aspects ont été observés. D'abord, tout comme chez les participants, la satisfaction du personnel est très élevée, variant de 96 % à 99 % selon les études (Guenter et al., 2008; Sohoni et al., 2010). Dans le contexte du dépistage en milieu hospitalier, les médecins seraient plus favorables à offrir le test rapide que les infirmiers (Sohoni et al., 2010). Toujours selon ces auteurs, la plupart des membres du

personnel étaient en accord avec le fait que l'intervention de dépistage rapide du VIH a amélioré l'ensemble des soins (93 %) et n'a pas interféré avec leur travail (82 %).

Avant l'implantation d'une intervention de dépistage rapide du VIH, les membres du personnel d'une clinique de dépistage des ITSS étaient réticents à adopter ce type de test, croyant que la procédure serait plus stressante à la fois pour les participants que pour eux-mêmes. Ils manquaient aussi de confiance dans la validité du test rapide et ils étaient préoccupés à l'idée de donner un résultat réactif sans pouvoir se préparer. Après un mois d'utilisation du test rapide, la plupart de ces inquiétudes étaient disparues (Kassler et al., 1997).

Enfin, le personnel impliqué dans une intervention de dépistage du VIH dans des organismes communautaires et des prisons a rapporté sensiblement les mêmes inquiétudes (San Antonio-Gaddy et al., 2006). En effet, avant l'intervention, la moitié (50 %) des intervenants se sentaient confortables à offrir le test et 12 semaines après, près de la totalité (97,5 %) se sentaient très confiants à l'utiliser. Les intervenants de ce projet ont bénéficié d'une formation de 2 jours avant la mise en place de l'intervention, ce qui a pu contribuer à leur sentiment de confiance.

2.2. Facteurs contextuels affectant l'implantation de service de dépistage rapide

L'analyse d'implantation, par l'identification des facteurs contextuels ayant affecté la mise en œuvre, ne fait pas partie des principaux objectifs d'évaluation des études recensées. Toutefois, certaines informations ont pu être tirées de ces études afin de dresser un portrait des

barrières et des facteurs ayant facilité l'implantation d'intervention de dépistage rapide du VIH.

Une pratique courante en évaluation de programme est d'analyser les facteurs contextuels à l'implantation d'une intervention ou d'un programme en s'appuyant sur les théories du changement organisationnel (Brousselle et al., 2011; Scheirer, 1981). Champagne (2002) répertorie 10 perspectives sur le changement organisationnel qu'il classifie selon qu'ils sont d'ordre personnel, organisationnel, interorganisationnel et environnemental. Les facteurs d'ordre personnel font référence aux caractéristiques personnelles des individus face au changement. On note qu'« un changement sera implanté adéquatement si l'on réussit à vaincre les résistances naturelles des personnes » (Champagne, 2002, p.13). Les facteurs organisationnels s'inscrivent selon une perspective de développement organisationnel qui met « l'emphase sur différents aspects des comportements des individus en situation de travail pour maximiser l'implantation des interventions et leur efficacité » (Denis & Champagne, 1990, p.51). Quant aux facteurs interorganisationnels, ils se situent dans un contexte plus large que les précédents. Ils font référence à l'organisation du programme entre les divers milieux impliqués, comme la collaboration entre les milieux universitaires et communautaires. Ces facteurs s'inscrivent dans un modèle rationnel du changement qui met l'accent sur le développement et l'implantation d'un programme (Denis & Champagne, 1990). Les facteurs d'ordre environnemental quant à eux peuvent s'inscrire dans un modèle structurel du changement, c'est-à-dire, la structure qui entoure l'implantation du programme. Selon ce modèle, « les organisations qui réussissent à implanter avec succès un changement se distinguent des autres par leur structure et par leur capacité d'adapter leurs structures aux exigences du changement » (Champagne, 2002, p.14). Les facteurs environnementaux peuvent

aussi relever d'une perspective écologique. Selon cette perspective, la réussite ou l'échec de l'implantation peut se situer dans l'environnement externe de l'organisation (Champagne, 2002). Peuvent s'ajouter à ces catégories telles que proposées par Champagne (2002), les facteurs liés aux caractéristiques de l'innovation, selon la théorie de la diffusion d'une innovation (Rogers, 2003). Selon Rogers (2003), les caractéristiques mêmes d'une intervention (sa complexité, son originalité, etc.) ont un impact sur son implantation ou encore sur son niveau d'adoption. Ce facteur relève donc directement des éléments qui composent l'intervention et la manière dont elle a été planifiée.

2.2.1. Barrières et facteurs facilitant l'implantation d'intervention de dépistage rapide du VIH

Que ce soit en cliniques mobiles, saunas gais, hôpitaux, cliniques de dépistage des ITSS ou en clinique communautaire, des barrières ou facteurs facilitant rencontrés lors de l'implantation d'interventions de dépistage rapide du VIH ont pu être répertoriés.

Facteurs personnels

Relativement aux facteurs personnels des intervenants ou infirmiers ayant expérimenté le test de dépistage rapide, l'épuisement professionnel des intervenants d'une clinique mobile (Clark et al., 2008) a été un défi à la pérennisation de ce service, selon le directeur de l'organisme interrogé. La difficulté perçue à intégrer un protocole de dépistage rapide dans un organisme communautaire et le scepticisme à l'égard de la capacité du test rapide à accroître le nombre de personnes qui connaissent leur statut sérologique (Bogart et al., 2010) ont aussi été identifiés comme barrières. L'acceptation du personnel d'une clinique de dépistage des

ITSS à intégrer le dépistage rapide (Kassler et al., 1997), l'attitude positive des membres du personnel d'un hôpital envers le test en terme d'amélioration des soins de service (Sohoni et al., 2010) ainsi que l'engagement à long terme et la confiance mutuelle entre des dirigeants d'organismes communautaires et de départements de santé (Woods et al., 2008) et entre des chercheurs universitaires et communautaires (Gleason-Comstock et al, 2006) ont été définis comme des facteurs ayant facilité l'implantation.

Facteurs organisationnels

Quant aux facteurs d'ordre organisationnel, la difficulté d'obtenir une formation à l'utilisation de la trousse rapide pour les intervenants d'une clinique mobile (Clark et al., 2008) a été une barrière à la pérennisation de ce service, tel que rapporté par le directeur de l'organisme. Les rencontres hebdomadaires où soutien et encadrement étaient offerts aux intervenants utilisant le test dans des saunas (Spielberg et al., 2003b) et la formation des intervenants à offrir un counseling adapté au test de dépistage rapide en contexte de clinique mobile (Gleason-Comstock et al, 2006) ont été identifiées comme facteurs de succès ayant facilité l'implantation de ces services.

Facteurs interorganisationnels

Sur le plan interorganisationnel, la collaboration entre des décideurs communautaires et des chercheurs (Toller Erausquin et al., 2009) ou entre la communauté (personnel d'un sauna et d'un centre de prévention) et une agence de la santé (Spielberg et al., 2003b) afin de développer et implanter un service de dépistage rapide du VIH, la reconnaissance de l'expertise du milieu communautaire par les chercheurs universitaires (Gleason-Comstock et al, 2006), la mise en place de rencontres avec les acteurs impliqués pour discuter des

difficultés rencontrées, des préoccupations et des bénéfices perçus (Spielberg et al., 2003b) ainsi que la communication et la confiance bien établie grâce aux expériences passées entre les acteurs impliqués (Woods et al., 2008) sont des facteurs qui ont facilité l'implantation de ces interventions de dépistage.

Facteurs liés aux caractéristiques de l'innovation

Enfin, plusieurs facteurs inhérents aux caractéristiques de l'innovation (intervention et recherche) ont pu être établis. Sur le plan de la logistique de l'intervention, la difficulté à trouver un stationnement et un chauffeur pour la clinique mobile (Clark et al., 2008), l'utilisation d'une nouvelle technologie de dépistage (test rapide) (Gleason-Comstock et al., 2006), la difficulté à rejoindre les participants pour donner le résultat du test de confirmation dans un contexte d'anonymat dans une clinique mobile (Clark et al., 2008) ou des saunas (Spielberg et al., 2003b), l'obligation de référer les participants pour un test de confirmation lorsque le dépistage est fait en clinique mobile (Liang et al., 2005) et annoncer un résultat positif en contexte de travail de proximité (Clark et al., 2008) ont été considérés comme des barrières à l'implantation. Au contraire, la rapidité et la fiabilité du test rapide, la facilité à entreposer ce test en contexte de clinique mobile (Liang et al., 2005) ainsi qu'à l'utiliser en travail de proximité contrairement au test standard (Clark et al., 2008) ont été des facteurs ayant facilité l'implantation de ces interventions. Au niveau de l'environnement physique de l'intervention, l'absence d'un lieu confidentiel dans un organisme communautaire (Bogart et al., 2010) a été une barrière à l'implantation d'une intervention de dépistage rapide.

Du point de vue de la recherche, la difficulté à gérer des fonds de recherche causant des retards dans l'implantation d'un service de dépistage rapide en clinique mobile, la

randomisation des participants qui était difficile à expliquer, la relance des participants dans un contexte de dépistage anonyme (Gleason-Comstock et al, 2006) et l'incapacité à poursuivre le projet sans le financement de la recherche (Clark et al., 2008) ont été des barrières à l'implantation et à la pérennisation de ces services de dépistage rapide du VIH.

Il est à noter qu'aucun facteur d'ordre environnemental n'a été identifié, l'environnement sociopolitique et la structure qui entoure ces interventions de dépistage n'étant pas des éléments explorés dans ces études. En somme, les facteurs répertoriés ne sont pas spécifiques au dépistage rapide du VIH. Ils relèvent parfois des personnes engagées dans le projet ou du fonctionnement entre les acteurs.

2.2.2. Barrières et facteurs facilitant la recherche communautaire et le partenariat

Comme il a pu être constaté, plusieurs interventions de dépistage rapide du VIH sont implantées en collaboration avec des organismes communautaires, tout comme le projet Spot. Ce partenariat entre des chercheurs universitaires et des organismes communautaires se pratique dans certains cas par l'entremise de la recherche communautaire. C'est pourquoi les facteurs contextuels relatifs à la recherche communautaire ont aussi été explorés.

Recherche communautaire et partenariat

Définissons d'abord ce qu'est la recherche communautaire et ses principes. En tant qu'approche collaborative prônant le principe d'équité (implication des partenaires selon leurs forces), la recherche communautaire a pour but de combiner les connaissances et les actions pour parvenir à un changement social afin d'améliorer la santé et éliminer les inégalités

(Minkler, Blackwell, Thompson & Tamir, 2003; Israel et al., 1998; Williams, Bray, Shapiro-Mendoza, Reiz & Peranteau, 2009). Ce type de recherche est régi par huit principes : 1) reconnaître la communauté comme une unité ayant sa propre identité, 2) construire la recherche communautaire sur les forces et les ressources à l'intérieur de la communauté, 3) faciliter le partenariat et la collaboration à toutes les phases de la recherche, 4) intégrer les connaissances et l'action au bénéfice de tous les partenaires, 5) favoriser le co-apprentissage et *l'empowerment*, 6) impliquer un processus cyclique et itératif, 7) considérer la santé dans une perspective positive et écologique et 8) reconnaître que les connaissances produites appartiennent à tous les partenaires et que la diffusion de ces résultats est l'affaire de tous (Israel et al., 1998). Selon Israel et al. (1998), la recherche communautaire implique un processus cyclique et itératif qui nécessite le partenariat. En ce sens, Bilodeau, Lapierre & Marchand (2003) identifient trois conditions qui favorisent le partenariat, soit d'avoir une dynamique de participation suffisante qui encourage l'échange entre les partenaires, égaliser les rapports de pouvoir par des principes de réciprocité et d'équité, de respect de l'autonomie et des atouts des membres, ainsi que de combiner les savoirs.

Barrières et facteurs facilitant la recherche communautaire

En ce qui concerne les facteurs liés au contexte même de la recherche communautaire, il s'agit principalement de barrières. La question du financement est un élément qui est souvent rapporté. En effet, des obstacles à l'obtention de subventions sont rapportés étant donné le manque de financement accordé à ce type de recherche et son contexte spécifique qui manque parfois de reconnaissance à cause de l'implication de chercheurs communautaires (Flicker et al., 2009; Israel et al., 1998). Ce manque de fonds a des impacts sur l'implantation d'un projet de recherche communautaire, la capacité d'embaucher un nombre suffisant

d'employés étant restreint, par exemple (Flicker, Savan, McGrath, Kolenda & Mildenberger, 2007). Des facteurs en lien avec la gestion de projets en recherche communautaire ont aussi été identifiés comme défis rencontrés dans ce type de recherche. On y retrouve le manque de temps pour créer des liens avec la communauté impliquée, l'absence de définition des rôles et tâches (Flicker et al., 2007), le manque de ressources humaines et le temps plus long requis pour mener des projets de recherche communautaire (Flicker et al., 2009).

Barrières et facteurs facilitant le partenariat en contexte de recherche communautaire

S'appuyant sur les leçons tirées des centres d'étude urbaine de trois villes américaines (supportés par les *centers for disease control and prevention* et faisant la promotion de la recherche communautaire), Israel et al. (2006) ont pu identifier des barrières et des facteurs ayant facilité le partenariat dans le contexte de la recherche communautaire. Les barrières sont le manque de temps et de ressources causé, entre autres, par le manque de financement en recherche communautaire, des iniquités dans l'implication des partenaires communautaire en raison du nombre différent d'intervenants d'un endroit à l'autre et finalement, la difficulté à maintenir le moral et la participation continue des acteurs, dans un contexte où le financement est incertain (Israel et al., 2006). Quant aux facteurs facilitants (ou stratégies pour surmonter les barrières), on retrouve le développement et l'adhérence à des principes de collaboration qui encouragent la relation de confiance, une combinaison de structure et de flexibilité dans les règles de fonctionnement du partenariat, l'engagement à long terme et avoir « les bonnes personnes autour de la table », avoir des *leaders* qui servent de porte-parole et qui favorisent le partenariat, faire des efforts pour s'assurer de bien intégrer les nouveaux membres et s'assurer que tous les partenaires tirent des bénéfices de leur participation (Israel et al., 2006).

Au-delà des difficultés rencontrées, des leçons peuvent être tirées d'expériences de partenariat qui ont échoué. Un groupe de chercheurs québécois s'est penché sur l'échec d'un partenariat entre un CLSC et un organisme communautaire. La plus grande difficulté rencontrée dans ce partenariat concerne ce qui a trait à la gestion administrative de l'intervention (Clément, Tourigny & Doyon, 1999). Pour assurer un bon partenariat, ces auteurs recommandent la présence d'une personne-ressource, neutre de préférence, pour faire le pont entre les partenaires, une définition claire et commune du partenariat et de ses objectifs, l'établissement dès le départ d'un contrat stipulant les rôles et tâches de chacun, la mise en place au début du projet d'une stratégie de gestion comme un comité consultatif et, finalement, d'assurer le respect des cultures organisationnelles de chaque organisme.

Comme l'implication de la communauté est une caractéristique de la recherche communautaire, des barrières sont associées de manière plus spécifique à ce partenariat entre la communauté et les chercheurs universitaires. Le manque de communication et de confiance entre les partenaires (Flicker et al., 2007, 2009); des problèmes liés à la mauvaise identification de la problématique, les chercheurs devant être attentifs et s'assurer qu'elle est en concordance avec les préoccupations de la communauté; les dynamiques de pouvoirs modulées par l'incompréhension de la recherche communautaire et du partenariat; le manque d'engagement à long terme des partenaires ainsi que des perspectives différentes entre les partenaires sur la manière de disséminer les résultats (Minkler, 2005) font partie des barrières au partenariat entre la communauté et les chercheurs universitaires.

À la lumière de cet état des connaissances, il est possible de constater qu'aucune étude se définissant comme une analyse d'implantation d'une intervention de dépistage rapide du VIH au Canada n'a pu être répertoriée. En plus, les études documentant les facteurs contextuels au développement et à l'implantation de ce type d'intervention dans un contexte d'équipe multidisciplinaire et intersectorielle sont inexistantes. La présente étude vise à combler ce manque dans les écrits scientifiques.

CHAPITRE 3

CADRE CONCEPTUEL

Le chapitre qui suit porte, de manière générale, sur l'analyse d'implantation qui a servi de cadre à la présente étude. L'analyse d'implantation faisant partie de la grande famille de l'évaluation de programme, cette dernière sera d'abord définie.

3.1. L'évaluation de programme

L'évaluation de programme est un champ de pratique plutôt vaste, se rapportant à plusieurs disciplines. Les définitions et les concepts sont donc différents selon le domaine d'expertise du chercheur. Dans le domaine de la santé, l'évaluation de programme vise à « porter un jugement sur les différentes composantes du programme, tant au stade de sa conception que de sa mise en œuvre, ainsi que sur les étapes du processus de planification qui sont préalables à la programmation » (Pineault & Daveluy, 1995, p. 416). Selon l'objet de l'évaluation, il est donc possible d'apprécier les ressources investies (structure), les activités produites ou les services mis en œuvre (processus) et l'atteinte des objectifs (effets) (Pineault & Daveluy, 1995).

Selon Ridde et Dagenais (2009), on peut distinguer deux types de finalité à l'évaluation de programme, et ce, en fonction de son objectif. D'une part, on parlera de l'évaluation sommative, réalisée a posteriori, et ayant pour objectif de rendre des comptes. D'autre part,

l'évaluation formative est effectuée de manière concomitante, c'est-à-dire en même temps que l'intervention se déroule. Cette forme d'analyse permet d'ajuster l'intervention en cours d'implantation (Pineault & Daveluy, 1995; Ridde & Dagenais, 2009). De manière plus précise, Brousselle et al. (2011) identifient six types d'analyse en recherche évaluative qui se distinguent en fonction de la composante de l'intervention (ou du programme) qui fait l'objet d'une évaluation. Il y a donc l'analyse stratégique (évaluation de la pertinence de l'intervention par rapport aux objectifs fixés), l'analyse logique (évaluation de la cohérence entre les moyens [activités] et les objectifs), l'analyse de la production (évaluation de la qualité des services ou activités produites), l'analyse des effets (évaluation de l'efficacité de l'intervention sur la population), l'analyse de l'efficience (évaluation du rapport entre les ressources investies et les effets produits [coût-efficacité]) et enfin l'analyse d'implantation (Brousselle et al., 2011). C'est cette dernière qui a servi de cadre à la présente étude et qui sera détaillée plus amplement dans les prochaines sections.

3.2. L'analyse d'implantation

L'analyse d'implantation s'est imposée d'elle-même comme cadre conceptuel à la présente étude. Elle offrait une structure pour encadrer la démarche d'évaluation du projet Spot.

3.2.1. Définitions et caractéristiques

Le succès d'une intervention de santé publique et son maintien dans le temps repose, entre autres, sur la capacité à identifier sous quelles conditions elle est efficace (Steckler & Linnan, 2002). C'est par une évaluation de l'intervention et de son processus d'implantation

qu'il sera possible d'identifier ces conditions. De manière plus précise, l'analyse d'implantation « consiste à étudier les relations entre une intervention et son contexte durant sa mise en œuvre » (Brousselle et al., 2011, p. 238). A priori, elle vise l'explication de l'intervention et le contexte d'implantation est une composante centrale. Pour certains auteurs tels Champagne & Denis (1992) et Issel (2009), le but de l'analyse d'implantation est de connaître le contexte dans lequel une intervention est implantée afin de mieux en apprécier les effets. Scheirer (1994) la définit également comme complémentaire à l'évaluation des effets. Ainsi, la connaissance des conditions dans lesquelles une intervention est implantée permettra d'expliquer certaines variations et subtilités dans les résultats de l'évaluation des effets. Si les résultats attendus en terme de changement de comportements ne sont pas atteints par exemple, l'analyse d'implantation permettrait d'expliquer cette situation non pas par l'échec de l'intervention elle-même, mais par des difficultés rencontrées dans l'implantation ou encore par une intervention qui a été implantée de manière inconstante. De plus, par cette précision des conditions dans lesquelles l'intervention a été implantée, l'analyse d'implantation permet d'accroître la validité externe des résultats de l'évaluation (Brousselle et al., 2011). La validité externe se définissant par la généralisation des résultats de l'étude, l'analyse d'implantation permet de connaître le contexte auquel ces résultats peuvent être généralisés. Enfin, dans une conception dynamique de l'intervention, l'analyse d'implantation permettra d'expliquer son évolution (ou sa transformation) et de comprendre les barrières et les facteurs facilitants qui y sont associés (Brousselle et al., 2011).

Il semble y avoir une certaine confusion entourant la définition des éléments qui composent l'analyse d'implantation. La définition même de l'analyse d'implantation ne fait pas l'objet d'un consensus et le terme *process evaluation* est parfois utilisé par les auteurs

anglophones. S'inspirant de plusieurs auteurs (Brousselle et al., 2011; Champagne et Denis, 1992 ; Green et Kreuter, 1999), les définitions suivantes ont été retenues pour la présente étude. Le processus d'implantation fait suite à la décision d'agir pour mettre en place une intervention. Il représente donc le temps de planification entre la décision d'agir et le passage à l'action. L'implantation est l'action qui fait suite à ce processus de planification et décrit l'opérationnalisation de l'intervention.

