

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

PLANIFICATION ET ÉVALUATION DE LA FORMATION PROVINCIALE DES  
INTERVENANTES ET DES FEMMES VIVANT AVEC LE VIH AYANT À IMPLANTER  
« POUVOIR PARTAGER/POUVOIRS PARTAGÉS »,  
UN PROGRAMME D'*EMPOWERMENT* À LEUR INTENTION

MÉMOIRE  
PRÉSENTÉ  
COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN SEXOLOGIE

PAR  
CAROLINE RACICOT

SEPTEMBRE 2010

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
SERVICE DES BIBLIOTHÈQUES

AVERTISSEMENT

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche des cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que « conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire. »

## REMERCIEMENTS

Dans un premier temps, je tiens à remercier toutes les femmes ayant participé de près ou de loin à l'évaluation de la formation provinciale « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés ». Mon expérience à vos côtés m'a fait grandir et ce, tant dans ma vie personnelle que professionnelle.

Je tiens également à exprimer ma reconnaissance envers Mme 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, pour m'avoir fait confiance en me proposant de prendre part à un si beau projet qu'est celui de « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés ».

Je tiens à remercier Mme Mylène Fernet, Mme Françoise Côté, Mme José K. Côté, Mme Maria Nengeh Mensah et M. Joseph J. Lévy pour leurs précieux commentaires.

Je souhaite également exprimer ma gratitude « aux filles de la Chaire » pour leur amitié et leur soutien inconditionnel. Votre présence m'a permis de vaincre les moments les plus difficiles. Je vous en remercie.

Je désire exprimer ma gratitude envers les Instituts de Recherche en Santé du Canada (IRSC) pour ma bourse d'études (Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida).

Un merci très spécial à Catherine pour son amitié, sa patience et son écoute. Combien de fois m'as-tu raisonnée, lorsque je me sentais dépassée par la maîtrise?

Enfin, je tiens à remercier les membres de ma famille, ainsi que mes amis pour leur amour et leurs encouragements inconditionnels.

## TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	vii
RÉSUMÉ.....	viii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I	
PROBLÉMATIQUE.....	3
1.1 Épidémiologie : le VIH/sida chez les femmes.....	3
1.2 Qualité de vie et infection au VIH/sida.....	4
1.3 Le dévoilement : un questionnement inévitable.....	5
1.4 Peu de programmes à l'intention des femmes vivant avec le VIH.....	5
1.5 Formations à l'intention des intervenants : contenu et méthodes d'enseignement.....	5
1.6 Contexte et objectif général de la présente étude.....	7
1.7 Pertinence de l'étude et retombées.....	8
CHAPITRE II	
ÉTAT DES CONNAISSANCES.....	10
2.1 Situation des femmes vivant avec le VIH.....	10
2.1.1 Le dévoilement.....	10
2.1.2 Programmes conçus pour les femmes vivant avec le VIH.....	13
2.2 Besoins des intervenants oeuvrant auprès des femmes vivant avec le VIH.....	14
2.3 Programmes de formation à l'intention des intervenants.....	15
2.4 Évaluation des formations antérieures adressées aux intervenants.....	16
CHAPITRE III	
CADRE CONCEPTUEL.....	19
3.1 Cadre conceptuel.....	19
3.1.1 Définition(s) de l' <i>empowerment</i> .....	19
3.1.2 Définition(s) de « renforcement des capacités ».....	21
3.2 <i>Empowerment</i> et renforcement des capacités : des constructions multidimensionnelles.....	22

3.2.1	Perspective individuelle.....	22
3.2.2	Perspective communautaire.....	24
3.2.3	Perspective organisationnelle.....	25
3.3	Intervention : <i>Empowerment</i> et renforcement des capacités.....	26
3.4	<i>Empowerment</i> , renforcement des capacités et « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés ».....	27
CHAPITRE IV		
MÉTHODOLOGIE.....		
4.1	Planification de la formation provinciale.....	29
4.2	Description de la formation provinciale.....	30
4.2.1	Déroulement de la première journée de formation.....	30
4.2.2	Déroulement de la deuxième journée de formation.....	32
4.3	Évaluation de la formation provinciale.....	34
4.3.1	Devis et modèle d'évaluation.....	34
4.3.2	Population à l'étude.....	35
4.3.3	Recrutement.....	35
4.3.4	Méthodes de collecte de données.....	36
4.3.5	Instruments de collecte de données.....	37
4.3.6	Mesures.....	39
4.3.7	Analyse des données.....	46
4.3.8	Considérations éthiques.....	47
4.3.9	Diffusion des résultats et transfert des connaissances.....	48
CHAPITRE V		
ARTICLE SCIENTIFIQUE.....		
CHAPITRE VI		
DISCUSSION.....		
6.1	Évaluation de la formation provinciale « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés ».....	76
6.2	Effets de la formation provinciale « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés ».....	77
6.2.1	Les connaissances.....	77
6.2.2	Les attitudes.....	78
6.2.3	La croyance en l'efficacité personnelle à implanter le programme.....	79

6.2.4 La croyance en l'efficacité personnelle à animer le programme .....	81
6.2.5 La satisfaction.....	81
6.3 Évaluation de la formation provinciale « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés : <i>empowerment</i> et renforcement des capacités .....	82
6.4 Recommandations pour la formation provinciale « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés » .....	85
6.5 Limites de l'évaluation.....	86
6.6 Implications pour l'intervention sexologique .....	88
6.7 Pistes de recherches futures .....	88
CONCLUSION .....	90
APPENDICE A HORAIRE .....	92
APPENDICE B LETTRE EXPLICATIVE .....	95
APPENDICE C FORMULAIRE DE CONSENTEMENT .....	98
APPENDICE D QUESTION PRÉTEST .....	101
APPENDICE E QUESTIONNAIRE POST-TEST.....	114
APPENDICE F PLÉNIÈRE ÉVALUATIVE (GRILLE DE QUESTIONS).....	126
APPENDICE G APPROBATON DU COMITÉ D'ÉTHIQUE.....	129
APPENDICE H LETTRE D'ACCEPTATION - ARTICLE .....	132

## LISTE DES TABLEAUX

Tableaux	Page
Tableau 1 Déroulement de la formation provinciale « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés » (PP/PP) .....	56
Tableau 2 Analyse des effets de la formation provinciale « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés » .....	61

## RÉSUMÉ

Les 23 et 24 octobre 2008, une formation provinciale a été offerte à des intervenantes et à des femmes vivant avec le VIH, issues des quatre coins de la province de Québec (n=26), afin qu'elles se familiarisent avec le programme « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés ». Elles devaient, par la suite, être en mesure de l'implanter et de l'animer dans leur organisme communautaire respectif. Ce programme d'intervention, destiné aux femmes vivant avec le VIH, a pour objectif d'habiliter ces femmes à faire face à la question du dévoilement ou du non dévoilement de leur statut sérologique au VIH de façon réfléchie et proactive. Afin d'évaluer les effets de la formation provinciale, les participantes ont complété un questionnaire avant (prétest) et après (post-test) celle-ci. Elles ont également participé à une plénière évaluative sur leur satisfaction et les apprentissages réalisés au cours de la formation. Dans l'ensemble, la formation semble avoir amélioré les connaissances des femmes à l'égard des considérations légales liées au dévoilement du statut sérologique au VIH et renforcé leur croyance en leur efficacité personnelle à implanter et à animer ce programme dans leur milieu de travail respectif.