3.2.2. Typologie de l'analyse d'implantation

S'appuyant sur les limites de l'évaluation des effets, Brousselle et al. (2011) proposent une typologie de l'analyse d'implantation se déclinant sous quatre composantes : l'analyse de la transformation de l'intervention (type 1-a), l'analyse des déterminants contextuels du degré de mise en œuvre (type 1-b), l'analyse de l'influence de la variation dans l'implantation sur les effets observés (type 2) et l'analyse de l'influence de l'interaction entre le contexte d'implantation et l'intervention sur les effets observés (type 3). Cette typologie vise à expliquer les variations dans la mise en œuvre et dans les effets (Brousselle et al., 2011). Avec l'objectif de décrire le processus d'implantation du projet Spot qui s'inscrit sur une période de temps donnée, l'analyse de type 1-a semblait la plus appropriée. Celle-ci est de nature processuelle et considère l'intervention dans une perspective dynamique où elle se transforme d'un point de vue organisationnel selon son contexte d'implantation. C'est aussi la typologie de l'analyse d'implantation qui semblait se prêter le mieux à l'approche qualitative envisagée pour documenter le processus d'implantation de Spot. L'analyse de la transformation de l'intervention permettrait donc de pallier à la limite de l'évaluation des effets qui ne tient pas

compte de l'évolution possible d'une intervention durant sa mise en œuvre. Avant de débiter l'analyse, il est donc important de définir l'intervention telle que planifiée, puisqu'elle peut changer selon le moment du processus d'implantation. En plus de contribuer à la transformation de l'intervention, le contexte est présumé agir sur le processus d'implantation (en amont de l'implantation même) en termes de barrières et de facteurs facilitants. Bref, l'analyse de la transformation de l'intervention appréhende le contexte dans sa manière de moduler l'intervention (Brousselle et al., 2011).

Avec la structure qu'offre l'analyse d'implantation comme cadre conceptuel, il sera donc possible de documenter la transformation du projet Spot, par la définition de son contexte d'implantation et l'identification des barrières et des facteurs facilitants qui l'ont affecté.

CHAPITRE 4

MÉTHODOLOGIE

Ce quatrième chapitre détaille la méthodologie utilisée dans le cadre de cette étude. Dans un premier temps, le devis de recherche privilégié, soit l'étude de cas, sera décrit pour ensuite spécifier les critères de scientificité pour juger de sa qualité. Les sources de données disponibles et la manière dont elles ont été collectées seront ensuite précisées. Suivra une description de la technique d'analyse des données privilégiée, c'est-à-dire la théorisation ancrée. Enfin, les considérations éthiques prises en compte dans ce mémoire seront exposées.

4.1. Devis de recherche

4.1.1. L'étude de cas en analyse d'implantation

Pour plusieurs chercheurs, l'étude de cas est la stratégie de recherche la plus appropriée pour l'analyse d'implantation (Brousselle et al., 2011; Denis & Champagne 1990; Scheirer, 1994), particulièrement lorsque l'on s'intéresse aux dynamiques d'interactions entre les acteurs ou au processus d'implantation (Brousselle et al., 2011). Elle est également une stratégie à privilégier lorsqu'il y a un petit nombre d'unités d'analyse (Denis & Champagne 1990). L'étude de cas se définit comme l'étude empirique d'un phénomène dans son contexte naturel d'implantation, duquel il ne peut être dissocié (Yin, 2003). L'étude de cas est une stratégie de recherche globale qui permet de structurer l'ensemble de l'étude et plus

particulièrement la conception du devis, la collecte et l'analyse des données (Yin, 2003). Yin (2003) identifie cinq fonctions à l'étude de cas en recherche évaluative : 1) expliquer le lien entre le programme tel qu'implanté et les effets du programme, 2) décrire une intervention dans son contexte réel d'implantation, 3) illustrer, d'une manière descriptive, certains thèmes de l'évaluation, 4) explorer les situations où l'intervention a été évaluée sans objectifs (résultats attendus) clairement définis et, finalement, 5) évaluer l'évaluation. L'étude de cas a été ici utilisée dans sa fonction descriptive du contexte d'implantation.

Le devis proposé ici est une étude de cas unique à niveaux d'analyse imbriqués. Le cas, ou le phénomène à l'étude, est l'implantation d'une innovation (intervention Spot en milieu communautaire) et trois niveaux d'analyse sont pris en compte : le processus d'implantation (premier niveau), les barrières et facteurs facilitant perçus par les coordonnateurs et les chercheurs lors de la planification du projet (deuxième niveau) ainsi que les barrières et facteurs facilitant perçus par les coordonnateurs et l'équipe terrain lors de l'implantation (troisième niveau).

4.1.2. Critères pour juger de la qualité du devis : validité et fiabilité

Yin (2003) propose plusieurs critères pour assurer la validité et la fiabilité du devis, notamment la validité interne, la validité externe et enfin la fiabilité. La validité interne se rapporte aux résultats obtenus en termes d'établissement d'un lien de causalité et de la justesse de son interprétation (Yin, 2003). Par contre, la validité interne n'est pas de rigueur lorsque l'étude de cas est utilisée dans sa fonction descriptive, comme dans le présent mémoire, puisque l'objectif n'est pas de démontrer un lien de causalité. La validité externe consiste en la

capacité de généraliser les résultats à d'autres contextes ou populations. Selon Yin (2003), la validité externe est difficile à obtenir en étude de cas, surtout lorsqu'il s'agit d'une étude de cas unique. Il distingue par contre la généralisation statistique de la généralisation analytique qui domine dans l'étude de cas. Celle-ci tente de généraliser les résultats à une théorie, plutôt qu'à une population. Le fait d'avoir une théorie sous-jacente à l'étude de cas unique serait donc une stratégie pour augmenter la validité externe (Yin, 2003). De plus, comme mentionnée précédemment, l'analyse d'implantation permet d'augmenter la validité externe en définissant les conditions dans lesquelles l'intervention est implantée (Brousselle et al., 2011). Enfin, la fiabilité est le fait de pouvoir répéter les mêmes conditions et procédures en obtenant les mêmes résultats (Yin, 2003). Avec le critère de fiabilité, le but est de minimiser les biais et les erreurs. L'utilisation d'un protocole de recherche détaillé permettrait d'assurer une certaine fiabilité. Il est possible d'affirmer qu'avec les traces préservées pour le présent mémoire, incluant les grilles d'entrevue et la méthode détaillée d'analyse des données, le critère de fiabilité peut être atteint.

4.2. Sources de données

Afin de constituer un corpus regroupant les différents niveaux d'analyse, deux principales méthodes de collecte de données ont été privilégiées : l'entrevue et l'analyse documentaire (analyse des traces écrites).

En ce qui concerne les sources de données disponibles pour les entrevues, elles provenaient des acteurs impliqués dans l'implantation de Spot en milieu communautaire, soit les chercheurs et les co-chercheurs (n=16), les membres de la coordination (n=2) et de

l'équipe terrain (n=26). Pour les entrevues, l'échantillon a été constitué par contraste, afin d'« assurer la présence dans l'échantillon d'au moins un représentant (de préférence deux) de chaque groupe pertinent au regard de l'objet de l'enquête » (Pires, 1997, p. 157-158). Les critères de sélection pour les co-chercheurs et coordonnateurs étaient d'être impliqués dans le développement du projet en milieu communautaire, faire partie de différents comités de recherche et, pour les intervenants et bénévoles, travailler au site communautaire et avoir fait au moins 48 heures de bénévolat soit l'équivalent de quatre heures par semaine sur une période de trois mois. Le recrutement s'est fait de façon verbale ou par courriel. Étant donné leur petit nombre, les trois intervenants du local Spot ont été interrogés. Par contre, un courriel d'invitation à une entrevue a été envoyé à tous les bénévoles qui font l'accueil au local. Les deux premiers bénévoles ayant répondu et étant éligibles ont été retenus. Puis, les deux coordonnateurs du projet ont été interrogés. Enfin, les co-chercheurs ont été sélectionnés en fonction de leur implication dans le développement et l'implantation en milieu communautaire et devaient faire partie de comité de recherche différent les uns des autres. L'échantillon final est donc composé de 10 personnes âgées de 28 à 61 ans œuvrant dans le domaine du VIH depuis 1 an à 23 ans, pour une médiane de 12,5 ans. Le tableau I dresse un portrait des caractéristiques des personnes interviewées.

Tableau I : Portrait de l'échantillon (N=10)

Variables		Proportions n (%)
Sexe	Masculin	8 (80 %)
	Féminin	2 (20 %)
Années d'expérience domaine VIH	1 à 5 ans	4 (40 %)
	6 à 10 ans	1 (10 %)
	11 à 15 ans	1 (10 %)
	16 ans et plus	4 (40 %)

Quant aux traces écrites, il s'agit de courriels (n=3), du compte-rendu de la première réunion du comité scientifique (n=1), de documents de travail (n=3) et de protocoles de recherche (n=2).

Pour compléter l'analyse des données et permettre une meilleure compréhension du cas étudié, de l'observation participante a été réalisée en occupant le rôle de bénévole à l'accueil du local Spot à raison de 4 heures par semaine. Toutes les tâches reliées à ce rôle étaient assurées et le temps libre qu'il y avait lors de ces présences permettait d'observer, entre autres, chaque intervenant impliqué dans le projet, et ce, de manière à le voir évoluer dans son contexte de pratique et dans la réalisation de tâches autres que celles liées à l'interaction directe avec un participant (tâches qui ne peuvent être observées pour des raisons éthiques). Un journal de bord a été tenu après chaque présence.

4.3. Collecte des données

Entre les mois de septembre 2009 et janvier 2010, dix entrevues semi-dirigées d'environ 1 heure ont été réalisées auprès des acteurs sélectionnés. Le tableau II présente une

description sommaire de ces entrevues. Elles se sont déroulées dans un local de recherche appartenant à la Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé à l'Université du Québec à Montréal. Avant de débiter l'entrevue, les interviewés étaient invités à prendre connaissance d'un formulaire de consentement et à le signer (appendice 1).

Tableau II : Description sommaire des entrevues

Entrevue Numéro (date)	Durée	Verbatim Nombre de pages
1 (septembre 2009)	45 min.	16
2 (octobre 2009)	40 min.	12
3 (octobre 2009)	1 h 13	24
4 (octobre 2009)	53 min.	18
5 (octobre 2009)	50 min.	21
6 (octobre 2009)	40 min.	20
7 (novembre 2009)	28 min.	15
8 (décembre 2009)	43 min.	24
9 (janvier 2010)	56 min.	20
10 (janvier 2010)	1 h 28	25

L'observation participante et le journal de bord ont couvert les premiers mois de l'implantation (juillet 2009 à février 2010). Quant aux traces écrites, elles ont été consultées suite aux entrevues pour compléter les informations manquantes sur les phases du processus d'implantation. Afin de préciser certaines informations, des retours ont été faits auprès des interviewés durant la période d'analyse.

4.3.1. *Grilles d'entrevues*

Afin de guider les entrevues et ainsi s'assurer de l'atteinte des objectifs, deux grilles d'entrevues (appendice 2), semblables en plusieurs points, ont été utilisées. La première s'adressait aux coordonnateurs et aux co-chercheurs et la seconde, aux intervenants ainsi

qu'aux bénévoles de l'accueil. Les éléments abordés avec tous les interviewés étaient leur perception du projet Spot, leurs motivations à participer au projet, leur implication (rôles et tâches), les facteurs qui ont facilité ou entravé cette implication (dans le développement ou l'implantation de Spot) et enfin les leçons qu'ils ont tirées de leur expérience dans le projet. Les entrevues réalisées auprès des coordonnateurs et des co-chercheurs étaient davantage centrées sur leur expérience dans le développement et la planification du projet en vue de son implantation en milieu communautaire. Quant aux entrevues avec les intervenants et les bénévoles, elles étaient davantage centrées sur leur expérience terrain et la manière dont s'est déroulé l'implantation de l'intervention; les difficultés qu'ils ont rencontrées et les modifications qu'ils apporteraient au projet pour en améliorer le fonctionnement au quotidien.

4.4. Analyse des données

Les traces écrites et le journal de bord n'ont pas été analysés de façon systématique. Ils ont plutôt servi à compléter les informations recueillies par les entrevues. Par contre, l'observation directe et la tenue d'un journal de bord ont permis de documenter certains éléments comme l'interaction entre l'infirmier et les intervenants ou d'autres collègues, l'accueil des participants en général, etc. Le journal de bord a également permis de documenter les événements particuliers qui se produisaient lors de la présence au local de Spot ainsi que certaines difficultés et bons coups rapportés par les intervenants. De plus, cette présence sur le terrain favorisait un lien avec l'équipe de recherche et la coordination scientifique afin d'apporter les modifications nécessaires au projet, et ce, dans des délais raisonnables. Enfin, ces observations ont permis de mieux saisir la réalité du terrain et ainsi

faciliter la réalisation des entretiens avec les intervenants et les bénévoles. Ce journal de bord a également facilité l'interprétation des données, en apportant certaines précisions sur des événements qui se sont produits durant la période d'observation.

En ce qui concerne les entretiens, elles ont d'abord été lues afin de se familiariser avec le matériel. Puis, la codification a été réalisée à l'aide du logiciel Nvivo suivant la méthode d'analyse de théorisation ancrée. Cette méthode a été privilégiée, d'une part, car l'étude de cas ne propose pas de méthode d'analyse des données très détaillée et, d'autre part, la théorisation ancrée favorise l'émergence des concepts du corpus, plutôt que la priorisation d'un modèle théorique donné. La théorisation ancrée a comme finalité « la construction de théories empiriquement fondées à partir de phénomènes sociaux à propos desquels peu d'analyses ont été articulées » (Laperrière, 1997, p. 310). Elle était donc tout indiquée dans le cas d'une analyse d'implantation où très peu d'études de ce type ont été menées sur le sujet du dépistage rapide du VIH. Par construction d'une théorie, on entend un ensemble de catégories élaboré de manière systématique et mis en relation dans le but d'établir un cadre théorique pouvant expliquer un phénomène (Strauss & Corbin, 2004). Élaborée par Glaser et Strauss en 1967, la théorisation ancrée est une des premières méthodes fixant des normes en matière d'analyse qualitative et a d'ailleurs influencé plusieurs autres méthodologies qualitatives par la suite (Laperrière, 1997). Comme Strauss & Corbin (2004) le soulignent, la procédure en théorisation ancrée n'est pas rigide et ne constitue pas un modèle strict à suivre étape par étape. Elle offre plutôt des outils structurant l'analyse d'un corpus en laissant place à la créativité du chercheur. Les analyses réalisées dans la présente recherche sont grandement inspirées de la théorisation ancrée, sans toutefois suivre la démarche méthodologique complète. En effet, comme cette méthode d'analyse a été choisie après avoir réalisé les

entrevues, il a été impossible d'utiliser l'échantillonnage théorique comme stratégie de recrutement qui est propre à la théorisation ancrée. L'échantillonnage théorique consiste à construire son échantillon au fur et à mesure de l'analyse, pour tenter d'obtenir une variation dans les concepts établis jusque-là (Strauss & Corbin, 2004). Donc, la théorisation ancrée a surtout été utilisée comme méthode d'analyse pour la codification des entrevues et l'interprétation des résultats. Toutefois, comme la formation de l'échantillon pour la présente étude visait à représenter une diversité d'expérience dans le projet, il est possible de croire qu'une certaine variabilité des concepts a pu être obtenue.

Plusieurs ouvrages traitent des méthodes en théorisation ancrée et les étapes de codifications diffèrent parfois. De manière générale, la codification en théorisation ancrée tourne autour de trois grandes étapes, soit la codification ouverte, la codification axiale et la codification sélective (Laperrière, 1997; Strauss & Corbin, 2004). Il est à noter que la procédure de codification en théorisation ancrée n'est pas un processus linéaire, il s'agit plutôt d'une méthode itérative où il y a alternance entre ces étapes (Laperrière, 1997). D'abord, la codification ouverte et axiale se fait par l'entremise d'une analyse microscopique des données. Selon Strauss et Corbin (2004), celle-ci se caractérise par un processus d'analyse détaillée du corpus, nommée « ligne par ligne » où les données ne sont pas forcées, mais bien écoutées pour en saisir le sens donné par l'interviewé. Elle peut également se faire par mot ou paragraphe. Il s'agit d'identifier les premières catégories tout en dégagant ses propriétés et dimensions qui permettront ainsi de faire des relations entre ces catégories. Une technique d'analyse microscopique est la comparaison théorique, qui est au centre de l'analyse en théorisation ancrée. Cette technique consiste à comparer les données en faisant ressortir les contrastes et les similitudes afin de déterminer leurs caractéristiques, leurs relations et leurs

variations pour les réunir sous différentes catégories (Laperrière, 1997; Strauss & Corbin, 2004).

Quant à l'étape de la codification ouverte proprement dite, elle consiste en une première identification de noyaux de sens où chaque élément du corpus doit être codifié sous forme de concept (Laperrière, 1997). C'est par l'analyse microscopique que cette première codification se fera en permettant une première conceptualisation, soit l'identification de phénomènes, de faits ou d'objets, qui est la première étape de la construction d'une théorie (Strauss & Corbin, 2004). Les différents extraits codés pourront ensuite être comparés et mis sous une même catégorie lorsqu'ils sont similaires. Le nom donné à la catégorie doit être précis et qualifié pour pouvoir rapidement en comprendre le sens. Des sous-catégories seront également formées durant l'analyse sans toutefois être classées de manière spécifique et définitive. La sous-catégorie se distingue de la catégorie par son aspect explicatif en répondant à des questions comme qui, quand, où, comment (Strauss & Corbin, 2004). Dans le cas de l'analyse des entrevues auprès des acteurs du projet Spot, cette première identification de concepts a généré 240 noyaux de sens, comprenant certaines sous-catégories. C'est en isolant les unités de sens liées aux rôles et tâches des interviewés que la trajectoire en cinq phases du processus d'implantation du projet Spot a pu être reconstituée. L'analyse a été poursuivie avec les autres unités de sens.

C'est à l'étape de la codification axiale que seront utilisées les sous-catégories, puisqu'elles seront mieux définies et reliées à des catégories afin de fournir des explications plus précises du phénomène à l'étude (Strauss & Corbin, 2004). C'est l'étape où des relations sont établies et c'est là que prennent forme les bases de la théorie (Laperrière, 1997). À cette étape, les noyaux de sens identifiés précédemment ont été mis en relation et classifiés sous des

catégories conceptuelles, et sous-catégories, plus larges (n=24). Un extrait d'un document de travail présentant la classification des noyaux de sens sous des catégories conceptuelles est présenté à l'appendice 3. Pour des raisons de confidentialité, certaines catégories ont été retirées du tableau. Elles ont été organisées chronologiquement en fonction des phases du processus d'implantation et l'implantation du projet Spot. Ces catégories conceptuelles décrivent des facteurs contextuels ayant modulé le développement et l'implantation de l'intervention Spot. On parlera de saturation théorique lorsqu'aucun nouvel extrait ne demande plus une reformulation de la catégorie (Laperrière, 1997). Cette saturation a été obtenue à cette étape, alors que les catégories conceptuelles obtenues permettaient de décrire de manière satisfaisante les facteurs contextuels de chacune des phases.

Il est alors possible de passer à la dernière étape, soit la codification sélective qui permet l'identification de catégories centrales visant l'intégration de toutes les données du corpus à l'étude. Il s'agit essentiellement de la recherche de modèles (Laperrière, 1997). C'est « le processus d'intégration et de peaufinage de la théorie » (Strauss & Corbin, 2004, p.179). C'est ainsi que des conclusions peuvent être tirées en regard du phénomène à l'étude. Dans le cas présent, pour chacune des phases d'implantation, les enjeux centraux ont été identifiés. Ces derniers sont en fait les principaux facteurs contextuels qui ont été prédominants à chaque phase.

4.5. Considérations éthiques

Afin d'assurer la confidentialité des participants de la présente étude, plusieurs mesures ont été prises. D'abord, la retranscription des entrevues a été faite de façon

dénominalisée. Ainsi, aucun nom de personnes ou d'organismes susceptibles de permettre leur identification ne figure dans les verbatims. Ensuite, des lettres explicatives et des formulaires de consentement ont été utilisés pour s'assurer du consentement libre et éclairé des personnes interviewées. Enfin, il est à noter que le projet de recherche auquel est rattaché ce mémoire a reçu l'approbation du comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Montréal.

CHAPITRE 5

ARTICLE SCIENTIFIQUE

Veillette-Bourbeau, L.^{1,2}, Otis, J.^{2,3}, Blais, M.³, Rousseau, R.⁴ & Wainberg, M.A.⁵. Le dépistage rapide du VIH en milieu communautaire gai : analyse de l'implantation d'une innovation en prévention du VIH auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes de Montréal. *Revue canadienne d'évaluation de programme*, (à soumettre).

¹ Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal

² Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé, Université du Québec à Montréal

³ Département de sexologie, Université du Québec à Montréal

⁴ REZO, Montréal, Québec

⁵ Faculté de Médecine, Université McGill

Contribution des auteurs

Les résultats de ce mémoire font l'objet de l'article scientifique présenté dans le chapitre qui suit. En tant qu'étudiante et première auteure, ma contribution à cet article est majeure. En effet, mon implication s'est échelonnée sur plusieurs étapes. J'ai d'abord planifié la collecte de données, par l'élaboration des grilles d'entrevue et des formulaires de consentement, en plus de faire le recrutement des participants. J'ai aussi réalisé les entrevues, l'observation participante et la tenue du journal de bord. Ensuite, j'ai analysé ces données, avec le soutien et la collaboration de Joanne Otis et Martin Blais, qui sont mes directeurs de maîtrise et co-auteurs sur cet article. J'ai ensuite rédigé l'article, encore une fois sous la supervision de mes directeurs de maîtrise. La rédaction de cet article a été effectuée de manière itérative, avec la rétroaction continue de ces derniers. Au final, Joanne Otis a révisé et peaufiné l'écriture de l'article. Quant aux autres co-auteurs, soit Robert Rousseau et Mark A. Wainberg, ils sont les co-chercheurs principaux du projet Spot. Ils ont relu, commenté et accepté le contenu de l'article en vue d'une soumission à la revue.

Il est à noter que cet article n'est pas encore soumis, mais prêt à l'être. Nous allons le soumettre à la Revue canadienne d'évaluation de programme au courant des prochaines semaines.

Conjointement à ma contribution à cet article, j'ai participé à la réalisation de trois communications dans le cadre de congrès scientifiques. D'abord, les résultats de la présente étude de cas ont été décrits dans une affiche au 20^e congrès canadien annuel de recherche sur le VIH. En plus de mon implication à l'analyse d'implantation du projet Spot par l'entremise de ce mémoire, j'ai collaboré à l'analyse des autres données disponibles du projet de recherche plus vaste dans lequel il s'inscrit. Une analyse du score d'implantation de Spot, autre niveau de

l'analyse d'implantation, a été réalisée. Avec la collaboration d'un intervenant communautaire, une présentation orale des résultats de ces premières analyses a été faite au 21^e congrès canadien annuel de recherche sur le VIH. Des analyses plus poussées sur ce score d'implantation ont été réalisées et présentées sous forme d'affiche à la 19^e conférence internationale sur le sida. Un article scientifique sera rédigé dans les prochains mois sur la base de ces résultats.

Références des communications scientifiques

Veillette-Bourbeau, L., Otis, J., Blais, M., Brenner, B. G., Émond, G., Thiboutot, C., Rousseau, R., Wainberg, M. A. & the SPOT study group. Opportunities and challenges in implementing a new HIV prevention paradigm : rapid HIV testing for MSM in Montreal at SPOT. *20th Annual Canadian Conference on HIV/AIDS research – CAHR 2011, Toronto*, avril 2011.

Veillette-Bourbeau, L., Otis, J., Primeau, M-A., Haig., T., Fadel, G., Blais, M., Wainberg, M. A., Rousseau, R. & the SPOT study group. The importance of monitoring and evaluating the degree of implementation of provincial point-of-care rapid HIV testing guidelines : the experience at SPOT, a community-based rapid HIV testing intervention for MSM in Montreal. *21th Annual Canadian Conference on HIV/AIDS research – CAHR 2012, Montreal*, avril 2012.

Veillette-Bourbeau, L., Otis, J., Blais, M., Haig., T., Rousseau, R., Wainberg, M. A. & the SPOT study group. Understanding variations in degree of implementation (DI) at SPOT, a community-based rapid HIV testing intervention for MSM in Montréal (Canada). *19th International AIDS conference, Washington D.C.*, juillet 2012.

Résumé

Spot est une recherche-intervention innovatrice qui a permis l'implantation d'un service de dépistage rapide du VIH dans la communauté gaie montréalaise. Afin de décrire le processus d'implantation de Spot et les facteurs contextuels qui l'ont affecté, une étude de cas a été menée. Les analyses qualitatives ont permis d'identifier un processus d'implantation en plusieurs phases, modulé par des facteurs liés aux motivations des acteurs à s'engager dans le projet, à la complexité des dynamiques partenariales, aux défis de la coordination en contexte de recherche-intervention multidisciplinaire et intersectorielle et à l'organisation de l'équipe terrain au quotidien.

Abstract

Spot is an innovative research-intervention project that has implemented a community-based rapid HIV testing service for men who have sex with men in Montreal. A case study was undertaken to describe the implementation process and the contextual factors that affected it. Interview analysis allowed identifying many stages in the implementation process. These stages are influenced by stakeholders' motivations to engage in the project, the complexity of partnership dynamics, the challenges raised by coordinating a project that takes place in a research-intervention context involving a multidisciplinary and intersectoral team, and the organization of staff members' daily practices.

Le dépistage à résultat rapide du VIH chez les HRSH : une innovation

Au Canada, on estime que 19 % des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HRSH) séropositifs ignorent être infectés par le VIH (Agence de la santé publique du Canada [ASPC], 2010). Entre 2002 et 2010 au Québec, 45,2 % des HRSH nouvellement diagnostiqués n'avaient jamais eu recours au dépistage du VIH (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec [MSSS], 2011). Ces données laissent croire que l'offre de dépistage ne suffit pas à rejoindre les HRSH les plus susceptibles d'être infectés. Utilisé comme stratégie de prévention, le dépistage pourrait contribuer à limiter la transmission du VIH en augmentant le nombre de personnes qui connaissent leur statut sérologique.

Depuis 2005, un test de dépistage à résultat rapide est disponible au Canada (*INSTITM HIV-1/HIV-2 Rapid Antibody*). Comparativement au test standard, le test rapide offre de nombreux avantages : il facilite la procédure technique en remplaçant la ponction veineuse par la ponction capillaire et il donne accès au résultat pendant la même visite (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ] & MSSS, 2010). Ainsi, certaines barrières au dépistage peuvent être évitées, comme la crainte d'une prise de sang et l'anxiété liée à l'attente du résultat (Spielberg, Kurth, Gorbach & Goldbaum, 2001; Spielberg et al., 2003a). La remise immédiate du résultat permet aussi d'augmenter le nombre de personnes qui connaissent leur statut sérologique et d'accélérer la prise en charge des personnes infectées (Daskalakis et al., 2009; Guenter et al., 2008; Kassler, Dillon, Haley, Jones & Goldman, 1997; Keenan & Keenan, 2001; Kendrick et al., 2005; Lyss et al., 2007; Metcalf et al., 2005; Shrestha et al., 2008; Spielberg et al., 2005). Dans les divers travaux consultés, la satisfaction envers le test rapide du VIH est très élevée (Champenois et al., 2012; Guenter et al., 2008; Smith et al., 2006). D'autre part, les interventions de dépistage rapide implantées dans des organismes communautaires, en clinique mobile ou en

milieux de proximité, augmentent l'accessibilité pour les groupes plus vulnérables (Bailey et al., 2009; Bowles et al. 2008; Daskalakis et al., 2009; Myers, Modica, Dufour, Bernstein & McNamara, 2009; Toller Erausquin et al., 2009) et pourraient contribuer, selon l'INSPQ, à l'optimisation du dépistage du VIH auprès des HRSH (INSPQ, 2011).

Le projet Spot : une option novatrice d'offre de dépistage du VIH à Montréal

Le projet Spot est une recherche-intervention participative, ancrée dans la communauté, multidisciplinaire et intersectorielle, impliquant des chercheurs de plusieurs universités, du milieu médical et de la santé publique ainsi que du milieu communautaire.

L'aspect intervention est composé de la mise en place depuis juillet 2009 d'un service de dépistage du VIH (rapide et standard), gratuit et anonyme, à l'intention des HRSH. L'intervention dure environ une heure et se divise en trois étapes : le counseling prétest, le dépistage et le counseling post-test. Ce service est principalement offert dans un site communautaire situé dans le village gai de Montréal mis en place spécifiquement pour cette recherche. Il est offert par une équipe composée de bénévoles, d'intervenants communautaires et d'infirmiers selon un horaire flexible, de jour, de soir et la fin de semaine.

L'aspect recherche implique un volet virologique et un volet psychosocial. L'analyse des mutations du virus et du développement des résistances aux traitements constitue le volet virologique. Le volet psychosocial consiste à l'évaluation de l'offre de services.

Afin de mieux comprendre les enjeux liés à l'implantation d'un service de dépistage rapide du VIH, le présent article a pour objectifs de décrire le processus d'implantation du projet Spot en milieu communautaire et d'identifier les facteurs contextuels qui l'ont affecté.

Facteurs contextuels modulant l'implantation d'interventions de dépistage rapide du VIH

Très peu de travaux se sont penchés sur l'analyse d'implantation des interventions de dépistage rapide alors que ce type d'études est nécessaire pour mieux juger de leurs effets (Roberts, Grusky & Swanson, 2007). Les travaux recensés décrivant des expériences de dépistage rapide en milieu clinique ou communautaire, renseignent tout de même sur des facteurs contextuels les ayant influencées.

Relativement aux facteurs personnels, l'épuisement professionnel (Clark, Bowles, Song & Heffelfinger, 2008) et le scepticisme à l'égard de la capacité du test rapide à accroître le nombre de personnes qui connaissent leur statut sérologique (Bogart et al., 2010) ont été identifiés comme barrières à l'implantation alors que l'accueil favorable du test rapide par le personnel (Kassler et al., 1997; Sohoni, Gordon, Vahidnia & White, 2010) ainsi que l'engagement et la confiance mutuelle des acteurs impliqués (Gleason-Comstock et al, 2006; Woods et al., 2008) ont été identifiés comme des facteurs favorables.

Sur le plan organisationnel, la difficulté d'obtenir une formation à l'utilisation de la trousse rapide (Clark et al., 2008) a été une barrière, alors que le soutien et l'encadrement régulier (Spielberg, Branson, Goldbaum, Kurth & Wood, 2003b) et une formation spécifique au counseling (Gleason-Comstock et al, 2006) ont été facilitateurs.

Sur le plan interorganisationnel, la difficulté à gérer des fonds de recherche (Gleason-Comstock et al, 2006) a constitué une barrière puisqu'elle a causé des retards dans l'implantation. La collaboration entre des décideurs communautaires et des chercheurs (Toller Erausquin et al., 2009) ou avec une agence de la santé (Spielberg et al., 2003b), la reconnaissance de l'expertise du milieu communautaire (Gleason-Comstock et al, 2006), la mise en place de rencontres avec les acteurs impliqués pour discuter des difficultés rencontrées, des

préoccupations et des bénéfices perçus (Spielberg et al., 2003b) ainsi que la communication et la confiance bien établie grâce aux expériences passées entre les acteurs (Woods et al., 2008) sont des facteurs qui ont facilité l'implantation de ces interventions.

Sur le plan des caractéristiques de l'intervention, l'utilisation d'une nouvelle technologie de dépistage (Gleason-Comstock et al, 2006), l'absence d'un lieu confidentiel dans un organisme communautaire (Bogart et al., 2010), la difficulté à rejoindre les participants pour donner le résultat du test de confirmation dans un contexte d'anonymat (Clark et al., 2008; Spielberg et al., 2003b), l'obligation de référer les participants pour un test de confirmation lorsque le dépistage est fait en clinique mobile (Liang et al., 2005) et annoncer un résultat positif en contexte de travail de proximité (Clark et al., 2008) ont été considérés comme des barrières à l'implantation. Au contraire, la rapidité et la fiabilité du test rapide, la facilité à entreposer ce test en contexte de clinique mobile (Liang et al., 2005) ainsi qu'à l'utiliser en travail de proximité (Clark et al., 2008) ont été des facteurs favorables.

Du point de vue de la recherche, l'incapacité à poursuivre le projet sans le financement de la recherche (Clark et al., 2008), la difficulté à expliquer la randomisation aux participants et la relance des participants dans un contexte de dépistage anonyme (Gleason-Comstock et al, 2006) ont été des barrières à l'implantation et à la pérennisation d'un service de dépistage rapide du VIH.

Méthodologie

L'étude de cas (Yin, 2003) a été privilégiée. Plusieurs méthodes de collecte de données ont été déployées : l'entretien qualitatif, l'analyse documentaire (traces écrites) et de façon secondaire, l'observation participante.

Pour les entretiens, les sources de données provenaient des acteurs impliqués dans l'implantation de Spot en milieu communautaire, soit les chercheurs principaux et les co-chercheurs (n=16) ainsi que les membres du comité de gestion et de l'équipe terrain (n=28). L'échantillon a été constitué par contraste, afin d'« assurer la présence dans l'échantillon d'au moins un représentant (de préférence deux) de chaque groupe pertinent au regard de l'objet de l'enquête » (Pires, 1997, p. 157-158). Les critères de sélection pour les chercheurs et coordinateurs étaient d'être impliqués dans le développement du projet en milieu communautaire et de faire partie de différents comités de recherche; pour l'équipe terrain, de travailler au site communautaire et d'avoir fait au moins 48 heures de bénévolat sur une période de trois mois. L'échantillon final est composé de 10 personnes âgées de 28 à 61 ans œuvrant dans le domaine du VIH depuis 1 an à 23 ans. Entre les mois de septembre 2009 et janvier 2010, un entretien semi-dirigé d'environ une heure a été réalisé auprès de chacun des acteurs sélectionnés. Bien que les entrevues se soient déroulées lors des 6 premiers mois de l'implantation de Spot, les acteurs interviewés ont abordé la période de la genèse du projet, ce qui a permis de documenter le processus d'implantation.

Quant aux traces écrites, il s'agit de courriels (n=3), du compte-rendu de la première réunion du comité scientifique (n=1), de documents de travail (n=3) et de protocoles de recherche (n=2). Les traces écrites ont été consultées suite aux entretiens, afin de compléter les

informations manquantes sur le processus d'implantation. Afin de préciser certaines informations, des retours ont été faits auprès des interviewés durant la période d'analyse.

Pour compléter l'analyse des données et permettre une meilleure compréhension du cas étudié, l'observation participante a été réalisée en occupant le rôle de bénévole à l'accueil du local Spot à raison de 4 heures par semaine. Un journal de bord a été tenu après chaque présence. L'observation participante et le journal de bord ont aussi couvert les premiers mois de l'implantation (juillet 2009 à février 2010).

Les traces écrites et le journal de bord n'ont pas été analysés en tant que tel. Ils ont plutôt servi à compléter les informations recueillies par les entretiens. En ce qui concerne les entrevues, la codification a été réalisée à l'aide du logiciel Nvivo suivant la méthode d'analyse de théorisation ancrée (Laperrière, 1997; Strauss & Corbin, 2004). La saturation théorique (Laperrière, 1997) a été atteinte et les catégories conceptuelles obtenues ont permis de décrire de manière satisfaisante les facteurs contextuels ayant modulé l'implantation de Spot.

Résultat

Spot : un processus d'implantation en cinq phases

L'analyse des données a permis de dégager un processus s'étalant sur cinq phases, de mai 2007 à janvier 2010. La première phase est l'initiation du projet, d'une durée de deux mois. Les acteurs en jeu à cette phase sont les chercheurs. À cette époque, les Instituts de recherche en santé du Canada avaient ouvert un concours unique pour financer des projets de recherche proposant des interventions innovatrices permettant de réduire la transmission du VIH. Les chercheurs du domaine de la virologie ont proposé d'appliquer à ce concours, en sollicitant d'abord la collaboration d'acteurs du milieu communautaire et ensuite celle de chercheurs du

domaine psychosocial. Les chercheurs du domaine psychosocial et les acteurs communautaires avaient l'habitude de travailler ensemble, mais un tel partenariat impliquant aussi des chercheurs du domaine fondamental était une première à Montréal. L'équipe ne disposait que d'un court délai pour rédiger cette demande. La formulation du problème du point de vue virologique et de santé publique ainsi que la pertinence du projet étaient bien argumentées et la stratégie de recherche annonçait les intentions des chercheurs. Toutefois, la planification opérationnelle de cette recherche-intervention ainsi que les rôles et tâches de chacun des acteurs n'y étaient que vaguement abordés. La première phase a donc pris fin avec le dépôt de la demande de subvention.

Suite à ce dépôt, une phase d'attente a suivi pendant près d'un an (mois 3 à 14). Il y a eu, d'une part, l'attente d'une réponse suite à la demande de subvention et, d'autre part, l'attente d'une prise de *leadership*. Une fois la subvention obtenue, le projet n'a pas progressé : une certaine confusion régnait parmi les acteurs alors qu'aucun ne se sentait légitime de prendre le *leadership* pour développer le projet à implanter. L'urgence de déposer les demandes aux comités d'éthique pour accéder aux fonds a poussé l'équipe à devoir préciser la planification opérationnelle de la recherche et de l'intervention. C'est l'équipe psychosociale qui s'est alors explicitement engagée à réaliser ces tâches, avec l'approbation des autres acteurs. La phase d'attente a pris fin avec le dépôt des demandes éthiques aux divers comités et la prise de *leadership* du projet par l'équipe psychosociale.

Vient ensuite la phase de planification tactique (mois 15 à 19) où le coordonnateur a été engagé et cinq comités de recherche ont été formés, les acteurs étant répartis dans ces divers comités selon leur expertise (figure 1, page 79). Cette première phase de planification a été l'occasion de mieux organiser le travail. Elle a pris fin avec les productions des différents

comités : la précision du devis de recherche en fonction des exigences des comités éthiques, la conception des instruments de mesure, de la campagne de communication et du déroulement de l'intervention.

La phase de planification opérationnelle (mois 20 à 26) a été le moment de développer de manière plus concrète le service de dépistage à implanter : des ententes de partenariat entre les universités et le milieu communautaire ont été signées, le site communautaire a été mis en place, des stratégies de recrutement ont été déployées, l'embauche du personnel a été réalisée et la formation de l'équipe terrain a été assurée. Les derniers acteurs se sont joints à l'équipe, soit les intervenants, infirmiers et bénévoles. Cette phase a pris fin avec le début de l'offre de service de dépistage.

La dernière phase est l'implantation du service, débutant avec l'ouverture du local communautaire et l'offre de dépistage (mois 27 à 32). Cette phase se caractérise par deux périodes. La première en était une de rodage de l'intervention et des conditions de travail. La seconde a permis de faire des ajustements selon les leçons tirées durant la première, pour mieux accommoder les intervenants et les participants. Pendant cette phase, le coordonnateur et le directeur de l'organisme communautaire responsable de l'offre de service, chercheur communautaire sur le projet, ont formé le comité de gestion dont le mandat était d'encadrer l'ensemble des pratiques des bénévoles, intervenants et infirmiers impliqués.

Facteurs contextuels ayant modulé le processus d'implantation

Les facteurs contextuels ayant facilité ou, au contraire, entravé le processus d'implantation du projet Spot se regroupent sous les catégories suivantes : les facteurs 1) liés aux

motivations des acteurs à s'engager dans le projet; 2) caractérisant le partenariat en contexte de recherche-intervention, multidisciplinaire et intersectorielle; 3) liés à la coordination dans ce même contexte; 4) liés à l'organisation du travail de l'équipe terrain; 5) influençant les pratiques des intervenants au quotidien.

Les motivations des acteurs à s'engager dans le projet : gage d'une implication soutenue.

Tous les répondants interviewés ont témoigné de leurs fortes motivations dès le départ, à s'engager dans le projet. Ces motivations de plusieurs ordres sont ce qui a permis aux acteurs de relever les défis et surmonter les obstacles d'une phase à l'autre.

La volonté de s'engager par « filiation à » et « par devoir envers » la communauté gaie.

L'appartenance au milieu gai, un sentiment de devoir envers la communauté gaie et vouloir s'y engager ont été parmi les plus fortes motivations citées par les acteurs. Que ce soit par filiation ou par obligation morale, ces motivations, communes à tous les acteurs, ont été présentes de l'initiation du projet jusqu'à l'implantation.

« La deuxième raison [pour m'impliquer] ben moi-même étant gai, je trouvais ça intéressant. C'est sûr que c'est un service auquel j'aurais probablement eu à avoir affaire, si je n'avais pas participé en tant que travailleur. » (Intervenant terrain)

L'occasion unique de contribuer à la mise en place d'un projet de prévention novateur et hautement pertinent.

Pour une majorité de chercheurs, leur conviction quant à la pertinence de la valeur ajoutée de Spot comme stratégie de prévention dans le contexte actuel de l'épidémie a été une motivation importante à s'engager. Spot a été une occasion de contribuer au changement de paradigme en prévention auprès des HRSH. Pour eux, un service de dépistage rapide du VIH offert en milieu communautaire plutôt qu'en milieu clinique, permettait une réponse plus

efficace aux problèmes d'accès au dépistage, rejoignait des hommes moins présents dans les services de santé habituels, facilitait leur ouverture à ce type de service et leur offrait une meilleure expérience de dépistage. Par son aspect novateur multidisciplinaire et intersectoriel, Spot était également perçu comme une occasion de transformer la façon de faire la recherche en prévention au sein de la communauté gaie.

«... il y a un background qui a fait en sorte que pour nous le test, d'avoir des données précises sur notre état de santé contribuent en fait à la prévention, on sait que ça a des impacts. Donc lorsqu'il a été question du test, de l'utilisation éventuellement d'une trousse permettant le dépistage rapide, déjà là, moi j'étais intéressé.» (Membre du comité de gestion).

Cette volonté de contribuer à la mise en place d'un projet novateur et pertinent comme Spot a été un facteur contextuel très favorable à toutes les phases du projet, qui a constitué le point commun ralliant les acteurs, malgré des intérêts et des logiques d'actions différents.

La volonté de mettre à profit, de mettre à l'épreuve et d'améliorer ses compétences professionnelles.

Pour les intervenants et infirmiers, Spot a semblé représenter une occasion de développement professionnel stimulante. Plusieurs ont vu la possibilité de mettre en valeur leur expérience antérieure et leur expertise auprès des HRSH, et de se sentir utiles. Spot était aussi une occasion d'apprendre de nouvelles techniques, de nouvelles façons de faire le counseling dans un milieu de pratique différent et de gagner une meilleure compréhension de la réalité des HRSH et du VIH. D'autre part, Spot comportait divers défis qui permettaient d'apprendre sur soi-même comme professionnel, de prendre conscience de ses forces mais aussi de ses limites. Ce désir de développement professionnel a joué de façon favorable aux phases de planification opérationnelle et d'implantation.

« Il y a aussi le type d'intervention que j'aimais. Le fait que ce soit une heure, que tu ne connais pas la personne : elle arrive, il faut que tu la mettes à l'aise, il faut que tu lui poses des questions super intimes, il faut que tu la conseilles, puis il faut qu'en plus elle se fasse dépister. Tout ça dans le contexte d'une heure, je trouve que ça fait un défi premièrement. » (Intervenant terrain)

Malgré une volonté commune, un partenariat multidisciplinaire et intersectoriel complexe, néanmoins possible.

Les phases d'initiation du projet Spot jusqu'aux phases de planifications tactique et opérationnelle ont été modulées de façon majeure par la façon dont les collaborations entre les acteurs se sont construites et ont évolué, ces collaborations étant nombreuses, diversifiées et de nature différente. Il s'agit principalement des collaborations entre les chercheurs et entre les chercheurs et les membres du comité de gestion.

Le « faire ensemble » dans un contexte de recherche-intervention multidisciplinaire et intersectoriel : valeur ajoutée et défis du projet Spot.

Dès le départ, l'aspect multidisciplinaire et intersectoriel du projet a été un facteur d'engouement et d'adhésion des acteurs au projet. En revanche, tous étaient aussi d'accord pour dire que cet aspect était à la fois la beauté et le défi de cette innovation, sa force et sa faiblesse. Le défi tenait au grand nombre d'acteurs impliqués, à la variabilité des expériences antérieures du travail en partenariat chez les acteurs et à la difficile négociation entre des acteurs provenant de cultures scientifiques et de milieux de pratiques différents, ayant divers points de vue et intérêts malgré un objectif commun. C'est principalement aux phases de planification tactique et opérationnelle que les acteurs ont dû relever ce défi, en particulier dans le cadre des travaux à réaliser dans les divers comités.