Mots clés : Femmes, VIH/sida, programme d'intervention, Québec, évaluation

## INTRODUCTION

Malgré une diminution du nombre annuel de nouvelles infections au VIH à l'échelle mondiale, le nombre de personnes vivant avec le VIH, estimé à 33,4 millions en 2008 (ONUSIDA, 2009), ne cesse de croître. L'avènement des thérapies antirétrovirales hautement efficaces, ainsi que leur accessibilité accrue même dans les pays endémiques, permettent aux personnes vivant avec le VIH de prolonger leur espérance de vie et d'accéder à une meilleure qualité de vie (Manfredi, 2002; Sterne *et al.*, 2005). Toutefois, nombreuses sont les études démontrant que le spectre entourant le (non) dévoilement du statut sérologique constitue un facteur pouvant affecter cette qualité de vie (Holmes *et al.*, 2007; Weaver *et al.*, 2004).

Cette réalité est particulièrement présente chez les femmes, ces dernières occupant une proportion de plus en plus importante parmi les cas déclarés dans plusieurs régions du monde et constituent près de la moitié de ces cas à l'échelle mondiale (ASPC, 2008; UNUSIDA, 2009). De nombreux travaux scientifiques se sont intéressés à la qualité de vie de ces femmes; ils ont découvert que leur infection au VIH affecte grandement les différentes sphères de leur vie : physique, psychologique, sociale et sexuelle (Cooperman et Simoni, 2005; Doyal et Anderson, 2005; Duvarsula, 2004; Goggin *et al.*, 2001; Gurevich *et al.*, 2007; Morrison *et al.*, 2002; Remple *et al.*, 2004). La réflexion entourant le (non) dévoilement de leur infection au VIH est également source de stress et d'angoisse (Goggin *et al.*, 2001; Trottier *et al.*, 2005), les femmes recevant peu de soutien les aidant à prendre une décision éclairée et réfléchie sur ce plan.

À l'heure actuelle, rares sont les interventions destinées aux femmes vivant avec le VIH. Plus rarissimes encore sont les programmes d'intervention s'intéressant à l'amélioration de leur qualité de vie ou à la gestion entourant les questionnements relatifs au (non) dévoilement de l'infection au VIH, la prévention de la transmission de l'infection au partenaire sexuel ou à l'enfant à naître étant mise au premier plan (Jones *et al.*, 2001; Kalichman *et al.*, 2001; Kalichman, Rompa et Cage, 2005; Mallory et Fife, 1999; Teti *et al.*, 2007; Wingood *et al.*, 2004).

Face à ce constat, en 2006-2007, une équipe de chercheurs en partenariat avec différents organismes communautaires de lutte contre le VIH et quelques femmes vivant avec le VIH a développé le programme « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés ». L'objectif de ce programme d'intervention est d'habiliter les femmes vivant avec le VIH à faire face à la question du dévoilement ou du non dévoilement de leur statut sérologique au VIH de façon réfléchie et proactive (Massie, Otis, Côté *et al.*, 2008). Il a été implanté à titre de projet-pilote subventionné par les IRSC, en 2006-2007, auprès de vingt-six femmes de la région de Montréal. Étant donné que les résultats de l'évaluation formative du programme ont témoigné de sa pertinence et de son utilité, une formation provinciale a été tenue les 23 et 24 octobre 2008, afin d'assurer la pérennité et la diffusion du programme à travers la province de Québec. Ce mémoire vise à présenter les effets à court terme de la formation chez les participantes. Pour ce faire, les données ont été recueillies auprès de vingt-six intervenantes et bénévoles œuvrant auprès de femmes vivant avec le VIH, certaines de ces participantes étant elles-mêmes infectées au VIH. Les femmes ont été recrutées par l'entremise des directeurs généraux des différents organismes de lutte contre le VIH de la province de Québec. La coordination de ces étapes de recherche a été réalisée par la coordonnatrice de l'étude qui est par le fait même l'auteure du présent mémoire.

Ce mémoire est composé de sept chapitres. Le premier chapitre expose la problématique de l'étude, tandis que le second fait état des connaissances relativement à la situation des femmes vivant avec le VIH, ainsi qu'à leurs questionnements relatifs au (non) dévoilement de l'infection au VIH. Le manque de formations destinées aux intervenants œuvrant auprès de cette clientèle est également soulevé. Le troisième expose les différentes théories sous-tendant la formation provinciale : l'*empowerment* et le renforcement des capacités. Le quatrième présente la méthodologie, tandis que le cinquième expose les résultats de l'évaluation de la formation provinciale sous forme d'article scientifique. Ces résultats sont discutés dans le sixième chapitre; la conclusion constitue le septième et dernier chapitre.

## CHAPITRE I

### PROBLÉMATIQUE

Tout d'abord, cette section présentera les données épidémiologiques relatives aux femmes vivant avec le VIH. Ensuite, un portrait de la qualité de vie de ces femmes, incluant les questionnements entourant le dévoilement et le non dévoilement, ainsi que les programmes d'intervention à leur intention seront décrits. La conception (dont le choix des objectifs) et l'évaluation de formations destinées aux intervenants œuvrant auprès de cette clientèle et le contexte de la présente étude seront finalement exposées.

#### 1.1 Épidémiologie : le VIH/sida chez les femmes

Même si le nombre annuel de nouvelles infections par le VIH à l'échelle mondiale a diminué dans les dernières années, le nombre de personnes vivant avec le VIH, estimé à 33,4 millions en 2008 (ONUSIDA, 2009), ne cesse d'augmenter. Grâce aux thérapies antirétrovirales hautement efficaces maintenant disponibles et à leur accessibilité accrue même dans les pays endémiques, les personnes vivant avec le VIH ont maintenant la possibilité d'aspirer à une vie longue et de qualité (Manfredi, 2002; Sterne *et al.*, 2005). Or, de plus en plus de travaux mettent en relief comment, au fil des années avec le VIH, le questionnement entourant le dévoilement ou le non dévoilement de leur infection au VIH peut devenir un fardeau pour plusieurs de ces personnes, affectant ainsi leur qualité de vie (Holmes *et al.*, 2007; Weaver *et al.*, 2004).

La situation mondiale se caractérise également par une proportion relativement stable de cas déclarés occupés par les femmes, soit 50% (ONUSIDA, 2009). En revanche, au Canada et au Québec, comme dans des régions particulières telles l'Afrique subsaharienne, les Caraïbes, l'Asie, l'Amérique latine, l'Europe orientale et l'Asie centrale, les femmes occupent une proportion de plus en plus importante des cas déclarés (ASPC, 2008; ONUSIDA, 2009).

Chez les femmes, les modes de transmission de l'infection au VIH sont multiples, le plus fréquent étant les contacts hétérosexuels. Ces derniers incluent les contacts sexuels avec une personne à risque ou les contacts sexuels avec un partenaire masculin (lui-même infecté par l'utilisation de drogues par injection, de relations sexuelles non protégées ou de relations sexuelles avec d'autres hommes) ou les contacts sexuels avec une personne provenant d'un pays où l'infection au VIH est endémique. L'utilisation de drogues par injection, ainsi que la transfusion de sang (incluant l'exposition professionnelle) sont également des modes de transmission du VIH (ASPC, 2008; ONUSIDA, 2009). Ces données démontrent qu'il existe une diversité quant aux profils des femmes vivant avec le VIH : femmes occidentales mariées ou engagées dans une relation amoureuse stable, femmes provenant de pays où l'infection au VIH est endémique, femmes d'origine autochtone, utilisatrices de drogues par injection et travailleuses du sexe (ASPC, 2008). Les besoins de ces femmes sont tout aussi diversifiés que leur profil : traitement médical adéquat, soutien psychologique/social, éducation et prévention quant aux risques d'infection possibles (principalement en regard du partenaire sexuel et de l'enfant à naître) (Carney, 2003).