« C'est un projet qui met en commun, ce qui fait sa beauté de ce projet-là, ça met en commun un paquet d'expertises différentes. Mais c'est ça aussi le défi de mettre plein de gens avec des regards différents, des agendas différents, je dirais, et des intérêts différents et c'est de mettre ensemble ces différentes institutions et organisations en fait. » (Membre du comité de gestion)

La mise en place trop tardive d'un contrat de collaboration.

L'absence d'un contrat de collaboration précisant les rôles et les tâches de chacun est en cause dans la phase d'attente rencontrée au début du processus. Ce manque de clarté dans la définition des rôles et tâches a été rapporté par plusieurs acteurs. Aux phases de planification, un contrat de collaboration négocié implicitement au sein de l'équipe a permis de créer des occasions de travail collectif, ce qui a favorisé la progression du projet et diminué les tensions au sein de l'équipe.

« Bien c'est ça, à partir du moment où les choses se clarifient, où les rôles et les responsabilités se répartissent plus facilement, que tout le monde se sent légitime, que tout le monde joue son rôle de façon adéquate, ça va assez bien. » (Co-chercheur)

Des difficultés de l'ordre de la communication.

Le manque de communication entre les acteurs apparaît comme un facteur défavorable pendant les phases de planification. En effet, certains chercheurs déplorent le travail indépendant en divers comités qui ne permet pas d'avoir une vision globale du projet. De plus, des divergences d'opinions sur la façon de procéder ont été rencontrées dans l'un des comités de recherche. Ces divergences ont ralenti le processus et compte tenu de l'urgence d'arriver à des résultats, un renoncement au consensus a été jugé nécessaire pour passer à l'action. Cette situation a créé une dynamique de travail marquée par la tension lors de réunions subséquentes. Le manque de compréhension entre les membres a causé une diminution de leur motivation et a nuï aux interactions. Pour éviter ces conflits par la suite, les chercheurs ont dû faire preuve d'une

plus grande transparence en discutant ouvertement de ce type de conflits lorsqu'ils se sont présentés.

« Je pense que concrètement cette volonté-là n'était pas... comment je dirais? Je crois que tout le monde avait la volonté de travailler ensemble, mais rendu à le faire, il y a des gens qui ont été heurtés et il y a des gens qui ont... il y a eu des moments très difficiles et qui ne se sont pas passés en négociation douce, mais plutôt parfois en confrontation. » (Co-chercheur)

Un calendrier serré et le manque de temps.

Une barrière mentionnée par plusieurs répondants est le manque de temps pour réaliser les tâches. Plusieurs chercheurs rapportent qu'il était difficile de s'impliquer pleinement parce que Spot n'était pas le seul projet à leur agenda. Les contraintes de temps ont été particulièrement soulevées lors de la phase de planification opérationnelle par les responsables de la mise en place du site communautaire qui a nécessité une implication longue et exigeante de leur part. Le temps exigé empiétait sur le temps qui aurait dû être consacré à d'autres projets ou activités de l'organisation. Le manque de temps et le calendrier serré ont aussi été mentionnés comme facteurs qui ont rendu le partenariat difficile, les acteurs peu habitués à travailler ensemble ayant peu de temps pour s'approprier, pour comprendre leurs préoccupations de recherche ou pour résoudre les conflits et les controverses. La limite de temps a aussi accentué les difficultés de communication entre les acteurs des divers comités.

« Ce qui est difficile c'est qu'évidemment Spot devient un focus pour tout le monde lorsqu'on a des rencontres; il y a certains aspects où c'est vraiment le point de mire, c'est central, mais ce qui est complexe, c'est que c'est quand même un projet parmi tant d'autres. Et c'est difficile des fois de composer avec ça. » (Co-chercheur)

Le respect mutuel et la reconnaissance des expertises.

Malgré ces obstacles, la confiance et le respect que les membres de l'équipe avaient les uns envers les autres ont permis que les collaborations se poursuivent. D'une part, dès le départ, il y a eu une ouverture envers les idées des acteurs communautaires qui a été appréciée par ces

derniers. Ils se sont sentis écoutés et impliqués afin que les besoins de la communauté soient respectés. D'autre part, le respect des acteurs du communautaire envers l'équipe des chercheurs a facilité leur implication.

Sous un autre angle, la collaboration entre les chercheurs universitaires provenant de différents domaines a donné lieu, durant les phases de planification, à une reconnaissance mutuelle et à une valorisation des expertises. Cette collaboration a été une expérience enrichissante pour la plupart d'un point de vue professionnel, puisqu'elle a permis de tirer profit et d'apprendre de l'expertise de chacun vers la réalisation d'un but commun.

« Je pense que, pour moi, c'est un exemple de comment un tel projet et une telle diversité de personnes impliquées peut enrichir; je sais que ça enrichit beaucoup mon travail, ç'a aidé à enrichir ma compréhension au niveau biomédical et au niveau du dépistage. [...] Donc j'apprécie. Pour moi, un des points forts du projet c'est qu'on a cette expertise autour de la table et je me disais pourquoi on s'en sert pas là? » (Co-chercheur)

Un engagement ferme des acteurs communautaires, reconnu et apprécié par les autres chercheurs.

Malgré les contraintes de temps et la surcharge de travail mentionnées, l'implication du principal partenaire communautaire a été majeure dans le développement et l'implantation de Spot. Présent dès la genèse de Spot, il a fait de ce projet une priorité. L'engagement de cet organisme communautaire à toutes les phases du projet et la mobilisation de ses ressources ont d'ailleurs graduellement suscité l'appréciation et la reconnaissance de tous les chercheurs. L'implication de ce partenaire a été particulièrement importante à la phase de planification opérationnelle en ce qui concerne la mise en place du local Spot et la formation de l'équipe-terrain, puis à la phase d'implantation, en ce qui concerne la promotion et l'offre de services.

« Une chose aussi qui fait la différence beaucoup je pense, (il) croit beaucoup à ce projet-là; (son organisme) en a fait un projet phare, un projet important, ça paraît.

[...] Il a orienté tous ses efforts autour de ça, il a réussi à mobiliser toutes ses ressources autour de ça. » (Co-chercheur)

Les défis inhérents à la coordination d'un projet d'intervention en contexte de recherche multidisciplinaire et intersectorielle.

La coordination du projet lors des phases de planification a été difficile dans le contexte d'une recherche-intervention multidisciplinaire et intersectorielle. À la phase de planification opérationnelle principalement, on rapporte qu'il aurait été nécessaire d'avoir deux ressources à la coordination du projet, soit une pour les aspects scientifiques et l'autre, pour les aspects administratifs et logistiques. En fait, la lourdeur et la complexité de la mise en place de l'offre de services ont reporté la majeure partie du poids de la coordination scientifique sur l'équipe de chercheurs alors que le coordonnateur engagé s'est centré sur les aspects administratifs et logistiques. Sur ce plan, la mise en place des ententes de partenariat pour le transfert des fonds vers les partenaires et la gestion des fonds interinstitutionnels ont été identifiées comme le plus grand défi de la coordination. La lourdeur de ces procédures a occasionné, entre autres, des retards dans certains remboursements aux partenaires, causant ainsi des insatisfactions chez ces derniers. Ces retards étaient en grande partie liés à la restructuration du service des finances de l'établissement gestionnaire.

« Je pense que le gros des difficultés de la coordination est venu de l'articulation du bout recherche. Parce qu'on a des fonds qui sont divisés entre trois universités, que chacune de ces trois universités-là s'était réservée des sommes pour opérer une partie de l'opérationnalisation du projet de recherche et d'intervention et le fonds de recherche en tant que tel a ses limites, ses contraintes et chaque institution demande dans l'octroi de ces fonds-là aussi, de faire des arrimages avec le service juridique, etc. » (Membre du comité de gestion)

Un autre défi rencontré a été la difficulté de recruter un infirmier. La contrainte était double : d'une part, la pénurie d'infirmiers au Québec rendait le recrutement plus ardu; d'autre part, en raison de la nature déléguée de l'acte de dépistage au Québec, il fallait assigner à cet infirmier un répondant clinique pour assurer sa supervision dans un milieu de pratique inhabituel, soit en site communautaire. Cette situation a eu comme effet de retarder de quelques mois l'ouverture du local communautaire et l'offre de services.

En dernier lieu, sur le plan clinique, toute la mise en place du dépistage lui-même, du matériel nécessaire à sa réalisation, des procédures de transport et d'analyse des échantillons, etc., a été un autre défi. Grâce à des contacts personnels privilégiés antérieurs avec les ressources du milieu clinique et l'implication des chercheurs du volet virologique, la coordination a pu rapidement instaurer une façon de faire efficace.

« Euh... qu'est-ce qui a facilité? Ben...ce n'est pas compliqué, un moment donné, je pense que j'ai trouvé un ange autour de nous. Un ange avec qui depuis ce temps-là je travaille quasiment au quotidien, qui m'a permis d'aller ouvrir les portes. [...] Donc tous les aspects sur lesquels finalement j'avais comme peu d'emprise, où j'arrivais mal à comprendre, ben finalement j'ai comme trouvé quelqu'un qui coordonne des projets de recherche depuis longtemps et qui a pu m'aider. » (Membre du comité de gestion)

L'organisation du travail de l'équipe terrain.

Les facteurs liés à l'organisation du travail de l'équipe terrain renvoient aux interactions entre cette équipe et le comité de gestion dans la phase de planification opérationnelle alors qu'il a fallu mettre en place la formation, et à ces interactions lors de la phase d'implantation, en termes de gestion et d'encadrement des pratiques des intervenants et d'organisation de leurs environnement et conditions de travail.

Une formation initiale qui met en confiance.

Pour le coordonnateur engagé, la formation des intervenants et infirmiers à l'administration de la trousse rapide et au counseling adapté des lignes directrices a été un autre défi à la phase de planification opérationnelle dans un contexte où ces lignes directrices pour l'administration de la trousse de dépistage rapide du VIH au Québec étaient encore en développement (INSPQ & MSSS, 2010). Sur ce point, la collaboration de ressources de l'INSPQ et du MSSS a été très aidante.

« Les défis de former des intervenants communautaires pour la première fois en counseling et non pas seulement en counseling, mais en counseling adapté à l'utilisation de la trousse de dépistage rapide. » (Membre du comité de gestion)

Pour les intervenants et infirmiers, la formation offerte a été un plus. Les interviewés mentionnent de façon unanime que cette formation initiale a été claire, adéquate et pertinente. Tout en leur permettant d'être bien préparés aux tâches qu'ils devaient accomplir, les intervenants ont rapporté s'être sentis plus confiants et compétents par rapport au counseling à offrir. Cependant, certains auraient souhaité une formation plus longue et avoir l'occasion de faire plus de mises en situation, particulièrement en anglais, une langue seconde pour eux. On aurait aimé davantage de temps consacré à l'exploration des stratégies de risque à conseiller aux participants selon les spécificités de leur réalité.

« Non, j'ai trouvé que c'était complet [la formation]. On savait à quoi on s'attendait, puis on n'était pas pris au dépourvu la première journée. C'est sûr qu'il y a eu des ajustements mineurs, mais sinon on savait à quoi s'attendre et on n'était pas perdu. » (Intervenant terrain)

Un style de gestion qui permet l'autonomie dans le quotidien et une supervision jugée insuffisante sur le plan professionnel, toutefois compensée par le soutien entre intervenants et des ressources matérielles utiles.

C'est à la phase d'implantation que le style de gestion adopté et la qualité de la supervision offerte ont joué sur le degré de mise en œuvre. Les membres du comité de gestion ne pouvaient pas être présents tous les jours au local de Spot. On a toutefois apprécié l'autonomie que cela laissait aux intervenants, cette situation favorisant diverses initiatives dans la réalisation des tâches quotidiennes. De plus, intervenants et infirmiers ont souligné que le fait de pouvoir rejoindre facilement et rapidement l'un ou l'autre de ces membres a été une condition facilitatrice, permettant de résoudre au fur et à mesure les problèmes du quotidien.

« J'aime bien aussi le côté autonome que ça nous donne. Oui ils sont disponibles [les coordonnateurs], mais ils ne sont pas tout le temps là au local. Alors, en même temps je n'ai pas tout le temps l'impression d'être surveillé, puis j'ai peut-être plus tendance à prendre des initiatives. » (Intervenant terrain)

En revanche, ils auraient souhaité avoir plus de rencontres de supervision qui auraient permis de discuter et d'avoir des rétroactions par rapport à leurs pratiques professionnelles, en particulier en ce qui concerne le counseling et l'annonce d'un test réactif. Ces derniers ont toutefois exprimé que la facilité à communiquer entre eux a favorisé le soutien et la discussion par rapport à ces pratiques, palliant ainsi à ce manque de supervision.

« Mettons un participant que je sais qu'il est difficile, je sais que le counseling était difficile et que cette situation-là peut se produire avec les autres intervenants, et là on discute : dans cette situation qu'est-ce que tu ferais, qu'est-ce que tu peux faire? » (Intervenant terrain)

Des conditions et un environnement de travail à Spot, inhabituels mais somme toute, acceptables ou appréciés.

Plusieurs facteurs caractérisant les conditions et l'environnement de travail à Spot ont facilité ou au contraire, entravé le fonctionnement de l'équipe terrain dans la réalisation de leurs tâches.

Un horaire changeant.

Les intervenants ont trouvé difficile de travailler les fins de semaine, de ne pas avoir de stabilité dans les heures de travail d'une journée à l'autre et d'avoir à débiter très tôt certains matins ou à finir tard le soir. Après avoir communiqué leur insatisfaction au comité de gestion, des ajustements ont été apportés, dans le respect toutefois des caractéristiques d'accès à Spot. Les intervenants s'en sont dits satisfaits.

« Les horaires... une des choses qu'on a trouvé dur, c'est toutes les fins de semaine. Toutes les fins de semaine, ça c'est plus difficile parce que tu ne vois pas tes amis, tu ne vois pas ta famille si c'est la fin de semaine que tu les vois. » (Intervenant terrain)

Un climat de travail agréable et une bonne dynamique d'équipe.

Tous les membres de l'équipe terrain interviewés ont mentionné un bon climat de travail et une bonne dynamique d'équipe caractérisés par la bonne entente, le respect mutuel, l'entraide et la collaboration. Le soutien des intervenants envers les bénévoles de l'accueil lors de leur première expérience a aussi été apprécié.

« Ce qui est important, je me sens bien épaulé, c'est bien structuré, une bonne équipe, les gens sont là... Tsé il y a une bonne atmosphère, c'est super agréable d'y aller, je suis toujours de bonne humeur d'y aller. » (Intervenant terrain)

Des ressources humaines en nombre limité et à l'occasion, surchargées.

À la phase d'implantation, les ressources limitées pour accomplir toutes les tâches a occasionnellement provoqué des retards dans le calendrier général prévu ou imposé un certain stress sur les ressources en place. La gestion de l'équipe de bénévoles a aussi causé certains soucis. Le roulement important parmi les bénévoles impliqués et l'instabilité dans leur présence à l'accueil ont été un facteur de stress, provoquant parfois certaines inconsistances dans la façon de prendre les rendez-vous et occasionnant une surcharge de travail pour les intervenants en place.

« Ça je te dirais que c'est le côté qui me stress le plus. Je ne suis pas une personne stressée, mais quand ça arrive ces affaires-là où c'est full occupé, puis qu'on n'a pas de personne à l'accueil, c'est un peu plus rushant. C'est aussi qu'on ne peut pas se préparer à recevoir le participant. Il arrive, nos affaires sont là et on commence straight pis là, on n'a pas de temps pour se mettre dans un état d'esprit. » (Intervenant terrain)

Les pratiques au quotidien.

Dans leur interaction avec les participants et au fil des rencontres, plusieurs facteurs ont joué un rôle sur la capacité des intervenants à réaliser leurs tâches telles que planifiées.

Des caractéristiques personnelles des intervenants qui aident, d'autres moins.

Certaines attitudes et habiletés rapportées par les intervenants ont facilité leur travail comme la maîtrise de soi et l'écoute active. L'empathie exprimée permettait la mise en confiance et l'ouverture du participant. Si certains rapportaient ne pas être très à l'aise au début, au fil du temps, on a rapporté être plus systématiques et s'améliorer.

« Oui, c'est plus facile qu'au début, ... on a quand même développé des outils sans qu'ils deviennent des automatismes. Tsé, ça peut devenir le petit paragraphe que tu veux dire à cette personne-là, ça peut paraître machinal quasiment. Ça s'est imbriqué dans notre discours qu'on a à faire en counseling. » (Intervenant terrain)

La difficulté à parler anglais avec les participants anglophones a été rapportée comme une barrière. On a aussi mentionné la difficulté dans certains cas, à gérer le temps alloué à l'intervention ou à aborder certaines questions ou situations, celles-ci étant en contradiction avec ses valeurs personnelles.

Des caractéristiques personnelles des participants qui aident, d'autres moins.

Des connaissances adéquates concernant le VIH, une meilleure compréhension des modes de transmission et de sa propre vulnérabilité au VIH, une faible prise de risque et une moins grande anxiété lors du counseling sont des caractéristiques des participants qui ont facilité le travail des intervenants lors de la phase d'implantation. De la même façon, les participants comprenant bien les principes de leur participation à cette recherche-intervention et ouverts à parler de leur situation rendaient le déroulement de la rencontre plus harmonieux.

« Donc, je te dirais que ça permet d'être plus concis au niveau du counseling. Les gens qui connaissent bien le VIH, bon tu leur parles, puis ils comprennent ce que tu dis, ils comprennent le pourquoi, c'est quoi le rationnel de dire bon ben diminuer son nombre de partenaires pour raison x, éviter telle chose ben ils comprennent pourquoi. » (Intervenant terrain)

À l'inverse, le manque de connaissances du participant sur les modes de transmission exigeait plus de précisions pendant le counseling. Chez certains participants, l'inquiétude liée à la confidentialité demandait qu'on prenne le temps de revenir sur toutes les procédures mises en place pour la protéger. Dans d'autres cas, l'anxiété liée au désir d'accéder rapidement au test et au résultat interférait avec leur intérêt à répondre consciencieusement aux questions de l'intervenant et diminuait leur capacité d'écoute et d'interaction. Les intervenants ont également trouvé plus difficile de faire le counseling lorsque le participant était en couple stable et ne présentait pas de facteurs de risque et à l'opposé, quand un participant avait un profil de risque

complexe. Le counseling était aussi plus ardu lorsque le participant était récalcitrant à toute réflexion sur sa situation ou encore, lorsqu'il avait besoin de parler de façon plus globale de ses préoccupations personnelles. Ces situations demandaient un ajustement constant de la façon de faire.

« Ce qui va rendre l'intervention difficile, c'est les participants réfractaires à ce que tu vas dire. S'ils n'écoutent pas ce que tu vas dire ou s'ils ne prennent pas au sérieux ce que tu vas dire. » (Intervenant terrain)

Des modalités de recherche qui alourdissent la démarche d'intervention.

Le questionnaire utilisé dans le cadre de l'étude a aidé les intervenants à structurer et orienter leur counseling. Ils ont perçu le questionnaire comme un outil intégré à l'intervention. Par contre, il a été jugé long et inadapté à certaines situations, notamment à la réalité des hommes en couple stable. Certaines questions manquaient de clarté et pour quelques participants, les questions posées en entretien étaient difficiles à comprendre. Par ailleurs, la partie auto-administrée du questionnaire a posé problème chez les participants qui avaient de la difficulté à lire. Ces éléments ont eu un impact sur la durée de la rencontre et sur la façon dont certaines tâches ont été réalisées.

« Le questionnaire, oui, ça facilite, malgré que le questionnaire soit long, ça fait que le participant prend un recul par rapport à ses pratiques, il a un moment pour avoir une réflexion sur ça, et ça me donne des outils pour savoir où je peux intervenir à partir des réponses qu'il donne. Alors effectivement, ça aide beaucoup le counseling. » (Intervenant terrain)

Sur un autre plan, le fait que le projet soit présenté comme anonyme, mais que la carte d'assurance maladie soit demandée pour créer un code confidentiel sur le questionnaire, a soulevé des inquiétudes chez les participants. Ce souci de préserver l'anonymat a créé une autre

difficulté nuisant au recrutement et au suivi des participants. Comme le numéro de téléphone des participants n'était pas demandé, il était impossible de confirmer le rendez-vous.

« Euh, ben les rendez-vous qui ne se présentent pas là, ça... qui n'avisent pas surtout. Je te dirais que c'est une minorité qui avise dans ceux qui ne viennent pas. Alors là, on refuse du monde à cause de ça. C'est sûr que dans un contexte confidentiel, on ne peut pas rejoindre le monde pour vérifier avec eux. Alors, ça c'est un peu difficile à ce niveau-là. » (Intervenant terrain)

En dernier lieu, la randomisation entre deux conditions (intervention faite par l'infirmier seul ou en tandem, intervenant et infirmier) a été difficile à coordonner sur le terrain. D'autre part, elle imposait une sous-utilisation des intervenants puisqu'ils faisaient le counseling une fois sur deux.

« Hum, ben, oui là, le fait que les intervenants interviennent une fois sur deux à cause de la randomisation, c'est quelque chose qui, dans un contexte normal d'intervention, on ne pourrait pas faire. C'est extrêmement intéressant en termes de recherche là, mais en termes d'implantation et de pérennisation, c'est quelque chose qui n'est pas possible, c'est une sous utilisation des ressources humaines. » (Membre du comité de gestion)

Discussion

La présente étude de cas avait pour objectifs de décrire le processus d'implantation du projet Spot et d'identifier les facteurs contextuels qui l'ont affecté. L'analyse d'implantation a permis d'atteindre ces objectifs au moyen d'une analyse par théorisation ancrée d'entretiens qualitatifs, complétée par l'observation participante et l'analyse de traces écrites. Il faut toutefois rappeler que seulement 10 entrevues ont été réalisées auprès d'acteurs-clé. Certains facteurs contextuels ont donc pu échapper à l'analyse des données, puisque ceux identifiés reflètent l'expérience des interviewés. Par contre, l'échantillonnage par contraste a permis d'avoir une

certaine diversité d'acteurs du point de vue de leur rôle dans le projet, ce qui a sans doute diminué l'impact de ce biais.