## 1.2 Qualité de vie et infection au VIH/sida

La qualité de vie des femmes vivant avec le VIH est troublée par l'expérience du VIH, que ce soit en regard du fonctionnement physique, psychologique, social ou sexuel (Cooperman et Simoni, 2005; Doyal et Anderson, 2005; Duvarsula, 2004; Goggin *et al.*, 2001; Gurevich *et al.*, 2007; Morrison *et al.*, 2002; Remple *et al.*, 2004; Smith, Avis et Assmann, 1999). Compte tenu de leur faible système immunitaire (plus faible que chez les femmes non infectées), les femmes vivant avec le VIH sont sujettes aux différentes infections et maladies, telles : les infections vaginales (vaginites), l'herpès simplex, le virus du papillome humain et le cancer du col de l'utérus (Melnick *et al.*, 1995; NIAID, 2001 dans Carney, 2003). Sur le plan psychologique et social, il ressort que les femmes vivant avec le VIH souffrent davantage de dépression que leurs confrères masculins (Gore-Felton *et al.*, 2006). En ce qui a trait à la sexualité, la prévalence de l'abstinence chez les femmes est particulièrement élevée (28%), comparativement aux hommes infectés (18%). Les principales causes résident dans l'absence d'envie (70%), la peur de contaminer le partenaire (64%) et la peur du rejet (52%) (Schiltz *et al.*, 2006). La qualité de vie de ces femmes est également

affectée par le stress et l'angoisse attribués au questionnement entourant le dévoilement ou le non dévoilement de leur statut sérologique, en fonction des différents contextes de leur vie (Goggin *et al.*, 2001; Serovich *et al.*, 1998; Trottier *et al.*, 2005).

### 1.3 Le dévoilement : un questionnement inévitable

Les travaux ayant exploré cette question auprès des femmes indiquent que de multiples raisons entourent le dévoilement ou le non dévoilement de leur statut sérologique. Les principaux motifs liés au dévoilement peuvent être d'ordre personnel (ex.: se libérer de la lourdeur du secret) ou interpersonnel (ex.: vouloir informer et éduquer les membres de leur entourage ou protéger leur partenaire sexuel et les membres de leur famille) (Derlega *et al.*, 2004; Sowell *et al.*, 2003). Les principaux motifs liés au non dévoilement peuvent se résumer ainsi : vouloir conserver leur vie privée, vivre de la culpabilité, éviter d'être rejeté(e)s ou abandonné(e)s et vouloir assurer la protection des membres de leur entourage contre la discrimination, la stigmatisation ou toutes autres réactions négatives (Derlega *et al.*, 2004).

### 1.4 Peu de programmes à l'intention des femmes vivant avec le VIH

En ce qui a trait aux programmes d'intervention destinés aux femmes vivant avec le VIH, ceux-ci semblent peu nombreux, comparativement à ceux qui sont conçus pour d'autres populations touchées par cette même infection (ex.: les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes ou les utilisateurs de drogues par injection) (Coleman et Ford, 1996). De ce nombre restreint de programmes, peu semblent viser principalement l'amélioration de la qualité de vie ou les questionnements relatifs au processus décisionnel liés au dévoilement ou non dévoilement de l'infection au VIH. Les programmes existants semblent mettre l'accent principalement sur la prévention de la transmission de l'infection au partenaire sexuel ou à l'enfant à naître (Jones *et al.*, 2001; Kalichman *et al.*, 2001; Kalichman, Rompa et Cage, 2005; Mallory et Fife, 1999; Teti *et al.*, 2007; Wingood *et al.*, 2004).

### 1.5 Formations à l'intention des intervenants : contenu et méthodes d'enseignement

Très peu d'études portent sur la planification, l'implantation et l'évaluation des formations destinées aux intervenants oeuvrant auprès des personnes vivant avec le VIH (Poindexter,

Lane et Boyer, 2002). Quelques-unes se sont intéressées au contenu et aux différentes méthodes d'enseignement utilisées dans le cadre de ces formations.

Dans un premier temps, la formation de ces professionnels doit poursuivre plusieurs objectifs. Tout d'abord, elle doit générer le perfectionnement des connaissances, par l'entremise de mises à jour quant aux plus récents développements en regard de l'intervention auprès des femmes vivant avec le VIH (Panter *et al.*, 2000b), notamment en ce qui a trait aux différents enjeux entourant la criminalisation de l'infection au VIH, cette problématique étant la source de nombreux débats politiques et sociaux au Canada (Vézina, 2008a; Vézina, 2008b). La formation doit également permettre le développement d'attitudes professionnelles adéquates relativement à l'intervention auprès de cette clientèle, en tentant de réduire les fausses croyances ainsi que les pratiques discriminatoires des intervenants. Elle doit favoriser la démystification de cette infection et sensibiliser les intervenants aux conséquences issues de la discrimination (Reis *et al.*, 2005). Elle doit promouvoir le développement de compétences, principalement en regard de l'animation et permettre l'expérimentation des activités présentées à l'intérieur des programmes qui seront implantés par les intervenants (Panter *et al.*, 2000b). Pour terminer, la formation doit permettre aux intervenants d'identifier les barrières et les facteurs facilitants l'implantation du programme (Poindexter, Lane et Boyer, 2002).

Quant aux différentes méthodes d'enseignement privilégiées, celles-ci correspondent principalement aux présentations magistrales, aux discussions de groupe(s), aux visionnements de vidéos et à l'apport de témoignage(s) de personnes vivant avec le VIH (Horsman et Sheeran, 1995). Dans leur recension des écrits, Poindexter, Lane et Boyer (2002) se sont intéressés au modèle de *l'empowerment*, ce dernier pouvant être utilisé lors des formations comme méthode d'enseignement. En regard de ce modèle, il s'agit de mettre en confiance les professionnels œuvrant auprès des personnes vivant avec le VIH, en leur offrant différents services : de l'aide directe (à court terme) ou de la supervision/du parrainage (à long terme).

## 1.6 Contexte et objectif général de la présente étude

Afin de mieux répondre aux besoins des femmes vivant avec le VIH, en 2005, une étude qualitative permettant d'explorer leur vécu depuis l'avènement des thérapies antirétrovirales a été réalisée auprès de femmes vivant avec le VIH de la région de Montréal (Trottier *et al.*, 2005). Cette étude excluait la participation des femmes utilisant des drogues par injection. Par la suite, toujours en collaboration avec différents intervenants œuvrant auprès de cette clientèle, des bénévoles et des femmes vivant avec le VIH, un état des lieux a été réalisé. Celui-ci a permis aux chercheurs d'identifier les ressources et les services offerts dans la région de Montréal aux femmes vivant avec le VIH (Melot, 2005).

Le développement du projet-pilote « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés » s'inscrit à la suite de cette seconde étape. L'objectif général de ce programme est d'habiliter les femmes vivant avec le VIH à faire face à la question du dévoilement ou du non dévoilement de leur statut sérologique au VIH de façon réfléchie et proactive (Massie, Otis, Côté *et al.*, 2008). La validation de « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés » a permis de reconnaître qu'il faut outiller et impliquer davantage les futures formatrices, intervenantes et femmes vivant avec le VIH, afin que ce projet puisse être implanté à l'échelle provinciale dans les prochaines années et du même fait, qu'il soit offert de façon récurrente.

Ce mémoire propose donc de présenter les résultats de l'évaluation de la formation provinciale relative au programme d'intervention « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés » (Massie, Otis, Côté *et al.*, 2008). Pour ce faire, des objectifs précis de formation ont été développés. Par rapport à leur participation à la formation provinciale, les intervenantes et les femmes vivant avec le VIH seront amenées à : 1) *Améliorer leurs connaissances relativement à la prévention, aux traitements et aux considérations légales liées au dévoilement du statut sérologique au VIH*; 2) *Développer une attitude plus favorable à l'égard des femmes vivant avec le VIH*; 3) *Développer une attitude moins favorable à l'égard du dévoilement de son statut sérologique par une femme vivant avec le VIH sans égard aux conséquences ou aux contextes*; 4) *Acquérir une croyance plus élevée en leur efficacité personnelle à l'égard de l'implantation du programme*; 5) *Acquérir une croyance plus élevée en leur efficacité personnelle à l'égard de l'animation du programme « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés ».*

Directement en lien avec ces objectifs, des hypothèses de base ont été émises par l'équipe de recherche. Suite à leur participation à la formation provinciale, les participantes auront : 1) De meilleures connaissances relativement à la prévention, au traitement et aux considérations légales liées au dévoilement du statut sérologique au VIH; 2) Une attitude plus favorable à l'égard des femmes vivant avec le VIH; 3) Une attitude moins favorable à l'égard du dévoilement de son statut sérologique sans égard aux conséquences ou aux contextes; 4) Une croyance plus élevée en leur efficacité personnelle à l'égard de l'implantation du programme; 5) Une croyance plus élevée en leur efficacité personnelle à l'égard de l'animation du programme. Ces hypothèses seront soumises à vérification ultérieure.

### 1.7 Pertinence de l'étude et retombées

Étant donné qu'il existe très peu d'études portant sur l'évaluation de la formation des intervenants oeuvrant auprès des femmes vivant avec le VIH, l'atteinte des différents objectifs proposés aura de multiples retombées. Tout d'abord, les résultats de cette évaluation permettront de documenter les effets à court terme d'une formation utilisant l'*empowerment* et le renforcement des capacités comme modèles d'enseignement, contribuant ainsi à l'avancement des connaissances en regard des formations destinées aux intervenants oeuvrant dans le domaine du VIH.

Le présent mémoire est également pertinent d'un point de vue sexologique. En effet, plusieurs études ont démontré que l'infection au VIH bouleverse la qualité de vie des femmes aux prises avec cette infection, notamment lorsqu'il est question de leur vie sexuelle, cette dernière étant dorénavant habitée par le danger de transmission du virus au partenaire sexuel. Cette préoccupation constante entraîne, entre autres, une diminution du désir sexuel, du plaisir sexuel et de la fréquence des relations sexuelles. Certaines femmes iront même jusqu'à renoncer aux relations sexuelles (Carney, 2003; Gore-Felton *et al.*, 2006; Hader *et al.*, 2001; Jones *et al.*, 2001; Jones *et al.*, 2006; Lekas, Siegel et Schrimshaw, 2006; Meystre-Agustoni *et al.*, 1998; Weiss, Whelan et Rao Gupta, 2000). Le spectre inhérent du dévoilement ou du non dévoilement de l'infection au VIH est également omniprésent, cet aveu pouvant être tout aussi problématique dans le contexte d'une relation de couple ou de la rencontre d'un nouveau partenaire sexuel (Derlega *et al.*, 2004; Lévy *et al.*, 1999; Meystre-Agustoni *et al.*,

1998; Simoni *et al.*, 2000; Sowell *et al.*, 2003). Au Québec, les nombreux débats entourant la criminalisation de l'infection au VIH, ainsi que l'absence de lois explicites relativement à cette problématique, particulièrement dans le contexte des relations sexuelles (Vézina, 2008a; Vézina, 2008b), ne font qu'accroître la confusion et l'angoisse liées au dévoilement ou au non dévoilement du statut sérologique, notamment chez les intervenant(e)s œuvrant auprès des personnes vivant avec le VIH. Sachant cela, plusieurs activités ont été réalisées auprès des participantes lors de la formation (ex.: conférencière invitée, etc.), afin qu'elles puissent acquérir les outils nécessaires leur permettant de venir en aide aux femmes vivant avec le VIH relativement à cette délicate question. D'autre part, l'évaluation a permis de démontrer qu'une telle formation contribue à habiliter les intervenant(e)s relativement à l'implantation et à l'animation d'un programme d'intervention portant sur un tel thème.

Finalement, l'évaluation de la formation provinciale « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés » s'inscrit dans les objectifs énoncés par *l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/SIDA au Canada* (ASPC, 2004) et dans les orientations de la *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH* (MSSS, 2004). En effet, par la formation des intervenant(e)s, elle tend vers un perfectionnement des soins et des services offerts aux femmes vivant avec le VIH, contribuant ainsi à l'amélioration de leur qualité de vie.

## CHAPITRE II

### ÉTAT DES CONNAISSANCES

La recension des écrits présentera la situation des femmes vivant avec le VIH, les programmes à leur intention, les besoins des intervenants œuvrant auprès de cette clientèle, les programmes de formation, ainsi que l'évaluation des formations destinées à ces intervenants.

#### 2.1 Situation des femmes vivant avec le VIH

Depuis les dix dernières années, les femmes occupent une proportion de plus en plus importante des cas déclarés de l'infection au VIH, au Canada (ASPC, 2008; ONUSIDA, 2009). Cette infection a des conséquences considérables sur la qualité de vie de ces dernières, principalement en ce qui a trait au questionnement inévitable entourant le dévoilement et le non dévoilement de leur statut sérologique (Derlega *et al.*, 2004; Smith, Avis et Assmann, 1999).

##### 2.1.1 Le dévoilement

Le dévoilement de l'infection au VIH peut procurer un soulagement et libérer la femme de ce lourd secret. À l'inverse, ce dernier peut être accompagné d'anxiété, d'incertitude et de tristesse (Lévy *et al.*, 1999). En effet, la démarche entourant le dévoilement ou le non dévoilement du statut sérologique est empreinte d'inquiétudes et de questionnements. D'une part, les femmes désirent se libérer de ce fardeau, d'autre part, elles sont également conscientes des conséquences négatives pouvant émerger d'une telle action (Derlega *et al.*, 2004).

Le dévoilement du statut sérologique est subjectif, en ce sens où la prise de décision de la femme est modulée par ses émotions et les critères qu'elle a pré-établis (Lévy *et al.*, 1999;

Sowell *et al.*, 2003). À cet effet, les résultats de l'étude qualitative et quantitative de Sowell *et al.* (2003), menée auprès de 322 femmes vivant avec le VIH, démontrent qu'il existe trois critères menant au dévoilement ou au non dévoilement de l'infection au VIH : le type de relation entretenu avec la personne (membre de la famille, partenaire sexuel ou professionnel de la santé), la qualité de la relation (qui laisse anticiper l'acceptation ou le rejet) et la confiance (à savoir si l'interlocuteur conservera l'information confidentielle). Les résultats ont également démontré que la majorité des femmes prennent leur décision en fonction de la proximité émotionnelle qu'elles ont avec la personne à laquelle elles désirent dévoiler (ex.: le partenaire sexuel, la mère, etc.). La confiance éprouvée envers l'autre est aussi un élément important pouvant mener au dévoilement du statut sérologique. Par conséquent, les femmes sont conscientes que la confiance qu'elles ont envers la personne n'est pas garante de la capacité de celle-ci à garder l'information confidentielle. Certaines d'entre elles choisissent la personne par intuition; elles considèrent que cette personne possède une très grande ouverture d'esprit et semble prédisposée à accueillir une telle nouvelle (Sowell *et al.*, 2003).

Dans la même veine, l'étude quantitative de Simoni *et al.* (2000) décrit les motifs entourant la décision relative au dévoilement ou au non dévoilement de l'infection au VIH chez les femmes afro-américaines. Malgré le fait que cette population soit restreinte et très homogène, il n'en demeure pas moins que ces résultats corroborent ceux de l'étude de Sowell *et al.* (2003). En effet, dans le cadre de leur étude, Simoni *et al.* (2000) ont découvert que ces femmes sont davantage enclines à dévoiler à des partenaires sexuels stables, à des amis et à des membres de la famille, principalement de sexe féminin. Il s'agit d'individus avec lesquels elles ont une proximité émotionnelle très grande et en qui elles ont confiance. À l'inverse, elles évitent de dévoiler à des connaissances (ex.: voisins, etc.) et à des membres de la famille de sexe masculin.