Un des premiers résultats de l'analyse des entrevues a été l'identification des différentes phases qui ont abouti à l'offre de service du projet Spot. La première est l'initiation du projet, où le principal enjeu a été la mobilisation d'acteurs avec un but commun, mais aux attentes, aux intérêts et aux expertises différentes. Une phase d'attente a ensuite été rencontrée, ayant pour enjeu des lacunes au niveau de la communication qui ont compromis la prise de *leadership* et le passage à l'action. Deux phases de planification (tactique et opérationnelle) ont ensuite été mises en branle. Pour ces phases, c'est d'élaborer un projet de recherche-intervention en étant confrontés à l'absence d'un protocole opérationnel et d'un contrat de collaboration, à des contraintes de temps ainsi qu'à des contraintes liées au contexte même de la recherche qui a été un enjeu. La dernière phase est l'implantation du projet Spot où l'enjeu a été l'apprentissage et la mise en application d'un nouveau mode de dépistage et de counseling dans des conditions de travail influencées par le contexte de la recherche. Ces phases démontrent l'aspect dynamique et évolutif du développement et de l'implantation du projet Spot.

Des facteurs contextuels modulant le processus d'implantation et l'implantation

Les facteurs contextuels jouant à titre de barrières ou de facteurs facilitateurs dans le processus d'implantation du projet Spot se regroupent autour de cinq axes, soit les motivations des acteurs; le partenariat en contexte de recherche-intervention multidisciplinaire et intersectorielle; la coordination dans un tel contexte; l'organisation du travail de l'équipe terrain et les facteurs modulant leurs pratiques dans le quotidien. Certains facteurs ont joué à titre de barrières, comme le défi qu'a représenté la coordination d'une recherche-intervention en contexte intersectoriel, plus particulièrement la gestion des fonds interinstitutionnels. Pour

Gleason-Comstock et al. (2006), la coordination des fonds de recherche a aussi occasionné un délai dans l'implantation de leur intervention de dépistage rapide du VIH en clinique mobile. D'autres facteurs ont été facilitateurs, comme la reconnaissance des expertises ainsi que l'engagement formel et la mobilisation de l'organisme communautaire. Cette reconnaissance des expertises a aussi été un facteur facilitant pour Gleason-Comstock et al. (2006). Certains facteurs ont joué un double rôle, comme la mobilisation d'une équipe multidisciplinaire et intersectorielle qui a agi comme facilitateur alors que cet aspect novateur a suscité de l'enthousiasme chez les acteurs, et comme barrière, puisqu'il a fallu concilier avec des points de vue et des façons de faire différentes.

En somme, les motivations ont réuni les acteurs autour du projet Spot en maintenant leur implication jusqu'à l'implantation, malgré les difficultés rencontrées. Les dynamiques partenariales découlant du contexte multidisciplinaire et intersectoriel témoignent des défis rencontrés durant la planification, mais l'implantation du service démontre le succès de cette collaboration. Cette implantation est teintée par le contexte spécifique de Spot auquel la gestion du projet et le quotidien de l'équipe terrain se sont adaptés.

Leçons tirées et recommandations

À la lumière des résultats de la présente étude de cas, il est possible de tirer certaines leçons. Du point de vue de la recherche, la planification a priori du projet semble essentielle. Elle passe par la conception d'un protocole opérationnel décrivant l'intervention à implanter et par l'élaboration d'un contrat de collaboration définissant les rôles et tâches de chacun. La présence de ces deux éléments aurait sans doute permis d'éviter la phase d'attente rencontrée au début du projet, ainsi que des retards dans l'implantation. Un autre élément en cause dans ces retards est le

temps considérable qu'a nécessité la gestion des fonds interinstitutionnels lors de la planification du projet.

Du point de vue de l'intervention, la formation et le soutien de l'équipe terrain appert comme un facteur essentiel dans la mise en place d'une innovation telle que le dépistage rapide du VIH en milieu communautaire et son counseling adapté. La formation initiale des intervenants, essentielle étant donné la nouveauté de l'intervention, a été aidante et rassurante pour eux. En revanche, par la suite, l'encadrement et le soutien des intervenants ont été des lacunes dans le projet Spot. Étant donné la lourdeur que peut représenter l'intervention psychosociale en counseling de dépistage, il est essentiel d'offrir un moment pour que les intervenants puissent s'exprimer. Finalement, un environnement chaleureux, fonctionnel, non médical et anonyme que les participants aiment fréquenter et où il est agréable de travailler, a été une valeur ajoutée pour le projet Spot.

Vers un modèle d'implantation de service de dépistage rapide du VIH en communauté gaie

Se dégage de la présente étude de cas, un modèle d'implantation de service de dépistage rapide du VIH en communauté gaie, empiriquement fondé. La figure 2 (page 80) rend compte de ce modèle conceptuel qui présente les facteurs pouvant influencer l'implantation de ce type d'innovation dans des contextes similaires. D'une part, il émerge de ce modèle conceptuel que l'implantation d'une innovation est un processus dynamique et qu'une intervention, bien que planifiée par des objectifs précis et une démarche opérationnelle, sera en constante évolution, influencée par son contexte d'implantation, comme les caractéristiques du milieu, les acteurs qui la mettront en œuvre, etc. Dans ce contexte dynamique, prévoir un dispositif permettant le monitoring de l'implantation pour détecter au fur et à mesure les difficultés rencontrées afin de s'y adapter semble essentiel. Les facteurs contextuels influençant l'implantation ont également

ce caractère dynamique et n'auront pas le même effet selon leur moment d'apparition dans le processus d'implantation.

D'autre part, le partenariat joue un rôle important dans le processus d'implantation d'une innovation comme Spot et beaucoup de facteurs y sont étroitement liés. Malgré les tensions pouvant être occasionnées par le travail en partenariat où des univers différents sont en constante confrontation/négociation, une reconnaissance des expertises de chacun et une confiance mutuelle sont nécessaires pour parvenir à travailler ensemble.

Figure 1 : Organigramme du projet Spot

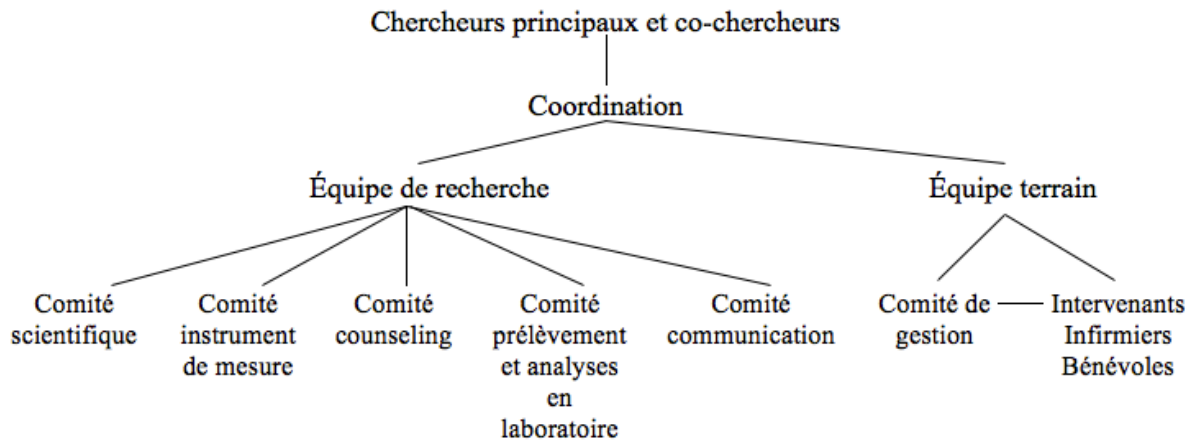


Figure 2 : récapitulatif des facteurs contextuels selon les phases du projet Spot

FACIEURS CONIEXIUELS	INITIATION Mois 1-2	ATTENTE Mois 3-14	PLANIFICATION TACTIQUE Mois 15-19	PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE Mois 20-26	IMPLANTATION Mois 27-32
1. Motivations des acteurs à s'engager dans le projet : gage d'une implication soutenue					
La volonté de s'engager par « filiation à » et « par devoir envers » la communauté gaie					
L'occasion unique de contribuer à la mise en place d'un projet de prévention novateur et hautement pertinent					
La volonté de mettre à profit, de mettre à l'épreuve et d'améliorer ses compétences professionnelles					
2. Malgré une volonté commune, un partenariat multidisciplinaire et intersectoriel complexe, néanmoins possible					
Le « faire ensemble » dans un contexte de recherche-intervention multidisciplinaire et intersectoriel : valeur ajoutée et défis du projet Spot					
La mise en place trop tardive d'un contrat de collaboration					
Des difficultés de l'ordre de la communication					
Un calendrier serré et le manque de temps					
Le respect mutuel et la reconnaissance des expertises					
Un engagement ferme des acteurs communautaires reconnu et apprécié par les autres chercheurs					
3. Les défis inhérents à la coordination d'un projet d'intervention en contexte de recherche multidisciplinaire et intersectorielle					
4. L'organisation du travail de l'équipe terrain					
Une formation initiale qui met en confiance					
Un style de gestion qui permet l'autonomie dans le quotidien et une supervision jugée insuffisante sur le plan professionnel, toutefois compensée par le soutien entre intervenants et des ressources matérielles utiles					
Des conditions et un environnement de travail à Spot, inhabituels mais somme toute, acceptables ou appréciés					
5. Les pratiques au quotidien					
Des caractéristiques personnelles des intervenants qui aident, d'autres moins					
Des caractéristiques personnelles des participants qui aident, d'autres moins					
Des modalités de recherche qui alourdissent la démarche d'intervention					

Références

- Agence de la santé publique du Canada (2010). *Actualité en épidémiologie sur le VIH/sida, juillet 2010*. Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections. Repéré à http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/epi/2010/pdf/FR_Intro_Web.pdf
- Bailey, A. C., Roberts, J., Weatherburn, P., Hickson, F. C. I., Reid, D. S., Fisher, M. & Dean, G. (2009). Community HIV testing for men who have sex with men : results of a pilot project and comparison of service users with those testing in genitourinary medicine clinics. *Sexually Transmitted Infections*, 85, 145-147. doi:10.1136/sti.2008.032359
- Bogart, L. M., Howerton, D., Lange, J., Setodji, C. M., Becker, K., Klein, D. J. & Asch, S. M. (2010). Provider-related barriers to rapid HIV testing in U.S. urban non-profit community clinics, community-based organizations (CBOs) and hospitals. *AIDS and Behavior*, 14(3), 697-707. doi: 10.1007/s10461-008-9456-3
- Bowles, K. E., Clark, H. A., Tai, E., Sullivan, P. S., Song, B., Tsang, J., ... Heffelfinger, J. D. (2008). Implementing rapid HIV testing in outreach and community settings: results from an advancing HIV prevention demonstration project conducted in seven U.S. cities. *Public Health Reports*, 123(supp. 3), 78-85. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2567007/?tool=pubmed>
- Champenois, K., Le Gall, J-M., Jacquemin, C., Jean, S., Martin, C., Rios, L., ... Yazdanpanah, Y. (2012). ANRS-COM'TEST : description of a community-based HIV testing intervention in non-medical settings for men who have sex with men. *BMJ Open*, 2, 1-7. doi : 10.1136/bmjopen-2011-000693

- Clark, H. A., Bowles, K. E., Song, B. & Heffelfinger, J. D. (2008). Implementation of rapid HIV testing programs in community and outreach settings: perspectives from staff at eight community-based organizations in seven U.S. cities. *Public Health Reports*, 123(supp 3), 86-93. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2567008/>
- Daskalakis, D., Silvera, R., Bernstein, K., Stein, D., Hagerty, R., Hutt, R., ... Marmor, M. (2009). Implementation of HIV testing at 2 New York city bathhouses : from pilot to clinical service. *Clinical Infectious Diseases*, 48(11), 1609-1616. doi: 10.1086/598979
- Gleason-Comstock, J., Streater, A., Calhoun, C. B., Simpson, H. L., Rolack, R. & Norman, S. (2006). Development of a community-based participatory research effort to evaluate conventional HIV testing (CHT) and HIV rapid testing (HRT). *Journal of HIV/AIDS & Social Services*, 5(3/4), 201-219. doi: 10.1300/J187v05n03_13
- Institut national de santé publique du Québec (2011). *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
- Institut national de santé publique du Québec & Ministère de la Santé et des Services sociaux (2010). *Guide québécois de dépistage des ITSS : Supplément-Dépistage du VIH dans les points de service à l'aide de trousse de dépistage rapide*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-317-01.pdf>
- Kassler, W. J., Dillon, B. A., Haley, C., Jones, W. K. & Goldman, A. (1997). On-site, rapid HIV testing with same-day results and counseling. *AIDS*, 11(8), 1045-1051. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9223740>

- Keenan, P. A. & Keenan, J. M. (2001). Rapid HIV testing in urban outreach: a strategy for improving posttest counseling rates. *AIDS Education and Prevention*, 13, 541-550. doi: 10.1521/aeap.13.6.541.21439
- Kendrick, S. R., Kroc, K. A., Withum, D., Rydman, R. J., Branson, B. M. & Weinstein, R. A. (2005). Outcomes of offering rapid point-of-care HIV testing in a sexually transmitted disease clinic. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndroms*, 38(2), 142-146. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15671798>
- Laperrière, A. (1997). La théorisation ancrée (grounded theory) : démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées. Dans J. Poupart, J-P. Deslauriers, L-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer & A. P. Pires (dir.), *La recherche qualitative, enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 309-340). Montréal, Québec : Gaëtan Morin.
- Liang, T. S., Erbeding, E., Jacob, C. A., Wicker, H., Christmyer, C., Brunson, S., ... Ellen, J. M. (2005). Rapid HIV testing of clients of a mobile STD/HIV clinic. *AIDS Patient Care and STDs*, 19(4), 253-257. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15857197>
- Lyss, S. B., Branson, B. M., Kroc, K. A., Couture, E. F., Newman, D. R. & Weinstein, R. A. (2007). Detecting unsuspected HIV infection with a rapid whole-blood HIV test in an urban emergency department. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndroms*, 44(4), 435-442. doi: 10.1097/QAI.0b013e31802f83d0
- Metcalf, C. A., Douglas, J. M., Malotte, K., Cross, H., Dillon, B. A., Paul, S. M., ... The Respect-2 study group. (2005). Relative efficacy of prevention counselling with rapid and standard HIV testing: a randomized, controlled trial (Respect-2). *Sexually Transmitted Diseases*, 32(2), 130-138. doi: 10.1097/01.olq.0000151421.97004.c0

Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (2011). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec. Année 2010 (et projections 2011)*. Faits saillants. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-329-01W.pdf>

Myers, J. J., Modica, C., Dufour, M-S. K., Bernstein, C. & McNamara, K. (2009). Routine rapid HIV screening in six community health centers serving populations at risk. *Journal of General Internal Medicine*, 24(12), p. 1269-1274. doi : [10.1007/s11606-009-1070-1](https://doi.org/10.1007/s11606-009-1070-1)

Pires, A. P. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. Dans J. Poupart, J-P. Deslauriers, L-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer & A. P. Pires (dir.), *La recherche qualitative, enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 113-169). Montréal, Québec : Gaëtan Morin.

Roberts, K. J., Grusky, O. & Swanson, A-N. (2007). Outcomes of blood and oral fluid rapid HIV testing: a literature review, 2000-2006. *AIDS Patient Care and STDs*, 21(9), 621-637. doi:10.1089/apc.2006.0196

Shrestha, R. K., Clark, H. A., Sansom, S. L., Song, B., Buckendahl, H., Calhoun, C. B., ... Heffelfinger, J. D. (2008). Cost-effectiveness of finding new HIV diagnoses using rapid HIV testing in community-based organizations. *Public Health reports*, 123(supp.3), 94-100. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19166093>

Smith, L. V., Rudy, E. T., Javanbakht, M., Uniyal, A., Sy, L. S., Horton, T. & Kerndt, P. R. (2006). Client satisfaction with rapid HIV testing: comparison between an urban sexually transmitted disease clinic and a community-based testing center. *AIDS Patient Care*, 20(10), 693-700. doi:10.1089/apc.2006.20.693

- Sohoni, A., Gordon, D. M., Vahidnia, F. & White, D. (2010). Emergency department staff satisfaction with rapid human immunodeficiency virus testing. *Academic Emergency Medicine*, 17(5), 561-565. doi: 10.1111/j.1553-2712.2010.00719.x
- Spielberg, F., Branson, B. M., Goldbaum, G. M., Kurth, A. & Wood, R. W. (2003b). Designing an HIV counselling and testing program for bathhouses: the Seattle experience with strategies to improve acceptability. *Journal of Homosexuality*, 44(3-4), 203-220. doi:10.1300/J082v44n03_09
- Spielberg, F., Kurth, A., Gorbach, P. M. & Goldbaum, G. (2001). Moving from apprehension to action : HIV counseling and testing preferences in three at-risk populations. *AIDS Education and Prevention*, 13(6), 524-540. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11791784>
- Spielberg, F., Branson, B. M., Goldbaum, G. M., Lockhart, D., Kurth, A., Celum, C. L., ... Wood, R. W. (2003a). Overcoming barriers to HIV testing: preferences for new strategies among clients of a needle exchange, a sexually transmitted disease clinic, and sex venues for men who have sex with men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndroms*, 32(3), 318-328. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12626893>
- Spielberg, F., Branson, B. M., Goldman, G. M., Lockhart, D., Kurth, A., Rossini, A. & Wood, R. W. (2005). Choosing HIV counseling and testing strategies for outreach settings : a randomized trial. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndroms*, 38(3), 348-355. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15735456>

Strauss, A. & Corbin, J. (2004). *Les fondements de la recherche qualitative. Techniques et procédures de développement de la théorie enracinée*. Fribourg : Academic Press Fribourg.

Toller Erausquin, J., Duan, N., Grusky, O., Swanson, A-N., Kerrone, D. & Rudy, E. T. (2009). Increasing the reach of HIV testing to young latino MSM: results of a pilot study integrating outreach and services. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 20(3), 756-765. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19648703>

Woods, W. J., Erwin, K., Lazarus, M., Serice, H., Grinstead, O. & Binson, D. (2008). Building stakeholder partnerships for an on-site HIV testing programme. *Culture, Health and Sexuality*, 10(3), 249-262. doi : 10.1080/13691050701793806

Yin, R. K. (2003). *Case study research*. Beverly Hills: SAGE Publications.

CHAPITRE 6

DISCUSSION

La présente étude de cas avait pour objectifs de décrire le processus d'implantation et l'implantation du projet Spot, en plus d'identifier les facteurs contextuels qui les ont affectés. L'analyse d'implantation a permis d'atteindre ces objectifs au moyen d'une analyse par théorisation ancrée des entrevues réalisées auprès d'acteurs impliqués dans le projet Spot, ainsi que par l'observation participante et la consultation de traces écrites. En plus, des enjeux qui mettent en relief les facteurs contextuels pour chaque phase ont pu être établis.

6.1. Le développement et l'implantation du projet Spot :

6.1.1. Un processus en cinq phases

Un des premiers résultats de l'analyse des entrevues a été l'identification des différentes phases qui ont façonné le processus d'implantation et l'implantation du projet Spot. Quatre phases ont eu lieu durant le processus suivi d'une phase d'implantation. La première phase est l'initiation du projet et se caractérise par la mise en commun d'acteurs ayant pour intérêt le dépistage rapide du VIH auprès des HRSH et le dépôt d'une première demande de subvention. Le principal enjeu de cette phase a été la mobilisation d'acteurs avec un but commun, mais aux attentes, aux intérêts et aux expertises différentes. Une phase d'attente a ensuite été rencontrée durant laquelle il y a eu absence de progression caractérisée par l'attente

d'une réponse suite à la demande de subvention et l'attente d'une prise de *leadership*. L'enjeu lors de cette phase d'attente relève principalement de lacunes au niveau de la communication qui ont compromis la prise de *leadership* et le passage à l'action. Deux phases de planification ont ensuite été mises en branle, d'une part la planification tactique avec la conception et la planification de la recherche-intervention et, d'autre part, la planification opérationnelle avec l'organisation de l'implantation. Pour la planification tactique et opérationnelle, c'est d'élaborer un projet de recherche-intervention en étant confrontés à l'absence d'un protocole opérationnel et d'un contrat de collaboration, à des contraintes de temps et d'argent ainsi qu'à des contraintes liées au contexte même de la recherche qui a été un enjeu. La dernière phase est l'implantation du projet Spot avec l'ouverture du local et le début des activités de dépistage. Cette phase se divise en deux étapes, à savoir le rodage de l'intervention et des conditions d'implantation et l'adaptation de ces conditions en fonction des leçons tirées. L'enjeu de l'implantation a été l'apprentissage et la mise en application d'un nouveau mode de dépistage et de counseling dans des conditions de travail influencées par le contexte de la recherche.