Outre la proximité émotionnelle (Sowell *et al.*, 2003) et les motifs énumérés précédemment, il existe d'autres raisons menant au dévoilement ou au non dévoilement de l'infection au VIH. Derlega *et al.* (2004) se sont prononcés à cet effet, en conduisant une étude quantitative menée auprès de 145 personnes vivant avec le VIH (hommes et femmes). Les résultats de cette étude ont démontré que les raisons menant au dévoilement ou au non dévoilement du statut sérologique sont de deux ordres : « personnel » ou « interpersonnel ». En ce qui a trait

au dévoilement, la personne peut éprouver le désir de se libérer de la lourdeur du secret, maintenir une relation de confiance et de proximité avec le partenaire sexuel, désirer avoir du soutien des membres de sa famille et tester la réaction des autres (« personnel »). Dans une toute autre perspective, la personne peut éprouver le désir d'éduquer et d'informer les membres de son entourage et protéger son partenaire sexuel et les membres de sa famille (« interpersonnel »). Les principaux motifs liés au non dévoilement sont les suivants : vouloir conserver sa vie privée, vivre de la culpabilité et éviter d'être rejeté(e) ou abandonné(e) (« personnel »). Il peut s'agir également de vouloir assurer la protection des membres de son entourage contre la discrimination, la stigmatisation ou toutes autres réactions négatives (« interpersonnel ») (Derlega *et al.*, 2004).

Le dévoilement du statut sérologique peut provoquer différentes réactions, tant positives que négatives, de la part de l'interlocuteur. Serovich *et al.* (1998) ont mené une étude qualitative portant sur les expériences des femmes vivant avec le VIH ayant dévoilé à des membres de leur famille. Les résultats émanant de cette étude ont permis aux chercheurs d'identifier les réactions positives et négatives attribuées au dévoilement. Il s'agit de réactions réelles, vécues par différents membres de la famille. Les réactions positives correspondent à : l'espoir, le réconfort, le soutien, la recherche d'informations sur le VIH, l'offre d'aide pour l'accompagnement lors de futurs dévoilements ou la confirmation de la qualité de la relation entretenue entre la femme infectée et son interlocuteur. À l'inverse, les réactions négatives sont : le blâme, le choc, la colère, le déni, la douleur, l'évitement, l'incrédulité, l'inquiétude, le rejet, la peur d'être contaminé(e), l'embarras, la pitié, la surprise, le doute sur la qualité de la relation entretenue entre les deux individus et le refus de parler du VIH (Serovich *et al.*, 1998).

Tout comme il est fortement indiqué dans l'étude de Sowell *et al.* (2003), les femmes vivant avec le VIH doivent être soutenues et accompagnées dans leur cheminement, et ce, peu importe la décision qu'elles émettent en regard du dévoilement ou du non dévoilement de leur statut sérologique.

### 2.1.2 Programmes conçus pour les femmes vivant avec le VIH

Les résultats de l'étude quantitative de Gore-Felton *et al.* (2006), menée auprès de 85 personnes vivant avec le VIH (hommes et femmes), ont démontré que les différents programmes adressés à cette clientèle mettent l'accent sur les sphères affectées dans la vie des personnes infectées. Il s'agit de la sphère physique, psychologique, sociale et sexuelle. Selon cette même étude, ainsi que celle de Simoni *et al.* (2000), les programmes destinés exclusivement aux femmes vivant avec le VIH sont peu nombreux. De ces programmes existants, plusieurs se soucient de la prévention de la transmission de l'infection au partenaire sexuel ou à l'enfant à naître (Jones *et al.*, 2001; Kalichman *et al.*, 2001; Kalichman, Rompa et Cage, 2005; Mallory et Fife, 1999; Teti *et al.*, 2007; Wingood *et al.*, 2004). Toutefois, rares sont les programmes s'intéressant spécifiquement à l'amélioration de la qualité de vie ou la gestion des questionnements relatifs au dévoilement ou au non dévoilement de l'infection au VIH. Certains programmes abordent la question du dévoilement, mais sans pour autant que cette préoccupation soit au cœur du programme (i.e. le thème principal). Par exemple, le programme « Comprendre et contrer le stigmate du VIH », produit par le USAID (2005), s'intéresse principalement à la démystification et au fait de contrer la stigmatisation du VIH; le dévoilement étant abordé de manière secondaire, la stigmatisation pouvant être une réaction face au dévoilement.

Afin de mieux répondre aux besoins de ces femmes, en 2006-2007, suite à une étude réalisée auprès de femmes vivant avec le VIH de la région de Montréal (Trottier *et al.*, 2005), une équipe de chercheurs en partenariat avec différents organismes communautaires offrant des services aux personnes vivant avec le VIH et quelques femmes vivant avec le VIH, a développé le programme « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés ». Ce programme a pour objectif d'habiliter les femmes vivant avec le VIH à faire face à la question du dévoilement ou du non dévoilement de leur statut sérologique au VIH et ce, de façon réfléchie et proactive (Massie, Otis, Côté *et al.*, 2008). Il a été implanté à titre de projet-pilote subventionné par les IRSC en 2006-2007, auprès de vingt-six femmes de la région de Montréal. Les résultats de l'évaluation formative réalisée à ce moment témoignaient de la pertinence et de l'utilité d'un tel programme. Il est également important de mentionner qu'il s'agit du programme

d'intervention pour lequel des intervenantes et des femmes vivant avec le VIH, issues des quatre coins de la province de Québec, ont été formées les 23 et 24 octobre 2008.

## 2.2 Besoins des intervenants oeuvrant auprès des femmes vivant avec le VIH

Les intervenants oeuvrant dans différents organismes communautaires, se spécialisant dans l'intervention auprès des femmes vivant avec le VIH, détiennent diverses formations académiques ou professionnelles. Il s'agit principalement d'éducateurs, de cliniciens, de sages-femmes, d'infirmières, de médecins, de travailleurs sociaux, de psychologues et de tous autres professionnels oeuvrant dans le domaine de la santé (Landon *et al.*, 2002; Panter *et al.*, 2000b; Reis *et al.*, 2005). Malgré leur(s) formation(s) antérieure(s), ces intervenants doivent posséder les connaissances nécessaires et être à l'affût des récents développements liés à l'infection du VIH, ce domaine étant en perpétuelle évolution. Ces derniers doivent donc être formés à cet effet, car nombreuses sont les études ayant démontré qu'un manque de connaissances pouvait contribuer à la propagation d'informations erronées et de mythes à l'égard des femmes vivant avec le VIH. Ces éléments peuvent également affecter négativement les attitudes des intervenants, ce qui pourrait compromettre la qualité des soins et des services offerts à la clientèle (Ajuwon, 2008; Centers for Disease Control and Prevention, 2001; Felderman-Taylor et Valverde, 2007; Renggli *et al.*, 2008). Par exemple, au Nigéria, certains intervenants ont des croyances et des pratiques discriminatoires envers les personnes vivant avec le VIH. Certains d'entre eux refusent de traiter un patient ou refusent d'admettre un patient vivant avec le VIH dans un hôpital. Certains professionnels croient qu'un patient vivant avec cette infection devrait être isolé dans une clinique spécialisée. D'autres croient que traiter des personnes vivant avec le VIH est une perte de temps et de ressource(s) (Reis *et al.*, 2005). Une des principales causes de ces croyances et de ces pratiques discriminatoires est le manque de connaissances quant à l'infection au VIH et aux pratiques sécuritaires à adopter auprès de cette clientèle (Reis *et al.*, 2005).

En Amérique du Nord, ce besoin de formation des intervenants s'est fait plus important depuis les dernières années, la criminalisation de l'infection du VIH étant au cœur de nombreux débats politiques et sociaux. En effet, actuellement, le *Code criminel* du Canada ne dispose d'aucune loi pénale déterminant ce en quoi consiste une infraction relative à la

transmission ou à l'exposition au VIH (Elliot, 1997). Les jugements de la Cour relèvent donc de la jurisprudence, notamment de l'arrêt Cuerrier (1998) et de l'arrêt Williams (2003) (Société canadienne du sida, 2004; Vézina, 2008b). Cette absence de lois explicites génère une confusion générale dans la population, ainsi que chez les personnes vivant avec le VIH à savoir si celles-ci ont l'obligation légale de dévoiler ou non leur statut sérologique, principalement dans le contexte des relations sexuelles. Les intervenants doivent donc être formés afin d'assurer du soutien et de répondre adéquatement aux questions de la clientèle.

### 2.3 Programmes de formation à l'intention des intervenants

Très peu de programmes s'intéressent à la formation des intervenants oeuvrant auprès des femmes vivant avec le VIH; plus rarissimes encore sont les programmes de formation s'intéressant à l'implantation de programme(s) (Panter *et al.*, 2000b; Poindexter, Lane et Boyer, 2002).

Tel que mentionné précédemment, afin d'offrir des services adéquats et de venir en aide aux femmes vivant avec le VIH, les intervenants doivent non seulement posséder une formation académique ou professionnelle adéquate, mais ils doivent être à l'affût des nouvelles informations concernant l'infection au VIH. La formation d'intervenants permet donc d'effectuer des mises à jour quant aux plus récents développements relatifs à l'intervention auprès des personnes vivant avec le VIH. Ces formations doivent couvrir une gamme de thèmes, afin d'être les plus complètes et rigoureuses possibles. Selon l'étude quantitative de Panter *et al.* (2000b), menée auprès de 6638 intervenants œuvrant auprès de cette clientèle, la formation doit débiter par une introduction au VIH (« Sida 101 ») et se diriger vers les plus récentes découvertes dans le domaine médical et psychosocial. Par l'entremise de ces formations, les intervenants doivent également développer des attitudes et des habiletés leur permettant d'implanter correctement le programme leur étant proposé et par le fait même, de répondre adéquatement aux besoins de la clientèle (Panter *et al.*, 2000a). Les attitudes et les habiletés préconisées par les intervenants lors de ces formations sont : le non jugement, l'écoute active, l'établissement d'une relation empreinte de respect et de confidentialité, la capacité de répondre adéquatement aux questions posées, être en mesure de comprendre et de respecter les limites du client et créer un environnement sécuritaire (Panter *et al.*, 2000b).

Plus les intervenants éprouvent d'aisance à implanter le programme, plus les proportions attribuées aux retombées positives de la mise en application du programme sont élevées (Panter *et al.*, 2000a).

Poindexter, Lane et Boyer (2002) se sont intéressés à l'*empowerment* comme modèle d'enseignement structurant la formation d'intervenants. Selon ces auteurs, il s'agit de mettre en confiance les intervenants œuvrant auprès des personnes vivant avec le VIH, en leur offrant diverses formes de soutien pendant et après la formation : de l'aide directe (ex.: partir de leurs expériences, les écouter sans porter de jugement, les aider à identifier leurs forces, les supporter dans leurs choix, etc.) ou de la supervision et du parrainage. D'autre part, il semble aussi important que les personnes vivant avec le VIH soient impliquées dans l'animation d'activités auprès d'autres personnes partageant leur réalité parce que la formation par les pairs semble propice à l'augmentation de l'estime, de la confiance et de l'acceptation de soi, ainsi que de la croyance en sa propre valeur personnelle (tant chez les « experts », que chez les participants) (Turner et Shepherd, 1999).

#### 2.4 Évaluation des formations antérieures adressées aux intervenants

Selon l'étude quantitative de Panter *et al.* (2000a), menée auprès de 3779 intervenants, le succès d'un programme d'intervention destiné aux personnes vivant avec le VIH repose, entre autres, sur la confiance de l'intervenant envers ses capacités à implanter et à animer le programme. Il s'avère donc essentiel d'évaluer les formations à l'intention des intervenants afin de déterminer la présence ou non d'une telle présomption (Goldstein, 1993 dans Alliger *et al.*, 1997).

Dans leur méta-analyse, Alliger *et al.* (1997) utilisent la typologie de Kirkpatrick (1959-1960), afin de dégager les différents critères qui doivent faire partie de l'évaluation d'une formation adressée à des professionnels : les réactions, les apprentissages, le transfert et les résultats. L'évaluation des réactions se fait en demandant aux professionnels ayant suivi la formation d'exprimer ce qu'ils ont aimé, n'ont pas aimé et comment ils se sont sentis lors de la formation. L'évaluation des apprentissages consiste à étudier l'acquisition des nouvelles connaissances, des attitudes et des habiletés des professionnels suite à la formation. Le transfert est évalué en fonction de l'application des connaissances acquises (lors de la

formation) dans le milieu de travail. Pour terminer, l'évaluation des résultats permet de voir si la formation a des retombées positives tant sur la performance du professionnel que sur tout autre élément en découlant : augmentation du niveau de productivité, augmentation ou maintien de la satisfaction des clients, réduction des coûts, augmentation de la rentabilité et nouvelles attitudes envers la clientèle et les autres employés.

Comme mentionné précédemment, il existe peu d'études portant sur l'évaluation des formations à l'intention des professionnels œuvrant auprès des personnes (ou des femmes) vivant avec le VIH. Par conséquent, les formations existantes sont généralement évaluées en fonction de leur efficacité (ex.: les connaissances acquises, les compétences développées, etc.). Elles délaissent l'évaluation de différents éléments sous-tendant la formation, tels que les méthodes d'enseignement et les stratégies utilisées (Panter *et al.*, 2000b).

Les résultats émanant de l'étude qualitative de Lalonde *et al.* (2002), menée auprès de 218 professionnels de la santé et portant sur l'impact des formations sur la pratique professionnelle, ont démontré que les formations offertes aux intervenants (œuvrant auprès des personnes vivant avec le VIH) ont de nombreuses retombées positives. Les différents professionnels ayant participé à l'une des neuf formations offertes par le *Special Projects of National Significance* (SPNS) ont eux-mêmes noté des changements significatifs en regard de l'intervention avec cette clientèle. Il y a eu des changements quant aux interactions des professionnels avec le patient et/ou les membres de sa famille : diminution du jugement, augmentation du temps alloué à chaque patient et/ou aux membres de la famille (durée de la rencontre), contacts physiques plus fréquents (ex.: serrer la main, etc.) et plus de soutien psychologique offert. Les professionnels divulguaient davantage d'informations concernant l'infection au VIH, que ce soit aux patients, à leur famille et aux autres professionnels de la santé. Ils sensibilisaient davantage leurs patients aux bienfaits du dépistage des différentes infections opportunistes et du suivi médical. Il y a aussi eu une amélioration quant à la collaboration des différents professionnels impliqués dans le cheminement médical d'un seul et même patient, ainsi qu'un accroissement quant à la mise en œuvre des pratiques sécuritaires universelles. Les professionnels éprouvaient également davantage d'aisance à référer leur patient (au besoin).

De tels résultats démontrent la nécessité de mettre sur pied des formations et de procéder à leur évaluation. La présente étude s'inscrit dans cette optique : l'évaluation de la formation provinciale permettra de documenter dans quelle(s) mesure(s) la formation a contribué à l'*empowerment* et au renforcement des capacités des intervenantes et des femmes vivant avec le VIH ayant à implanter et animer « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés ».

## CHAPITRE III

### CADRE CONCEPTUEL

Étant donné que la formation provinciale est la première étape d'un processus d'appropriation et de prise en charge du programme « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés » par les femmes vivant avec le VIH, le choix du cadre conceptuel de la présente étude s'est donc arrêté sur l'*empowerment* (Ninacs, 2008; Rappaport, 1981; Rappaport, 1985; Rappaport, Swift et Hess, 1984) et le renforcement des capacités (Crisp, Swerissen et Duckett, 2000; Eade, 1997; Hawe *et al.*, 1998; Labonte et Laverack, 2001).