Ce processus en cinq phases démontre l'aspect dynamique et évolutif du développement et de l'implantation de Spot, où le passage par chacune d'entre elles était nécessaire pour évoluer vers la suivante. L'implantation même est une phase à l'intérieur de laquelle il y a eu évolution. Tel que spécifié précédemment, il y a eu deux périodes durant cette phase : le rodage de l'intervention et l'ajustement en fonction des leçons tirées. Ceci démontre le caractère évolutif que peut avoir l'implantation d'une intervention, comme le soulignaient Brousselle et al. (2011) en proposant une analyse d'implantation de type 1-a, qui est de nature processuelle et qui vise à expliquer la transformation de l'intervention durant sa

mise en œuvre. Scheirer (1994) identifie également une chaîne d'évènements qui entourent un programme, composée de quatre phases qui s'apparentent aux résultats obtenus dans la présente étude. Ces phases sont : le développement conceptuel de l'intervention, l'élaboration d'un plan d'implantation, l'implantation et l'évaluation des effets (Scheirer, 1994). Scheirer propose d'utiliser cette chaîne comme modèle pour le développement d'une intervention ou encore pour la planification de l'analyse d'implantation, où chaque phase permettrait d'évaluer des objectifs différents. Par exemple, une évaluation durant la première phase (développement conceptuel de l'intervention) devrait permettre d'identifier quels éléments de l'intervention permettraient d'atteindre le mieux les objectifs du programme (Scheirer, 1994). Il est possible de croire que les phases identifiées dans le processus d'implantation et l'implantation de Spot pourraient aussi servir de modèle à l'implantation d'une innovation. De plus, l'identification des éléments en cause dans la phase d'attente qui a été rencontrée dans le processus d'implantation de Spot permettrait d'éviter qu'une telle situation se reproduise.

6.1.2. Des facteurs contextuels modulant le processus d'implantation et l'implantation

Les facteurs contextuels jouant à titre de barrières ou de facteurs facilitant dans le processus d'implantation et l'implantation du projet Spot se regroupent autour de cinq axes, soit les motivations des acteurs à s'engager dans le projet; le partenariat en contexte de recherche-intervention, multidisciplinaire et intersectorielle; les défis de la coordination dans ce même contexte; l'organisation du travail de l'équipe terrain; et les pratiques des intervenants au quotidien.

Les motivations des acteurs sont des facteurs facilitant majeurs ayant grandement favorisé le passage d'une phase à l'autre et soutenu l'implication continue des acteurs en étant présents tout au long du processus d'implantation. C'est ce qui a incité les différents acteurs à s'impliquer dans le projet et ce qui les a retenus lorsque des difficultés ont été rencontrées. Les motivations des acteurs, par entre autres cette volonté de mettre en place un projet novateur de dépistage rapide du VIH dans la communauté gaie de Montréal, ont sans aucun doute contribué à la réussite de l'implantation du projet Spot.

Représentant le noyau du projet Spot, c'est-à-dire le travail collaboratif durant le processus d'implantation (de l'initiation à la planification), les dynamiques partenariales exposent la dualité vécue par les acteurs impliqués. En effet, on y retrouve à la fois des facteurs facilitant et des barrières. Le travail en partenariat a été un défi, par les divergences de points de vue entre les acteurs provenant de milieux de pratiques différents et l'absence d'un contrat de collaboration définissant les rôles et tâches. L'absence de définition des rôles dans un partenariat entre des groupes communautaires et des chercheurs universitaires est aussi une barrière rapportée par d'autres auteurs en contexte de recherche communautaire (Flicker et al., 2007, 2009). Dans le même sens, Clément et al. (1999) recommandent la mise en place d'un contrat de collaboration stipulant les rôles et tâches de chacun afin d'assurer un bon partenariat. En revanche, la reconnaissance des expertises ainsi que l'engagement et la mobilisation du groupe communautaire ont été des éléments positifs dans la réussite de l'implantation du projet Spot. Cette reconnaissance des expertises a aussi été un facteur facilitant pour Gleason-Comstock et al. (2006).

Quant à la coordination en contexte de recherche-intervention multidisciplinaire et intersectorielle, ce facteur concerne principalement les phases de planification. Ces phases

sont modulées par une coordination du projet surchargée par la gestion des ressources financières, en raison du défi qu'a été la gestion des fonds interinstitutionnels en plus d'entraîner des retards dans l'implantation. Pour Gleason-Comstock et al. (2006), la coordination des fonds de recherche a aussi occasionné un délai dans le développement et l'implantation de leur intervention de dépistage rapide du VIH en clinique mobile.

Relativement à l'organisation du travail de l'équipe terrain, il s'agit de facteurs rencontrés durant les phases de planification opérationnelle et d'implantation. Ces facteurs font référence à la gestion des ressources humaines et matérielles, telle que la formation initiale offerte à l'équipe terrain qui a permis de les mettre en confiance. Les caractéristiques physiques du local Spot, comme son emplacement géographique et son ambiance discrète et chaleureuse, étaient appréciées par les membres de l'équipe terrain. Dans une méta-analyse de Pedrana, Guy, Bowring, Hellard & Stoove (2011), un local bien situé et chaleureux offrant un horaire flexible a été un facteur facilitant ayant également été identifié. On retrouve aussi à titre de barrière le manque de supervision des intervenants (Pedrana et al., 2011), tout comme dans le projet Spot. Enfin, le manque de ressources humaines comme personnel infirmier a été une barrière dans le projet Spot, tout comme le manque de ressources humaines rencontré dans certaines recherches communautaires (Flicker et al., 2007, 2009).

Finalement, plusieurs facteurs ont influencé les pratiques des intervenants au quotidien, comme les caractéristiques des participants, les caractéristiques des intervenants eux-mêmes et le contexte de la recherche. Les difficultés à concilier avec certaines caractéristiques des participants ont également été rapportées par Pedrana et al. (2011). L'utilisation d'un nouveau type de dépistage (rapide) a aussi été un défi à l'implantation de la clinique mobile pour Gleason-Comstock et al. (2006).

En somme, ces facteurs sont grandement influencés par le contexte spécifique du projet Spot, c'est-à-dire l'utilisation du dépistage rapide du VIH et d'un counseling adapté en milieu communautaire, dans un contexte de recherche-intervention impliquant une équipe multidisciplinaire et intersectorielle. Certains facteurs ont joué à titre de barrières, comme le défi qu'a représenté la coordination d'une recherche-intervention en contexte intersectoriel. D'autres ont joué à titre de facteurs facilitant, comme la confiance et le respect mutuels qui ont été favorables à la collaboration et l'ouverture envers les idées des acteurs communautaires. Certains ont occupé un double rôle, comme la mobilisation d'une équipe multidisciplinaire et intersectorielle qui a agi comme facilitant, alors que cet aspect novateur a suscité de l'enthousiasme chez les acteurs et comme barrière, puisqu'il a fallu concilier avec des points de vue et des façons de faire différentes.

6.2. Leçons tirées et recommandations

À la lumière des résultats de la présente étude de cas, il est possible de tirer certaines leçons de l'implantation d'un service de dépistage rapide du VIH auprès d'HRSH, en collaboration avec un milieu communautaire. Du point de vue de la recherche, la planification a priori du projet semble essentielle. Elle passe par la conception d'un protocole opérationnel décrivant l'intervention à implanter et par l'élaboration d'un contrat de collaboration définissant les rôles et tâches de chaque membre de l'équipe. La présence de ces deux éléments aurait sans doute permis d'éviter la phase d'attente qui a été rencontrée au début du projet, ainsi que des retards dans l'implantation. Un autre élément en cause dans le retard d'implantation est le temps significatif qu'a nécessité la gestion des fonds interinstitutionnels

lors de la planification du projet. Pour y pallier, deux ressources à la coordination scientifique sont suggérées. Une pour les aspects recherche et l'autre, pour l'organisation de l'intervention.

Du point de vue de l'implantation de l'intervention, la formation et le soutien de l'équipe terrain apparaissent comme des facteurs essentiels dans la mise en place d'une innovation telle que le dépistage rapide du VIH en contexte communautaire et son counseling adapté. La formation des intervenants offerte avant l'implantation de Spot afin de les préparer à offrir le counseling et à utiliser les divers outils de collecte des données a été aidante et rassurante pour eux. La formation est essentielle étant donné la nouveauté de l'intervention. Par contre, l'encadrement et le soutien des intervenants au quotidien ont été identifiés comme une lacune dans le projet Spot. Étant donné la lourdeur que peut représenter l'intervention psychosociale en counseling post-test de dépistage, que le résultat du test soit positif ou négatif, il est essentiel d'offrir un moment pour que les intervenants puissent s'exprimer sur leurs expériences. Finalement, un environnement (local Spot) chaleureux, fonctionnel, non médical et anonyme où il est à la fois agréable de travailler et à fréquenter pour la clientèle a été une valeur ajoutée pour le projet Spot.

Au-delà des facteurs facilitant et entravant la mise en place d'intervention de dépistage rapide du VIH, les résultats de la présente étude de cas révèlent qu'il n'est pas obligatoire de se limiter à la catégorisation des facteurs comme étant d'ordre personnel, organisationnel, interorganisationnel et liés aux caractéristiques de l'innovation, tel qu'il est suggéré en évaluation de programme (Champagne, 2002; Denis & Champagne, 1990; Scheirer, 1981). L'analyse par théorisation ancrée a révélé un processus dans le développement et

l'implantation du projet Spot et les facteurs associés ne s'imbriquent pas dans une catégorie unique. Ils se retrouvent à plusieurs phases et peuvent agir à la fois comme barrière et comme facilitant. Les facteurs contextuels s'expriment donc de manière dynamique tout au long du processus d'implantation.

6.3. Pistes de recherche futures

La présente étude de cas a été réalisée alors que le counseling était basé sur les lignes directrices de dépistage des ITSS à l'aide de la trousse de dépistage rapide (INSPQ & MSSS, 2010). Depuis mai 2011, un counseling basé sur l'entretien motivationnel développé par l'équipe de recherche est offert à Spot. Il serait donc intéressant de documenter les facteurs contextuels au développement et à l'implantation de ce type de counseling. D'autres recherches évaluant les facteurs contextuels au développement et à la mise en place de service de dépistage rapide du VIH dans des points de services seraient nécessaires. Il serait intéressant de comparer les résultats obtenus dans la présente étude avec d'autres contextes d'implantation.

6.4. Limites de l'étude

Les limites de la présente étude sont principalement d'ordre méthodologique. D'une part, seulement dix entrevues ont été réalisées. Certains facteurs contextuels ont donc pu échapper à l'analyse des données, puisque ceux identifiés reflètent prioritairement l'expérience des interviewés. Par contre, l'échantillonnage par contraste a permis d'avoir une certaine diversité d'acteurs du point de vue de leur rôle dans le projet, ce qui a sans doute

diminué l'impact de ce biais. D'autre part, la théorisation ancrée est une méthode pouvant être utilisée à toutes les étapes d'une recherche qualitative. La collecte de données se fait donc par « échantillonnage théorique ». Strauss & Corbin (2004) soulignent que cette méthode n'est pas rigide et qu'elle offre plutôt des outils pouvant structurer l'analyse des données. C'est dans cette optique qu'elle a été utilisée ici.

6.4.1. Expérience d'une position de chercheur près des participants

Par les méthodes de collecte de données utilisées, soit l'observation participante et l'entrevue, j'ai été amenée à m'impliquer directement auprès des participants de la présente étude. Ma collaboration avec l'équipe terrain a débuté avec les présences en tant que bénévole de l'accueil au local Spot. J'ai donc été en contact étroit avec les intervenants communautaires et les infirmiers pendant près de sept mois. Les entrevues se sont également déroulées durant cette période. Les intervenants et les infirmières savaient que j'étais là, en plus de mon rôle de bénévole à l'accueil, pour faire de l'observation. Ils profitaient même souvent de ma présence pour discuter et ainsi me donner certaines informations quant à des difficultés rencontrées dans leur quotidien, de bons coups réalisés sur le plan de l'intervention, des modifications à apporter dans le déroulement de l'intervention ou encore dans les outils de collecte de données. Durant ces présences au local Spot, je n'ai jamais eu à les interroger sur leurs tâches et leur quotidien, cela venait d'eux-mêmes. Comme aucun personnel de recherche ni de coordonnateur n'était présent au local à temps complet, je crois qu'ils appréciaient cette fenêtre de discussion que je leur offrais. J'ai donc développé une relation de complicité avec eux, puisqu'ils me percevaient comme une collègue. Cette proximité aurait par contre pu nuire

à la réalisation des entrevues en causant un biais tel que la désirabilité sociale. Par contre, j'ai plutôt eu l'impression que la relation établie avec eux a permis de développer une confiance qui a été bénéfique durant les entrevues. Je n'ai jamais senti de retenue de leur part lors de ces rencontres. En plus, le fait de bien connaître le milieu a été aidant durant les entrevues, dans la mesure où cela me permettait de mieux comprendre ce que les interviewés me rapportaient et me permettait d'investiguer davantage sur des aspects de leurs tâches auxquels ils ne pensaient pas spontanément. Quant aux entrevues avec les bénévoles, le fait que j'aie occupé les mêmes fonctions qu'eux a aussi été aidant dans la réalisation des entrevues. Au-delà des intervenants communautaires et des infirmiers, j'avais aussi des expériences professionnelles passées avec les autres interviewés, dans la mesure où je suis impliquée dans le domaine du VIH depuis quelques années et qu'il s'agit de personnes avec lesquelles j'avais déjà eu l'occasion de travailler. Par contre, tout comme pour les intervenants et infirmiers, j'ai toujours senti une confiance de leur part durant les entrevues. Bref, cette proximité avec les interviewés a plutôt joué un rôle positif dans le processus de collecte des données. De plus, j'ai pu facilement les recontacter durant l'étape de l'analyse des données pour m'aider à préciser et à compléter certaines informations.

J'étais consciente que cette proximité, cette familiarité avec les interviewés auraient pu nuire à la qualité du matériel collecté. Je crois que cette prise de conscience a fait en sorte que j'étais plus prudente lors des entrevues, dans ma façon de réagir (non verbal) et d'intervenir. Je tentais de garder une distance et une position plus près du rôle d'aidante que de collègue. Je cherchais également à intervenir le moins possible durant l'entrevue et à être davantage en mode d'écoute active.

CONCLUSION

Malgré les difficultés rencontrées durant le processus d'implantation, il est important de souligner que le projet Spot a été une réussite d'un point de vue clinique, par l'offre de service mise en place, et qu'il est la fierté des acteurs impliqués. Les motivations à s'impliquer dans le projet, la présence d'une structure de coordination facilitante lors des phases de planification, l'apport positif de la collaboration, la confiance, le respect mutuel, un désir de travailler ensemble sur ce projet novateur ainsi que l'implication du communautaire à toutes les phases du projet ont sans aucun doute facilité le passage d'une phase à l'autre et ainsi expliquer le succès du projet Spot. En collaboration avec un organisme communautaire et un centre de santé et de services sociaux, le transfert de l'innovation du projet de recherche-intervention vers un service pérennisé est en cours. Malgré les embûches et les difficultés rencontrées dans la mise en place du projet Spot, il est toujours en service et a permis de dépister près de 1800 HRSH entre juillet 2009 et juillet 2012, en révélant 2 % de cas VIH positif.

En définitive, l'analyse d'implantation est un domaine complexe pour lequel on ne dispose que de peu de balises pour guider l'analyse des données. Les résultats de la présente étude de cas auront permis de fournir des informations précieuses sur les facteurs influençant l'implantation d'un projet de dépistage rapide du VIH en milieu communautaire, ces données

étant un manque dans la littérature scientifique. De plus, l'utilisation de l'analyse par théorisation ancrée aura permis d'identifier les facteurs contextuels propres à l'implantation d'une intervention de dépistage rapide du VIH, sans se limiter aux modèles de changement organisationnel. Les résultats de la présente étude de cas pourront servir de cadre conceptuel à l'analyse des facteurs contextuels pour d'autres projets similaires, en plus de soutenir l'implantation en se servant des leçons tirées. Les résultats auront également servi de pistes pour organiser la pérennisation de l'intervention Spot. En plus, l'équipe de recherche a comme objectif dans la prochaine année de réaliser un guide d'implantation permettant de soutenir d'autres organismes communautaires dans l'implantation d'un service de dépistage rapide et de counseling adapté. Les résultats de la présente étude de cas serviront à la réalisation de ce guide.

RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada (2007). *Dépistage du VIH dans les points de services à l'aide de trousse de dépistage rapide : Guide à l'intention des professionnels de la santé* (ISSN : 1188-4169). Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/07pdf/33s2-fra.pdf>
- Agence de la santé publique du Canada (2010). *Actualité en épidémiologie sur le VIH/sida, juillet 2010*. Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections. Repéré à http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/epi/2010/pdf/FR_Intro_Web.pdf
- Bailey, A. C., Roberts, J., Weatherburn, P., Hickson, F. C. I., Reid, D. S., Fisher, M. & Dean, G. (2009). Community HIV testing for men who have sex with men : results of a pilot project and comparison of service users with those testing in genitourinary medicine clinics. *Sexually Transmitted Infections*, 85, 145-147. doi:10.1136/sti.2008.032359
- Bilodeau, A., Lapierre, S. & Marchand, Y. (2003). *Le partenariat : comment ça marche? Mieux s'outiller pour réussir*. Montréal : Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. Repéré à <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/pdfautre/guidepartenariat.pdf>
- Bogart, L. M., Howerton, D., Lange, J., Setodji, C. M., Becker, K., Klein, D. J. & Asch, S. M. (2010). Provider-related barriers to rapid HIV testing in U.S. urban non-profit community clinics, community-based organizations (CBOs) and hospitals. *AIDS and Behavior*, 14(3), 697-707. doi: 10.1007/s10461-008-9456-3

- Bowles, K. E., Clark, H. A., Tai, E., Sullivan, P. S., Song, B., Tsang, J., ... Heffelfinger, J. D. (2008). Implementing rapid HIV testing in outreach and community settings: results from an advancing HIV prevention demonstration project conducted in seven U.S. cities. *Public Health Reports*, 123(suppl. 3), 78-85. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2567007/?tool=pubmed>
- Brenner, B., Roger, M., Routy, J-P., Moisi, D., Ntemgwa, M., Matte, ... Wainberg, M.A. & the Quebec Primary HIV Infection study group. (2007). High rates of forward transmission events after acute/early HIV-1 infection. *Journal of Infectious Diseases*, 195(7), p. 951-959. doi : 10.1086/512088
- Brousselle, A., Champagne, F., Contandriopoulos, A-P. & Hartz, Z. (2011). *L'évaluation : concepts et méthodes. Deuxième édition mise à jour*. Montréal, Québec : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Cambiano, V., Rodger A. J. & Phillips, A. N. (2011). Test-and-treat : the end of the HIV epidemic? *Current Opinion in Infectious Diseases*, 24(1), 19-26. doi : 10.1097/QCO.0b013e3283422c8c
- Champagne, F. (2002). *La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé*. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Étude no.39. (N° de catalogue CP32-79/39-2002F-IN). Repéré à <http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/CP32-79-39-2002F.pdf>
- Champagne, F. & Denis, J-L. (1992). Pour une évaluation sensible à l'environnement des interventions : l'analyse de l'implantation. *Service Social*, 41(1), 143-163.

- Champenois, K., Le Gall, J-M., Jacquemin, C., Jean, S., Martin, C., Rios, L., ... Yazdanpanah, Y. (2012). ANRS-COM'TEST : description of a community-based HIV testing intervention in non-medical settings for men who have sex with men. *BMJ Open*, 2, 1-7. doi : 10.1136/bmjopen-2011-000693
- Clark, H. A., Bowles, K. E., Song, B. & Heffelfinger, J. D. (2008). Implementation of rapid HIV testing programs in community and outreach settings: perspectives from staff at eight community-based organizations in seven U.S. cities. *Public Health Reports*, 123(supp 3), 86-93. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2567008/>
- Clément, M-E., Tourigny, M. & Doyon, M. (1999). Facteurs liés à l'échec d'un partenariat entre un organisme communautaire et un CLSC : une étude exploratoire. *Nouvelles pratiques sociales*, 12(2), 45-64. Repéré à <http://www.cachc.ca/wp-content/uploads/downloads/2012/03/Facteurs-li%C3%A9s-%C3%A0-l%C3%A9chec-dun-partenariat-entre-un-organisme-communautaire-et-un-CLSC.pdf>
- Daskalakis, D., Silvera, R., Bernstein, K., Stein, D., Hagerty, R., Hutt, R., ... Marmor, M. (2009). Implementation of HIV testing at 2 New York city bathhouses : from pilot to clinical service. *Clinical Infectious Diseases*, 48(11), 1609-1616. doi: 10.1086/598979
- Denis, J-L. & Champagne, F. (1990). L'analyse de l'implantation : modèles et méthodes. *Revue canadienne d'évaluation de programme*, 5(2), 47-63.
- Flicker, S., Savan, B., McGrath, M., Kolenda, B. & Mildenerger, M. (2007). If you could change one thing... What community-based researchers wish they could have done differently. *Community Development Journal*, 43(2), 239-253. doi : doi:10.1093/cdj/bsm009

- Flicker, S., Wilson, M., Travers, R., Bereket, T., McKay, C., van der Meulen, A., ... Rourke, S. B. (2009). Community-based research in AIDS-service organizations : what helps and what doesn't? *AIDS Care*, 21(1), 94-102. doi : 10.1080/09540120802032650
- Gleason-Comstock, J., Streater, A., Calhoun, C. B., Simpson, H. L., Rolack, R. & Norman, S. (2006). Development of a community-based participatory research effort to evaluate conventional HIV testing (CHT) and HIV rapid testing (HRT). *Journal of HIV/AIDS & Social Services*, 5(3/4), 201-219. doi: 10.1300/J187v05n03_13
- Green, L.W. & Kreuter, M.W. (1999). *Health promotion planning : an educational ecological approach*. 3^e Édition. Mountain View, CA; Toronto : Mayfield Pub. Co.
- Greensides, D. R.; Berkelman, R.; Lansky, A. & Sullivan, P. S. (2003). Alternative HIV testing methods among populations at high risk for HIV infection. *Public Health Report*, 118(6), p. 531-539. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1497600/>
- Guenter, D., Greer, J., Barbara, A., Robinson, G., Roberts, J. & Browne, G. (2008). Rapid point-of-care HIV testing in community-based anonymous testing program: a valuable alternative to conventional testing. *AIDS Patient Care and STDs*, 22, 195-204. doi: 10.1089/apc.2007.0137
- Institut national de santé publique du Québec (2011a). *Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec. Cas cumulatifs 2002-2010*. Repéré à http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/itss/index.php?id=32,263,0,0,1,0
- Institut national de santé publique du Québec (2011b). *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

Institut national de santé publique du Québec & Ministère de la Santé et des Services sociaux (2010). *Guide québécois de dépistage des ITSS : Supplément-Dépistage du VIH dans les points de service à l'aide de trousse de dépistage rapide*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-317-01.pdf>

Israel, B. A., Krieger, J., Vlahov, D., Ciske, S., Foley, M., Fortin, P., ... Tang, G. (2006). Challenges and facilitating factors in sustaining community-based participatory research partnerships : lessons learned from the Detroit, New York City and Seattle urban research centers. *Journal of Urban Health*, 83(6), 1022-1040. doi : [10.1007/s11524-006-9110-1](https://doi.org/10.1007/s11524-006-9110-1)

Israel, B. A., Schulz, A. J., Parker, E. A. & Becker, A. B. (1998). Review of community-based research : assessing partnership approaches to improve public health. *Annual Review of Public Health*, 19, 173-202. doi : [10.1146/annurev.publhealth.19.1.173](https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.19.1.173)

Issel, L. M. (2009). *Health program planning and evaluation. A practical, systematic approach for community health*. Sudbury; Toronto : Jones & Bartlett Publishers.