Ce chapitre présentera d'abord les définitions de l'*empowerment* et du renforcement des capacités. Ensuite, un portrait de ces deux approches en tant que constructions multidimensionnelles sera dressé. Finalement, la manière dont elles s'inscrivent dans un contexte d'intervention(s), notamment, dans le cadre du programme d'intervention « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés » sera expliqué.

#### 3.1 Cadre conceptuel

L'engouement pour le concept d'*empowerment* a débuté progressivement dans les années 70, notamment dans le domaine des sciences sociales, de la psychologie et de l'éducation (Perkins et Zimmerman, 1995). Dès lors, ce concept a gagné en popularité et de nombreuses disciplines l'ont intégré à leurs pratiques, entre autres, la psychologie communautaire (Rappaport, 1987), la promotion de la santé (Israel *et al.*, 1994; McMillan *et al.*, 1995; Wallerstein, 1992), les différentes pratiques sociales (Le Bossé, 1996), la psychiatrie (Chamberlin, 1997) ainsi que la gestion et les ressources humaines (Wilkinson, 1997).

##### 3.1.1 Définition(s) de l'*empowerment*

Nombreux sont les auteurs et les chercheurs ayant proposé une définition de l'*empowerment*. De ces définitions, deux pôles se sont dessinés : l'*empowerment* vu comme un processus et l'*empowerment* vu comme un résultat. Le premier, étant ardemment documenté, soutient que

*l'empowerment* est un mécanisme par lequel les individus, les organisations et les communautés acquièrent une maîtrise par rapport à une situation ou un événement spécifique (Rappaport, 1987). Il s'agit d'un processus par lequel l'individu parvient à obtenir un contrôle (celui-ci s'accroissant), lui permettant de participer activement dans la communauté avec dignité (Lord et Hutchison, 1993). Cette participation satisfait la croissance de ses besoins d'auto-actualisation ainsi que sa réalisation en tant qu'être humain; cette prise de contrôle et cette participation favorisent également la motivation et la performance de ce dernier (Wilkinson, 1997). De plus, elle favorise l'augmentation de l'estime de soi, la confiance en soi et l'initiative; ceci engendre des retombées positives dans le cheminement de vie de l'individu (Eisen, 1994). *L'empowerment* renvoie donc à : « ...une succession d'étapes par lesquelles un individu ou une collectivité s'approprie le pouvoir ainsi que sa capacité à l'exercer de façon autonome.<sup>1</sup> » L'interaction entre les individus, ainsi que le soutien qu'ils recherchent auprès des membres de la communauté sont nécessaires, afin que tous soient en mesure d'atteindre les buts et les objectifs qu'ils se sont fixés. Ces efforts menés par tous et chacun leur permettent d'avoir accès à des ressources et de développer une conscience critique de l'environnement sociopolitique dans lequel ils vivent, faisant d'eux des citoyens impliqués dans la communauté (Perkins et Zimmerman, 1995). Une telle définition de *l'empowerment* met non seulement l'accent sur les motivations individuelles des citoyens à exercer un contrôle sur leur vie, mais également sur l'action collective. *L'empowerment* ne réfère donc pas exclusivement à une construction psychologique individuelle, mais relève également de ce qui est organisationnel, politique, social, économique et spirituel. Il s'agit d'une construction multidimensionnelle qui s'applique aux individus, aux organisations et à la communauté (Rappaport, 1987).

Les fervents du deuxième pôle déclarent que *l'empowerment* réside exclusivement dans l'atteinte de buts et d'objectifs fixés par les individus et les collectivités. Ce sont donc les résultats qui importent et non pas le processus en tant que tel. Selon Perkins et Zimmerman (1995), les adeptes de cette position avancent que de tels résultats s'expriment par une amélioration de la perception du contrôle des individus relativement à une situation

---

<sup>1</sup> W. A. Ninacs, *Empowerment et intervention : Développement de la capacité d'agir et de la solidarité*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, (2008), p.14.

spécifique et de leurs capacités à mobiliser des ressources en cas de besoin. Dans une perspective organisationnelle et communautaire, il s'agit, entre autres, du déploiement de l'organisation, du développement de coalitions et réseaux organisationnels et de l'accessibilité à des ressources communautaires pour les membres de la communauté.

Ces nombreuses tentatives de définition du concept *empowerment* ont également mené à une francisation du concept, certains auteurs y allant de leur(s) proposition(s) : *appropriation* (Corin, Rodriguez del Barrio et Guay, 1996; Jutras, 1996), *appropriation du pouvoir* (Rondeau et Commelin, 2005), *appropriation du pouvoir d'agir* (Deslauriers, 2007), *autonomisation* (Office Québécois de la Langue Française, 2009), *auto-validation* (Dauenheimer *et al.*, 2002), *compétence(s)* (Kieffer, 1984), *efficacité personnelle* (Gist et Mitchell, 1992; Lecomte, 2004), *engagement* (Ferrand-Bechmann, 2004), *estime de soi* (Lecomte, *et al.*, 1999; Rogers *et al.*, 1997), *perception de contrôle* (Schulz *et al.*, 1995) et *pouvoir d'agir* (Arteau et Gaudreau, 2007; Le Bossé, 2003).

### 3.1.2 Définition(s) de « renforcement des capacités »

Depuis plus de quinze ans, nombre de chercheurs et de praticiens se sont intéressés au renforcement des capacités, ce concept étant principalement utilisé dans le domaine de la promotion de la santé (Hawe *et al.*, 1998).

D'une part, le renforcement des capacités est défini comme étant un processus par lequel les individus, les organisations et les communautés développent des habiletés leur permettant d'exercer leurs fonctions, de résoudre des problèmes et d'atteindre les objectifs qu'ils se sont fixés. Ils détiennent ainsi les compétences leur permettant de s'attaquer aux préoccupations sociales et de santé présentes dans la société (Crisp, Swerissen et Duckett, 2000; Eade, 1997; Hawe *et al.*, 1997 dans Joffres *et al.*, 2004; Hawe *et al.*, 1998; Meissner, Bergner et Marconi, 1992; Schwartz *et al.*, 1993 dans Joffres *et al.*, 2004; OPC, 2002; PNUD, 2008).

D'autre part, le concept de « renforcement de capacités » renvoie à la viabilité d'un programme, c'est-à-dire aux efforts déployés par les individus, la communauté et les organisations pour permettre la pérennité d'un programme et ainsi venir en aide aux personnes aux prises avec différents problèmes de santé, et ce, même si la période de

financement alloué pour ce projet est achevée (Bracht *et al.*, 1994; Hawe *et al.*, 1998; Labonte et Laverack, 2001; Rissel, Finnegan et Bracht, 1995 dans Joffres *et al.*, 2004). Pour ce faire, la collaboration et la bonne entente entre ces différentes instances est de mise : 1) les organisations gouvernementales et non gouvernementales (ONG) (celles-ci se chargent de la conception et du financement des programmes d'intervention); 2) les intervenants (il s'agit de professionnels engagés par les organisations qui doivent assurer l'implantation des programmes); 3) les membres de la communauté (clientèle visée par la programme) (Labonte et Laverack, 2001).

### 3.2 *Empowerment* et renforcement des capacités : des constructions multidimensionnelles

L'*empowerment* et le renforcement des capacités sont des approches mettant au premier plan le développement et le maintien de compétences des individus, des communautés et des organisations et ce, afin de résoudre certains problèmes sociaux et de santé (Ninacs, 1996; Eade, 1997).