Kassler, W. J., Dillon, B. A., Haley, C., Jones, W. K. & Goldman, A. (1997). On-site, rapid HIV testing with same-day results and counseling. *AIDS*, 11(8), 1045-1051. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9223740>

Keenan, P. A. & Keenan, J. M. (2001). Rapid HIV testing in urban outreach: a strategy for improving posttest counseling rates. *AIDS Education and Prevention*, 13, 541-550. doi: [10.1521/aeap.13.6.541.21439](https://doi.org/10.1521/aeap.13.6.541.21439)

- Kendrick, S. R., Kroc, K. A., Withum, D., Rydman, R. J., Branson, B. M. & Weinstein, R. A. (2005). Outcomes of offering rapid point-of-care HIV testing in a sexually transmitted disease clinic. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndroms*, 38(2), 142-146. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15671798>
- Laperrière, A. (1997). La théorisation ancrée (grounded theory) : démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées. Dans J. Poupart, J-P. Deslauriers, L-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer & A. P. Pires (dir.), *La recherche qualitative, enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 309-340). Montréal, Québec : Gaëtan Morin.
- Liang, T. S., Erbedding, E., Jacob, C. A., Wicker, H., Christmyer, C., Brunson, S., ... Ellen, J. M. (2005). Rapid HIV testing of clients of a mobile STD/HIV clinic. *AIDS Patient Care and STDs*, 19(4), 253-257. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15857197>
- Lyss, S. B., Branson, B. M., Kroc, K. A., Couture, E. F., Newman, D. R. & Weinstein, R. A. (2007). Detecting unsuspected HIV infection with a rapid whole-blood HIV test in an urban emergency department. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndroms*, 44(4), 435-442. doi: 10.1097/QAI.0b013e31802f83d0
- Metcalf, C. A., Douglas, J. M., Malotte, K., Cross, H., Dillon, B. A., Paul, S. M., ... The Respect-2 study group. (2005). Relative efficacy of prevention counselling with rapid and standard HIV testing: a randomized, controlled trial (Respect-2). *Sexually Transmitted Diseases*, 32(2), 130-138. doi: 10.1097/01.olq.0000151421.97004.c0
- Mimiaga, M. J., Goldhammer, H., Belanoff, C., Tetu, A. M. & Mayer, K. H. (2007). Men who have sex with men : perceptions about sexual risk, HIV and sexually transmitted disease

testing, and provider communication. *Sexually Transmitted Diseases*, 34(2), 113-119.
doi : 10.1097/01.olq.0000225327.13214.bf

Ministère de la santé et des services sociaux. (2008). *Programme national de santé publique 2003-2012-Mise à jour 2008*. Repéré à http://www.santepubliqueval.ca/IMG/pdf/Programme_national_de_sante_publique_2003-2012_-_mise_a_jour_2008.pdf

Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (2011). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec. Année 2010 (et projections 2011). Faits saillants*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-329-01W.pdf>

Minkler, M. (2005). Community-based research partnerships : challenges and opportunities. *Journal of Urban Health : Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 82(2 Supplement 2), ii3-ii12. doi : 10.1093/jurban/jti034

Minkler, M., Blackwell, A. G., Thompson, M. & Tamir, H. (2003). Community-based participatory research : implications for public health funding. *American Journal of Public Health*, 93(8), 1210-1213. doi : 10.2105/AJPH.93.8.1210

Myers, J. J., Modica, C., Dufour, M-S. K., Bernstein, C. & McNamara, K. (2009). Routine rapid HIV screening in six community health centers serving populations at risk. *Journal of General Internal Medicine*, 24(12), p. 1269-1274. doi : [10.1007/s11606-009-1070-1](https://doi.org/10.1007/s11606-009-1070-1)

Pedrana, A., Guy, R., Bowring, A., Hellard, M. & Stooze, M. (2011). *Community models of HIV testing for men who have sex with men (MSM) : Systematic Review 2011*. Report commissioned by ACON. Repéré à

http://www.ashm.org.au/images/pdfs/national%20strategies/hiv/acon_literature_review_final_version.pdf

- Pineault, R., & Daveluy, C. (1995). L'Évaluation. Dans R. Pineault, C. Daveluy (dir.) *La planification de la santé. Concepts, méthodes, stratégies* (pp. 411-473). Montréal : Éditions nouvelles.
- Pires, A. P. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. Dans J. Poupart, J-P. Deslauriers, L-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer & A. P. Pires (dir.), *La recherche qualitative, enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 113-169). Montréal, Québec : Gaëtan Morin.
- Ridde, V. & Dagenais, C. (2009). *Approches et pratiques en évaluation de programme*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Roberts, K. J., Grusky, O. & Swanson, A-N. (2007). Outcomes of blood and oral fluid rapid HIV testing: a literature review, 2000-2006. *AIDS Patient Care and STDs*, 21(9), 621-637. doi:10.1089/apc.2006.0196
- Rogers, E. M. (2003). Attributes of innovations and their rate of adoption. Dans E. M. Rogers (dir.), *Diffusion of innovations* (pp. 219-266). Toronto: Free press.
- San Antonio-Gaddy, M., Richardson-Moore, A., Burstein, G. R., Newman, D. R., Branson, B. M. & Birkhead, GS. (2006). Rapid HIV antibody testing in the New York state anonymous HIV counseling and testing program: experience from the field. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndroms*, 43(4), p. 446-450. doi: 10.1097/01.qai.0000243055.65698.51

- Scheirer, M A. (1981). *Program implementation. The organizational context*. Beverly Hills : Sage publications.
- Scheirer, M A. (1994). Designing and using process evaluation. Dans J. S., Wholey, H. P., Hatry & K. E., Newcomer, (dir.), *Handbook of practical program evaluation* (pp. 40-68). San Francisco : Jossey-Bass Publishers.
- Shrestha, R. K., Clark, H. A., Sansom, S. L., Song, B., Buckendahl, H., Calhoun, C. B., ... Heffelfinger, J. D. (2008). Cost-effectiveness of finding new HIV diagnoses using rapid HIV testing in community-based organizations. *Public Health reports*, 123(supp.3), 94-100. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19166093>
- Smith, L. V., Rudy, E. T., Javanbakht, M., Uniyal, A., Sy, L. S., Horton, T. & Kerndt, P. R. (2006). Client satisfaction with rapid HIV testing: comparison between an urban sexually transmitted disease clinic and a community-based testing center. *AIDS Patient Care*, 20(10), 693-700. doi:10.1089/apc.2006.20.693
- Sohoni, A., Gordon, D. M., Vahidnia, F. & White, D. (2010). Emergency department staff satisfaction with rapid human immunodeficiency virus testing. *Academic Emergency Medicine*, 17(5), 561-565. doi: 10.1111/j.1553-2712.2010.00719.x
- Spielberg, F., Branson, B. M., Goldbaum, G. M., Kurth, A. & Wood, R. W. (2003b). Designing an HIV counselling and testing program for bathhouses: the Seattle experience with strategies to improve acceptability. *Journal of Homosexuality*, 44(3-4), 203-220. doi:10.1300/J082v44n03_09
- Spielberg, F., Kurth, A., Gorbach, P. M. & Goldbaum, G. (2001). Moving from apprehension to action : HIV counseling and testing preferences in three at-risk populations. *AIDS*

Education and Prevention, 13(6), 524-540. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11791784>

Spielberg, F., Branson, B. M., Goldbaum, G. M., Lockhart, D., Kurth, A., Celum, C. L., ... Wood, R. W. (2003a). Overcoming barriers to HIV testing: preferences for new strategies among clients of a needle exchange, a sexually transmitted disease clinic, and sex venues for men who have sex with men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndroms*, 32(3), 318-328. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12626893>

Spielberg, F., Branson, B. M., Goldman, G. M., Lockhart, D., Kurth, A., Rossini, A. & Wood, R. W. (2005). Choosing HIV counseling and testing strategies for outreach settings : a randomized trial. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndroms*, 38(3), 348-355. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15735456>

Steckler, A. & Linnan, L. (2002). *Process evaluation for public health interventions and research*. San Francisco : Jossey-Bass.

Strauss, A. & Corbin, J. (2004). *Les fondements de la recherche qualitative. Techniques et procédures de développement de la théorie enracinée*. Fribourg : Academic Press Fribourg.

Sullivan, P. S., Lansky, A. & Drake, A. (2004). Failure to return for HIV test results among persons at high risk for HIV infection. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 35(5), 511-518. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15021316>

Toller Erausquin, J., Duan, N., Grusky, O., Swanson, A-N., Kerrone, D. & Rudy, E. T. (2009). Increasing the reach of HIV testing to young latino MSM: results of a pilot study

integrating outreach and services. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 20(3), 756-765. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19648703>

Weis, K. E., Liese, A. D., Hussey, J., Coleman, J., Powell, P., Gibson, J. J. & Duffus, W. A. (2009). A routine HIV screening program in a South Carolina community health center in an area of low HIV prevalence. *AIDS Patient Care and STDs*, 23(4), 251-258. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19281345>

Williams, K.J., Bray, P.G., Shapiro-Mendoza, C.K., Reiz, I. & Peranteau, J. (2009). Modeling the principles of community-based participatory research in a community health assessment conducted by a health foundation. *Health Promotion Practice*, 10(1), 67-75.

World Health Organization (2011). *Global HIV/AIDS response : epidemic update and health sector progress towards universal access : progress report 2011*. Repéré à http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502986_eng.pdf

Woods, W. J., Erwin, K., Lazarus, M., Serice, H., Grinstead, O. & Binson, D. (2008). Building stakeholder partnerships for an on-site HIV testing programme. *Culture, Health and Sexuality*, 10(3), 249-262. doi : 10.1080/13691050701793806

Yin, R. K. (2003). *Case study research*. Beverly Hills: SAGE Publications.

APPENDICE 1

FORMULAIRES DE CONSENTEMENT

FORMULAIRE D'INFORMATION

Entrevue chercheurs/coordonnateurs

Titre : Analyse d'implantation formative d'une intervention communautaire de dépistage rapide du VIH offerte aux hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes dans la région de Montréal.

DESCRIPTION DU PROJET DE RECHERCHE

L'objectif général de ce mémoire est de décrire le processus d'implantation d'une intervention de dépistage rapide du VIH, soit le projet Spot, et les facteurs qui la modulent. Cette analyse d'implantation formative permettra de documenter la transformation de l'intervention et la manière dont elle s'adapte à son contexte. Les principales questions de recherche qui sous-tendent ce mémoire sont : 1) quels sont les facteurs d'ordre personnel, organisationnel ou interorganisationnel qui faciliteront ou entraveront le processus d'implantation, 2) comment le contexte d'implantation modulera la mise en œuvre et 3) comment le degré de mise en œuvre agira sur l'appréciation des participants.

PROCÉDURE

Entrevue individuelle

Vous êtes invité aujourd'hui à participer à une entrevue afin de nous permettre de mieux comprendre votre expérience dans le projet Spot. Cette rencontre sera d'une durée d'environ une heure. De manière générale, durant cette entrevue, nous vous questionnerons sur votre implication dans le projet jusqu'à présent et les motivations sous-jacentes à celle-ci, la manière dont s'est déroulé le processus d'implantation, les éléments qui ont facilité le développement et la mise en place de l'intervention, les difficultés que vous avez rencontrées et les leçons que vous en tirez.

AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS

Nous ne pouvons pas assurer que vous retirerez des avantages personnels en participant à cette entrevue, dans la mesure où vous êtes interrogé en fonction de votre expérience professionnelle relativement au projet. Par contre, les informations obtenues permettront de mieux comprendre les facteurs ayant entravé ou facilité la mise en œuvre de l'intervention pour ainsi s'assurer de la pérennité du projet. De plus, un résumé des résultats de ces entrevues pourra vous être acheminé après que les données aient été analysées.

Dans le même sens, mis à part des risques liés à la confidentialité, il est difficile d'affirmer que vous aurez des inconvénients personnels à collaborer à cette entrevue. Les conditions et les mesures prises par l'équipe de recherche pour préserver l'anonymat et la confidentialité (voir la section droits et confidentialité) minimiseront les risques d'inconvénients liés à votre participation, et ce, autant sur le plan personnel que professionnel.

DROITS ET CONFIDENTIALITÉ

La participation à cette entrevue est libre et volontaire. Donc, aucune contrainte ou pression extérieure ne sera faite et vous aurez le droit de vous retirer de l'entrevue à n'importe quel moment, et ce, sans pénalité ni conséquence. Comme le contenu de cette entrevue sera enregistré, des moyens pour préserver la confidentialité et l'anonymat seront mis en œuvre. D'une part, lors de la retranscription, aucun nom ne figurera dans les verbatims et toute information permettant de vous identifier sera omise. D'autre part, l'enregistrement audio de l'entrevue ainsi que les retranscriptions seront conservés de façon sécuritaire. Ils seront gardés, durant le déroulement de l'étude, dans un classeur sous clé dans un bureau de la Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé à l'UQAM. Ces informations seront détruites deux ans après les dernières publications. Qui plus est, les membres de l'équipe de recherche, par la signature qu'ils apposeront sur le présent formulaire, assureront que l'information partagée avec eux restera strictement confidentielle. Puis, aucun chercheur n'aura accès aux données brutes, c'est-à-dire à l'enregistrement de l'entrevue et à sa retranscription sous forme de

verbatim. Seulement l'étudiante y aura accès. Lorsque les données analysées seront présentées aux directeurs de ce mémoire, les extraits d'entrevue retenus seront isolés de leur contexte pour ainsi assurer l'anonymat.

Si vous avez des questions, vous pouvez les poser à la chercheuse principale désignée Joanne Otis. On peut la rejoindre par téléphone : (514) 987 3000 poste #XXXX pendant la journée.

Le présent projet a reçu l'approbation du Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM (CIER). Pour des informations additionnelles sur les responsabilités de l'équipe de recherche ou dans l'éventualité où un problème ou une plainte ne peut être adressé à la chercheuse principale désignée du projet, Joanne Otis, vous pouvez contacter le président du CIER, M. Joseph Josy Lévy. Il peut être joint au numéro (514) 987-3000 poste XXXX ou au poste téléphonique XXXX.

CONSENTEMENT

Je déclare avoir lu le présent formulaire de consentement, sur la nature de ma participation au projet de recherche et l'étendue des avantages et inconvénients qui en découlent. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à toutes mes questions et qu'on m'a laissé le temps nécessaire pour prendre une décision.

Je consens librement et volontairement à participer à ce projet. On me remettra une copie signée du présent formulaire.

En signant le présent formulaire, je ne renonce à aucun de mes droits légaux, ni ne libère les chercheurs et les organismes subventionnaires de leur responsabilité civile et professionnelle.

Je certifie qu'on a expliqué au participant la nature du projet de recherche ainsi que le contenu du présent formulaire, qu'on a répondu à toutes ses questions et qu'on a indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation. Une copie signée du présent formulaire de consentement lui est remise.

Nom du participant de l'étude : _____

Signature : _____

Date : _____

Nom du témoin : _____

Signature : _____

Date : _____

Le présent consentement est signé en deux exemplaires : un exemplaire pour la recherche et un exemplaire pour le participant.

FORMULAIRE D'INFORMATION

Entrevue intervenants/infirmier/bénévoles

Titre : Analyse d'implantation formative d'une intervention communautaire de dépistage rapide du VIH offerte aux hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes dans la région de Montréal.

DESCRIPTION DU PROJET DE RECHERCHE

L'objectif général de ce mémoire est de décrire le processus d'implantation d'une intervention de dépistage rapide du VIH, soit le projet Spot, et les facteurs qui la modulent. Cette analyse d'implantation formative permettra de documenter la transformation de l'intervention et la manière dont elle s'adapte à son contexte. Les principales questions de recherche qui sous-tendent ce mémoire sont : 1) quels sont les facteurs d'ordre personnel, organisationnel ou interorganisationnel qui faciliteront ou entraveront le processus d'implantation, 2) comment le contexte d'implantation modulera la mise en œuvre et 3) comment le degré de mise en œuvre agira sur l'appréciation des participants.

PROCÉDURE

Entrevue individuelle

Vous êtes invité aujourd'hui à participer à une entrevue afin de nous permettre de mieux comprendre votre expérience dans le projet Spot. Cette rencontre sera d'une durée d'environ une heure. De manière générale, durant cette entrevue, nous vous questionnerons sur votre implication dans le projet jusqu'à présent et les motivations sous-jacentes à celle-ci, les éléments qui ont facilité ou entravé la réalisation de vos tâches, les difficultés que vous avez rencontrées et la manière dont vous les avez surmontées.

AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS

Nous ne pouvons pas assurer que vous retirerez des avantages personnels en participant à cette entrevue, dans la mesure où vous êtes interrogé en fonction de votre expérience professionnelle relativement au projet. Par contre, les informations obtenues permettront de mieux comprendre les facteurs ayant entravé ou facilité la mise en œuvre de l'intervention pour ainsi s'assurer de la pérennité du projet. De plus, un résumé des résultats de ces entrevues pourra vous être acheminé après que les données aient été analysées.

Dans le même sens, mis à part des risques liés à la confidentialité, il est difficile d'affirmer que vous aurez des inconvénients personnels à collaborer à cette entrevue. Les conditions et les mesures prises par l'équipe de recherche pour préserver l'anonymat et la confidentialité (voir la section droits et confidentialité) minimiseront les risques d'inconvénients liés à votre participation, et ce, autant sur le plan personnel que professionnel.

DROITS ET CONFIDENTIALITÉ

La participation à cette entrevue est libre et volontaire. Donc, aucune contrainte ou pression extérieure ne sera faite et vous aurez le droit de vous retirer de l'entrevue à n'importe quel moment, et ce, sans pénalité ni conséquence. Comme le contenu de cette entrevue sera enregistré, des moyens pour préserver la confidentialité et l'anonymat seront mis en œuvre. D'une part, lors de la retranscription, aucun nom ne figurera dans les verbatims et toute information permettant de vous identifier sera omise. D'autre part, l'enregistrement audio de l'entrevue ainsi que les retranscriptions seront conservés de façon sécuritaire. Ils seront gardés, durant le déroulement de l'étude, dans un classeur sous clé dans un bureau de la Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé à l'UQAM. Ces informations seront détruites deux ans après les dernières publications. Qui plus est, les membres de l'équipe de recherche, par la signature qu'ils apposeront sur le présent formulaire, assureront que l'information partagée avec eux restera strictement confidentielle. Puis, aucun chercheur n'aura accès aux données brutes, c'est-à-dire à l'enregistrement de l'entrevue et à sa retranscription sous forme de verbatim. Seulement l'étudiante y aura accès. Lorsque les données analysées seront présentées aux directeurs de ce mémoire, les extraits d'entrevue retenus seront isolés de leur contexte pour ainsi assurer l'anonymat.

Si vous avez des questions, vous pouvez les poser à la chercheuse principale désignée Joanne Otis. On peut la rejoindre par téléphone : (514) 987 3000 poste #XXXX pendant la journée.

Le présent projet a reçu l'approbation du Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM (CIER). Pour des informations additionnelles sur les responsabilités de l'équipe de recherche ou dans l'éventualité où un problème ou une plainte ne peut être adressé à la chercheuse principale désignée du projet, Joanne Otis, vous pouvez contacter le président du CIER, M. Joseph Josy Lévy. Il peut être joint au numéro (514) 987-3000 poste XXXX ou au poste téléphonique XXXX.

CONSENTEMENT

Je déclare avoir lu le présent formulaire de consentement, sur la nature de ma participation au projet de recherche et l'étendue des avantages et inconvénients qui en découlent. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à toutes mes questions et qu'on m'a laissé le temps nécessaire pour prendre une décision.

Je consens librement et volontairement à participer à ce projet. On me remettra une copie signée du présent formulaire.

En signant le présent formulaire, je ne renonce à aucun de mes droits légaux, ni ne libère les chercheurs et les organismes subventionnaires de leur responsabilité civile et professionnelle.

Je certifie qu'on a expliqué au participant la nature du projet de recherche ainsi que le contenu du présent formulaire, qu'on a répondu à toutes ses questions et qu'on a indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation. Une copie signée du présent formulaire de consentement lui est remise.

Nom du participant de l'étude : _____

Signature : _____

Date : _____

Nom du témoin : _____

Signature : _____

Date : _____

Le présent consentement est signé en deux exemplaires : un exemplaire pour la recherche et un exemplaire pour le participant.

APPENDICE 2

GRILLES D'ENTREVUES

GRILLE D'ENTREVUE
Chercheurs et coordonnateurs

Date de l'entrevue : _____

DÉVELOPPEMENT, PLANIFICATION ET PROCESSUS D'IMPLANTATION

1. C'est quoi pour vous le projet Spot?
 - 1.1. C'est quoi pour vous la recherche communautaire?
2. De façon chronologique, quelle a été votre implication dans le projet Spot jusqu'à présent?
3. Qu'est-ce qui vous a motivé à vous impliquer dans ce projet?
4. Comment percevez-vous votre rôle?
5. Quels ont été les éléments qui ont favorisé :
 - 5.1. votre implication?
 - 5.2 l'implantation du projet dans son ensemble?
6. Quels ont été les éléments défavorables :
 - 6.1. à votre implication?
 - 6.2. à l'implantation du projet dans son ensemble?
7. Jusqu'à présent, qu'est-ce que vous auriez fait différemment?
8. Quelles sont les leçons que vous avez tirées?
9. Comment voyez-vous votre implication ou votre rôle pour la suite du projet?

GRILLE D'ENTREVUE
Intervenants et bénévoles

Date de l'entrevue : _____

1. C'est quoi pour vous le projet Spot?
2. Qu'est-ce qui vous a motivé à vous impliquer dans ce projet?
3. Quel est votre rôle dans le projet Spot?
4. Quels sont les éléments qui ont facilité la réalisation de vos tâches** :
 - 4.1. Par rapport à votre rôle?
 - 4.2. Par rapport aux participants?
 - 4.3. Par rapport à l'environnement? (contexte, lieu, etc.)
5. Quels sont les éléments qui ont nui à la réalisation de vos tâches** :
 - 5.1. Par rapport à votre rôle?
 - 5.2. Par rapport aux participants?
 - 5.3. Par rapport à l'environnement? (contexte, lieu, etc.)
6. Quelles difficultés avez-vous rencontrées?
7. Comment avez-vous surmonté ces difficultés?
8. Quelles leçons tirez-vous jusqu'à présent de votre expérience (sur le plan personnel et professionnel)?

APPENDICE 3

EXTRAIT DOCUMENT DE TRAVAIL : CATÉGORIES CONCEPTUELLES

Catégories conceptuelles-analyses Spot

Catégories	Codes et unité de sens	
<p><i>A. Confiance et respect mutuel : sa présence favorise le partenariat, son absence y nuit.</i></p>	<p>3.1.7. Intérêt pour l'équipe de recherche en place</p> <p>3.4. Présence d'un dialogue et d'une ouverture envers les idées du communautaire</p> <p>5.1.5. Respect envers l'équipe et intérêt à travailler avec eux facilitent l'implication</p>	
<p><i>B. Reconnaissance des expertises : un principe important pour le bon déroulement du projet</i></p>	<p>2.8. Principes importants de la RC; partage équitable des pouvoirs et des savoirs, travaille collaboratif et reconnaissance des expertises de chacun</p> <p>5.2.2. La reconnaissance de l'expertise du communautaire pour la campagne de communication a aidé à sa progression</p> <p>7.5. Collaboration entre le psychosocial et le biomédical, expérience enrichissante</p>	
<p><i>C. Mobilisation d'acteurs différents autour d'une problématique commune : source de défis et d'opportunités</i></p>	<p>1.3. Projet novateur d'équipe interdisciplinaire; beauté et défis du projet</p> <p>2.9. Travail en équipe pluridisciplinaire; force et faiblesse de la recherche communautaire</p> <p>6.2.5. Difficile de travailler en équipe nombreuse et multidisciplinaire</p> <p>6.4.1. Projet original s'est développé trop rapidement; formation d'une équipe de chercheurs qui avait peu d'expérience ensemble</p> <p>7.4. Apprentissage positif malgré les mésententes et difficultés rencontrées</p>	
<p><i>D. Motivations intrinsèques</i></p>	<p><i>a) Engagement communautaire</i></p>	<p>3.1.1. Aime que ce soit seulement 4 heures d'implication par semaine (accueil Spot)</p> <p>3.2.1. Familiarité avec le milieu gai, devoir à la communauté</p> <p>3.2.4. Désire de faire bénévolat pour organisme impliqué auprès de la communauté gaie</p> <p>3.2.8. Se sentir redevable envers la communauté gaie</p> <p>5.1.3. Implication d'hommes gais et gens du terrain dans le projet facilite l'implication</p> <p>5.1.4. Importance du projet pour la personne et pour son organisme a favorisé son implication</p>
	<p><i>b) Développement professionnel : acquérir de l'expérience, apprendre et développer des outils</i></p>	<p>3.1.2. Apprendre sur le counseling post-test de dépistage VIH lorsque le résultat est positif</p> <p>3.1.3. Intérêt pour intervention brève, concise et peu routinière</p> <p>3.1.4. Avoir une expérience en milieu communautaire</p> <p>3.1.6. Intérêt à travailler avec une équipe interdisciplinaire; défi et opportunité</p>

		<p>3.1.8. Intérêt pour le sujet de recherche; méthode d'évaluation et de dépistage du VIH</p> <p>3.2.2. Curiosité pour le projet</p> <p>3.2.3. Projet stimulant qui permet d'apprendre</p> <p>3.2.5. Envie d'un emploi différent</p> <p>3.2.7. Intérêt pour le sujet et expertise domaine VIH; expérience professionnelle passée</p> <p>5.1.6. Stimulant et renforçant de voir les résultats au fur et à mesure</p> <p>7.1. Gains liés à la participation : acquisition de connaissances sur la problématique du VIH</p> <p>7.2. Gains liés à la participation : meilleure compréhension de la réalité des hommes gais et dépistage</p> <p>7.3.1. Gains liés à la participation : prise de conscience d'habiletés professionnelles; capacité d'adaptation encore présente</p> <p>7.3.2. Gains liés à la participation : prise de conscience d'habiletés professionnelles; capacité de non-jugement face au vécu des participants</p> <p>7.3.3. Gains liés à la participation : prise de conscience d'habiletés professionnelles; débrouillardise</p> <p>7.3.4. Gains liés à la participation : prise de conscience d'habiletés professionnelles; préjugés personnels; manque d'expérience en milieu communautaire</p> <p>7.3.5. Gains liés à la participation : prise de conscience d'habiletés professionnelles; résistant au stress</p> <p>7.6.1. Gains liés à la participation : expérience nouvelle et intéressante</p> <p>7.6.2. Gains liés à la participation : expérience valorisante; permets de se sentir utile</p>
<p><i>E. Motivations extrinsèques</i></p>	<p><i>Spot, une occasion de transformer les pratiques :</i></p>	<p><i>c) préventives</i></p> <p>1.2.1. Service de dépistage du VIH pour HARSAH en milieu communautaire; permettre une réponse rapide, rejoindre les hommes qui ne vont pas se faire dépister et augmenter l'accessibilité</p> <p>1.2.2. Opportunité de dépistage dans un environnement moins médical qu'une clinique</p> <p>1.4. Projet pilote; pour implanter de manière systématique une intervention de</p>

			<p>dépistage du VIH</p> <p>3.1.5. Intérêt pour la question du dépistage rapide; accessibilité et outil de prévention</p> <p>3.3. Intérêt pour l'implication du communautaire dans le counseling; faciliterait l'ouverture chez le participant et offrirait meilleure expérience de dépistage</p> <p>5.1.1. Croire au projet, aux impacts qu'il aura sur la communauté facilite l'implication</p>
		<i>d) de recherche</i>	<p>1.5. Projet qui va transformer les chercheurs par son aspect multidisciplinaire et la communauté gaie en laissant sa marque</p> <p>3.2.6. Intérêt à contribuer au projet vu sa nature; changer les paradigmes en prévention</p> <p>3.5. Enthousiasme dégagé par les coordonnateurs lorsqu'ils présentaient le projet</p> <p>3.6. Pouvoir participer à un projet qui sera utile pour d'autres projets que la santé publique veut développer</p>
<i>F. Processus de définition des rôles spécifiques de chacun dans le cadre du projet : importance de la clarté et la définition de ceux-ci</i>			<p>4.5.1. Plusieurs rôles occupés depuis le début</p> <p>4.5.5. Rôle de protection en tant que représentant du communautaire; le projet doit servir à la communauté</p> <p>4.5.6. Rôles difficiles à définir; se font au fur et à mesure</p> <p>5.2.7. Rôles plus clairs; travaille efficace et moins de tension</p> <p>6.4.3. Manque de clarté dans la définition des rôles et tâches</p> <p>8.4. Avoir une définition plus claire des rôles et tâches</p>
<i>G. Apport positif du réseautage et de la collaboration dans la réalisation des tâches</i>			<p>5.2.1. Aide du réseautage et contacts pour soutenir la coordination dans la portion clinique du projet</p> <p>5.2.8. Avoir un protocole de diffusion des résultats est aidant et assure la collaboration de tous</p>
<i>H. Communication facile et bien établie sur le terrain, mais une</i>			<p>6.4.4.6. Manque de communication au niveau de l'implication financière de l'organisme communautaire; cause un manque de liquidité</p> <p>6.4.4.7. Manque de communication sur la responsabilité financière pour achat</p>

<p><i>source de difficulté rencontrée à toutes les phases du projet</i></p>	<p>matériel infirmier</p> <p>6.4.4.9. Trop de travail en sous-comité qui ne permettait pas d'avoir une bonne communication et une vision globale du projet</p> <p>6.3.13. Manque de clarté des critères d'admissibilité symptômes de la grippe</p> <p>6.4.4.2. Accueil froid des intervenants envers un bénévole et manque de communication</p> <p>6.4.4.7. Mauvaise dynamique interpersonnelle lors de réunion; manque de respect et de compréhension</p> <p>6.4.4.8. Modification au projet sans que toute l'équipe soit informée, consultée</p> <p>8.8. Suggère une meilleure communication et meilleure gestion des rencontres</p>
<p><i>I. Un manque de structure et de plan pour soutenir le projet</i></p>	<p>6.2.7.1. Départ difficile de l'implantation par manque de structure pour discuter</p> <p>6.4.2. Absence de plan à la base du projet a retardé son implantation et nuit à l'implication</p> <p>7.7.1. Agir plus rapidement dès que les fonds ont été obtenus; planifier le projet et définir les rôles</p>
<p><i>J. Disposer de plus de temps pour une meilleure expérience</i></p>	<p>6.1.1. Difficile de s'impliquer lorsque Spot n'est pas le seul projet</p> <p>6.2.7.3. Implication longue et prenante de la préparation du local</p> <p>8.7. Avoir plus de temps; aurait permis une meilleure expérience et une meilleure résolution de problème</p>
<p><i>K. Formation liée au programme pertinente, mais qui nécessiterait ajouts d'éléments plus opérationnels</i></p>	<p>5.3.8. Formation liée au programme claire, adéquate et pertinente; offrait une bonne préparation et mettait en confiance</p> <p>6.3.15. Manque de connaissances d'un bénévole sur le VIH pour répondre adéquatement aux questions d'un participant</p> <p>8.9.1.1. Formation des bénévoles : plus concrète, opérationnelle sur les outils à l'accueil</p> <p>8.9.1.2. Formation des bénévoles : avoir plus d'information sur le VIH; symptômes et période fenêtre</p> <p>8.9.2.1. Formation des intervenants : faire plus de mise en situation et en faire en anglais</p> <p>8.9.2.2. Formation des intervenants : formation plus longue</p> <p>8.9.2.3. Formation des intervenants : rafraîchissement sur conseil réduction des risques selon la situation du participant; donner des exemples</p>
<p><i>L. Organisation d'un projet d'intervention en contexte de recherche : source de plusieurs défis et</i></p>	<p>1.1.4. Projet de recherche et d'intervention; nature des défis</p> <p>6.2.1. Complexité du projet et le manque de ressources pour accomplir toutes les tâches occasionne retard</p> <p>6.2.2. Défis de la coordination de l'implantation en milieu communautaire; former les intervenants au counseling et trouver un infirmier</p> <p>6.2.3. Difficultés liées à la coordination de la recherche; gestion des fonds entre</p>

<i>obstacles</i>	<p>diverses organisations</p> <p>6.2.4. Lourdeur de la structure de recherche; gestion des finances qui retardent remboursement de l'organisme</p> <p>6.2.7.2. Difficile de trouver un infirmier; manque d'infirmier au Québec, doit être supervisé par médecin et dépistage n'est pas un défi</p> <p>7.7.3. Ne pas passer autant de temps à négocier avec les cliniques pour superviser l'infirmier</p> <p>7.7.4. Être plus rigide dans la négociation de l'entente de collaboration entre l'organisme et l'université; implication financière de l'organisme</p>
<i>M. Une place et une implication importante du communautaire dans le projet</i>	<p>1.1.3. Implication du communautaire dans l'implantation et le développement du projet</p> <p>2.5. Participation active de la communauté ciblée par le projet à toutes les étapes</p> <p>2.6. Définition de communauté plus large; inclus intervenants et décideurs</p> <p>2.7. Questionnement sur l'implication de la communauté pour que ça soit une recherche communautaire; comme chercheur, initiative du communautaire ou seulement implanté dans la communauté</p> <p>2.11. Donner et recevoir; le communautaire doit avoir ouverture envers la recherche et ce qu'ils peuvent y apprendre</p> <p>2.12. Spot n'est pas perçu comme une recherche communautaire, mais comme projet de recherche où un site est communautaire</p> <p>5.2.4. L'implication du communautaire dans le projet et la mobilisation de ses ressources est facilitant</p> <p>7.7.5. S'assurer que le message soit clair au niveau de l'implication du communautaire; pas qu'un prête-nom</p>
<i>N. Encadrement : une structure de coordination facilitante, mais un manque de supervision pour l'équipe terrain</i>	<p>5.2.5. La structure de coordination et la personne engagée ont facilité le travail</p> <p>5.2.6. Structure de coordination; les ressources et la clarification des tâches des coordonnateurs sont facilitantes</p> <p>5.3.4.1. Intervenants apprécie l'autonomie laissée par la coordination; laisse place à l'initiative</p> <p>5.3.7.1. Contact facile et rapide avec les coordonnateurs pour la résolution de problèmes et clarté des rôles de chacun</p> <p>5.3.7.2. Disponibilité des intervenants pour répondre aux questions des bénévoles</p> <p>5.3.7.3. Facilité de communication entre les intervenants; support et échange sur l'intervention</p> <p>5.3.7.4. Utilisation du courriel qui facilite la communication; plus rapide et efficace</p> <p>6.3.9. Manque de rencontre de soutien offert aux intervenants par coordonnateur</p> <p>6.3.16. Manque de réunion pour l'équipe de bénévoles; augmenter le sentiment</p>

	<p>d'appartenance et avoir feed-back</p> <p>6.4.4.1. Gêne de partager expériences entre intervenants dans les débuts</p> <p>6.4.4.4. Manque de communication entre les coordonnateurs; informations non transmises aux intervenants</p> <p>6.4.4.3. Difficile de planifier horaire bénévoles par courriel</p> <p>8.13. Réunion mensuelle pour bénévoles; pour qu'ils aient feedback des intervenants et créer un sentiment d'appartenance</p>	
<i>O. Un manque de ressources humaines pour assurer un bon déroulement des activités</i>	<p>8.5. Avoir plus de ressources à la coordination et au local Spot</p> <p>8.6. Avoir un infirmier remplaçant</p>	
<i>P. Conditions de travail</i>	<i>a) Des horaires de travail difficile et irrégulier, mais des ajustements appréciés</i>	<p>5.3.4.2. Intervenant apprécie avoir maintenant un congé le dimanche</p> <p>5.3.4.3. Modification de l'horaire des rendez-vous; plus de temps pour l'intervention</p> <p>6.3.6.3. Difficile de commencer à 7 heures am</p> <p>6.3.6.4. Difficile de ne pas avoir de stabilité dans les heures d'ouverture</p> <p>6.3.6.5. Difficile de travailler les fins de semaine</p>
	<i>b) Environnement de travail : un endroit très apprécié, fonctionnel et agréable à travailler, mais des inconvénients liés à l'aménagement du local</i>	<p>5.3.6.1. Bel endroit; chaleureux et bien aménagé qui est agréables pour travailler</p> <p>5.3.6.2. Bureau des intervenants fonctionnel</p> <p>5.3.6.3. Local facile d'accès; près des transports en commun</p> <p>6.3.8.1. Manque d'éclairage au local</p> <p>6.3.8.2. Manque d'insonorisation dans le bureau des intervenants; ne mets pas le participant en confiance</p> <p>8.12.1. Aménagement du local pour l'hiver; dire d'apporter souliers et prévoir rangement pour mentaux</p> <p>6.3.10. Intervenants n'aiment pas avoir à faire autres tâches que l'intervention; ménage et activités de promotion</p>

	<p>c) <i>Ressources matérielles : des outils qui facilitent l'intervention malgré quelques manques</i></p>	<p>5.3.5.1. Questionnaire aide à structurer le counseling 5.3.5.2. Journal de bord des intervenants facile à compléter 5.3.5.3. Utilité des documents informatifs pour bénévoles 6.3.7.1. Questionnaire long, pas clair et inadapté aux hommes en couple stable 8.12.2. Babillard à l'accueil pour laisser message important 8.12.3. Avoir plus de documents informatifs sur le VIH pour bénévoles; questions et réponses les plus souvent posées 8.12.4. Mémo mensuel sur choses à améliorer pour bénévoles 8.12.5. Avoir un fax 8.12.6. Formulaire de consentement bris de confidentialité pour participants séropositifs; pour référer en donnant informations</p>
	<p>d) <i>Des modalités de recherche qui nuisent à l'intervention et au recrutement</i></p>	<p>6.3.6.1. Anonymat de l'intervention; nouveauté pour l'infirmier et limite la communication pour la référence 6.3.6.2. Anonymat mais besoin CAM; suscite questions et inquiétudes chez les participants 6.3.11.1. Nombre élevé de bénévoles; inconstance dans la prise de rendez-vous 6.3.11.2. Information non transmise aux participants 6.3.11.3. Manque de bénévoles à l'accueil; augmente la tâche des intervenants et crée un stress 6.3.17. Participants qui ne se présentent pas sans aviser; nuit au recrutement 6.3.18. Difficultés liées à la recherche qui ont impacts sur l'implantation; utilisation d'un code à 16 chiffres et randomisation 8.10. Offrir dépistage des autres ITS; permettraient d'attirer plus de participants 8.11. Prévoir modalité pour confirmer le rendez-vous pour diminuer les annulations; confirmation par courriel</p>
	<p>e) <i>Un climat de travail agréable et une bonne dynamique d'équipe</i></p>	<p>5.4.2. Climat de travail agréable, bonne dynamique d'équipe 5.3.9. Participation à des rencontres d'équipe à l'organisme qui facilite la référence de participants dans le besoin 5.3.10. Soutien de l'équipe a facilité première expérience bénévole à l'accueil 5.4.1. Entraide et collaboration entre les membres de</p>

		l'équipe pour faciliter le travail
<p><i>Q. Des caractéristiques utiles/nécessaires à l'intervention</i></p>		<p>5.3.1. Attitudes des intervenants qui facilitent le counseling; maîtrise de soi, être attentif et capacité à mettre à l'aise le participant</p> <p>5.3.2.1. Habiletés d'intervention : capacité des intervenants à s'adapter à l'intervention; être plus systématique et efficace dans le temps</p> <p>5.3.2.2. Habiletés d'intervention : empathie; facilite l'ouverture et la confiance du participant</p> <p>6.3.1.1. Habiletés d'intervention : connaissance en recherche; inquiet de biaiser résultat au questionnaire</p> <p>6.3.1.2. Habiletés d'intervention : manque de formation en intervention; pas à l'aise dans les débuts</p> <p>6.3.2. Valeurs personnelles de l'intervenant qui nuisent à l'intervention; malaise à poser certaines questions</p> <p>6.3.3. Difficultés à gérer le temps accordé à l'intervention</p> <p>6.3.4. Difficulté à parler en anglais avec les participants</p>
<p><i>R. Des caractéristiques chez les participants parfois aidantes, parfois ajoutent un poids au travail des intervenants</i></p>		<p>5.3.3.1. Caractéristiques des participants qui facilitent l'intervention : compréhension rapide et accord avec les principes de la recherche</p> <p>5.3.3.2. Caractéristiques des participants qui facilitent l'intervention : connaissances adéquates sur le VIH; infection, modes de transmission et perception du risque</p> <p>5.3.3.3. Caractéristiques des participants qui facilitent l'intervention : moins de prise de risque; moins anxieux et plus calme</p> <p>5.3.3.4. Caractéristiques des participants qui facilitent l'intervention : s'exprime facilement, ouvertement</p> <p>6.3.5.1. Caractéristiques des participants qui nuisent l'intervention : participants anxieux; difficile de faire le test et ne répondent pas bien au questionnaire</p> <p>6.3.5.2. Caractéristiques des participants qui nuisent l'intervention : multiproblématique</p> <p>6.3.5.3. Caractéristiques des participants qui nuisent l'intervention : participants en couple stable; ne sait pas quoi faire comme counseling</p> <p>6.3.5.4. Caractéristiques des participants qui nuisent l'intervention : connaissances inadéquates sur les modes de transmission du VIH</p> <p>6.3.5.5. Caractéristiques des participants qui nuisent l'intervention : difficulté à comprendre le questionnaire; doit reformuler</p> <p>6.3.5.6. Caractéristiques des participants qui nuisent l'intervention : inquiétudes liées à la confidentialité; perte d'énergie pour les convaincre</p> <p>6.3.5.7. Caractéristiques des participants qui nuisent l'intervention : participants qui ne peuvent pas lire; prend plus de temps car intervenant doit tout lire pour lui</p> <p>6.3.5.8. Caractéristiques des participants qui nuisent l'intervention : participants</p>

	<p>qui n'écoutent pas et qui sont résistant aux changements; rends l'intervention difficile</p> <p>6.3.5.9. Caractéristiques des participants qui nuisent l'intervention : participants qui parlent beaucoup; doit les recentrer sur le VIH et prolonge la rencontre</p> <p>6.3.5.10. Caractéristiques des participants qui nuisent l'intervention : réaction de fermeture face à un résultat positif; n'a pas pu terminer le counseling</p> <p>6.3.14. Difficultés des bénévoles lors de la prise de rendez-vous; gérer les appels des participants qui ne sont pas admissibles</p>
--	--