#### 3.2.1 Perspective individuelle

##### 3.2.1.1 *Empowerment* individuel

L'*empowerment* individuel, également désigné *empowerment* psychologique (Perkins et Zimmerman, 1995; Zimmerman, 1995, 2000) fait référence à la capacité des individus à prendre des décisions et à exercer un contrôle sur leur vie personnelle (Israel *et al.*, 1994; Ninacs, 2008; Perkins et Zimmerman, 1995; Zimmerman, 1995, 2000). Cette appropriation du pouvoir émane des efforts fournis par chaque individu en participant activement aux différentes activités présentées par les organisations et la communauté (Ninacs, 2008). L'adhésion à cette collectivité génère un sentiment d'appartenance, ce qui favorise le développement de la croyance en une maîtrise et une efficacité personnelle à exercer un plus grand contrôle sur sa vie (Perkins et Zimmerman, 1995; Zimmerman, 2000). L'*empowerment* individuel est donc partie intégrante de l'*empowerment* communautaire, car elle rend possible le changement social, tout en favorisant le changement individuel (Ninacs, 1996).

Certains auteurs se sont intéressés à l'*empowerment* individuel en réalisant des modèles explicatifs, facilitant ainsi la compréhension de ce concept. Tout d'abord, Zimmerman (1995) stipule que l'*empowerment* individuel comprend les trois composantes suivantes : 1) les composantes intrapersonnelles font référence à la perception de l'individu en regard de ses compétences, de ses motivations, de son efficacité personnelle et de sa capacité de contrôle à exercer un pouvoir sur sa vie; 2) les composantes interactionnelles correspondent à la conscience critique que possède l'individu de son environnement, du développement de ses compétences et de sa capacité de mobiliser des ressources en cas de besoin; 3) les composantes comportementales consistent en l'implication communautaire, la participation active dans les activités organisationnelles et l'adoption de stratégies d'ajustement. Ces composantes sont interdépendantes. Dans la mesure où la personne croit en sa capacité d'influencer une situation particulière (composante intrapersonnelle), elle tend à comprendre le fonctionnement du système dans lequel prend part une telle situation (composante interactionnelle) afin de pouvoir y poser des actions lui permettant d'exercer un contrôle sur la situation (composante comportementale).

Le modèle proposé par Ninacs (2008) va dans le même sens, à quelques exceptions près. Selon Ninacs (2008), l'*empowerment* individuel est « un processus composé d'enchaînement simultané d'étapes agissant sur quatre plans : la participation, les compétences pratiques, l'estime de soi et la conscience critique. Dans leur ensemble et par leurs interactions, elles [ces quatre composantes de l'*empowerment* individuel] permettent le passage d'un état sans pouvoir d'agir à un autre [où l'individu est capable d'agir en fonction de ses propres choix].<sup>2</sup>»

### 3.2.1.2 Renforcement des capacités des individus

L'individu est également la pierre angulaire de cette seconde approche. Avant de s'intéresser à la communauté et aux organisations, il faut d'abord construire et nourrir les habiletés déjà en place chez les individus (Crisp, Swerissen et Duckett, 2000). Il s'agit donc de préconiser le développement du *leadership*, des capacités de négociation et de résolution de problèmes. Les individus doivent également apprendre à travailler en équipes, car ils devront se retourner

---

<sup>2</sup> *Ibid.*, p.19.

vers leurs communautés et leurs organisations, afin de trouver des solutions leur permettant de contrecarrer différents problèmes (sociaux et de santé) présents dans la société (OPC, 2002). Afin de contribuer au développement de ces compétences, différents services peuvent être offerts : une éducation permanente, une formation avant ou en cours d'emploi, la création d'établissements de formation à l'échelle régionale ou nationale, l'utilisation de services de consultants, etc. (OPC, 2002).

### 3.2.2 Perspective communautaire

#### 3.2.2.1 *Empowerment* communautaire

L'*empowerment* communautaire (ou collectif) est désigné comme étant la prise en charge du milieu (de la collectivité) ou un rapport de force collectif favorisant l'action sociale et le changement structurel. Il s'agit de l'union des efforts collectifs permettant aux citoyens de participer aux activités et aux décisions de la communauté, afin d'y améliorer la qualité de vie (Zimmerman, 2000). Ainsi, ils ont accès à des ressources gouvernementales et d'autres d'ordre « communautaire », tout en participant au développement du pouvoir d'agir des autres individus, des groupes et des organisations (Perkins et Zimmerman, 1995; Ninacs, 2008).

#### 3.2.2.2 Renforcement des capacités des communautés

Tout comme l'*empowerment* communautaire, le renforcement des capacités des communautés renvoie à un rapport de force collectif tentant de définir, d'évaluer, d'analyser et d'agir concrètement relativement aux problèmes de santé (ou d'autres ordres) présents dans la communauté. Il s'agit donc d'identifier les principaux déterminants (i.e. les enjeux) de santé sur lesquels intervenir, tout en tenant compte du contexte (économique, politique et environnemental) dans lequel de tels problèmes sévissent. Cette démarche contribue, par le fait même, au déploiement de la cohésion sociale et du développement communautaire (Bopp *et al.*, 2000; Labonte et Laverack, 2001).

Plusieurs auteurs se sont prononcés quant aux différents déterminants à prendre en considération, lorsqu'il est question du renforcement des capacités des communautés (Goodman *et al.*, 1998; Hawe *et al.*, 2000; Jackson *et al.*, 1999a; Jackson *et al.*, 1999b;

Labonte, 1998; Laverack, 1999; SDH et Labonte, 1999). Les deux premiers éléments, étroitement liés, correspondent à la participation et au *leadership* des membres de la communauté. Afin que ces individus soient en mesure de socialiser et d'adresser leurs inquiétudes relativement aux différents problèmes de santé, ils doivent se rassembler sous différents groupes ou structures organisationnelles (troisième élément). Ainsi, ils sont en mesure d'unir leurs efforts et de permettre l'identification d'actions permettant de contrecarrer les problèmes de santé. Un tel processus mène au développement d'une autonomie et d'une croyance en leur efficacité à exercer un pouvoir sur leur vie et celle d'autrui (quatrième élément). Le cinquième élément renvoie à la capacité des membres de la communauté à se questionner et à développer une conscience critique permettant d'identifier les différents enjeux sociaux, politiques, économiques et environnementaux pouvant entraver (ou non) la mise en application des actions identifiées précédemment. La capacité de mobiliser des ressources communautaires (sixième élément), de créer des alliances, des coalitions et des réseaux avec d'autres groupes dans la communauté (septième élément), d'utiliser des ressources extérieures spécialisées (huitième élément), assurant la gestion de telles actions (neuvième élément), contribuent également au renforcement des capacités des membres de la communauté (Goodman *et al.*, 1998; Hawe *et al.*, 2000; Jackson *et al.*, 1999a; Jackson *et al.*, 1999b; Labonte, 1998; Laverack, 1999; SDH et Labonte, 1999).

### 3.2.3 Perspective organisationnelle

#### 3.2.3.1 *Empowerment* organisationnel

L'*empowerment* organisationnel est défini comme étant un « ...processus d'appropriation d'un pouvoir par une organisation.<sup>3</sup> » Il inclut la prise de décision collective et un *leadership* partagé dans des organismes structurés (surtout retrouvés en milieu de travail) (Perkins et Zimmerman, 1995). La création de rôles et l'attribution de responsabilités pour chaque membre de l'organisation (en dépit du niveau de fonctionnement de la personne), la culture du groupe, la manière de comprendre et de résoudre les problèmes et la structure de l'organisation sont des composantes de l'*empowerment* organisationnel (Rappaport, 1987).

---

<sup>3</sup> *Ibid.*, p.16.

En ce qui a trait aux facteurs facilitant un tel type d'*empowerment*, ces derniers consistent à mettre en place un système de croyances positives, offrir différentes opportunités à ses membres leur permettant de mettre de l'avant leurs forces, fournir du support économique et social et avoir des gestionnaires possédant des habiletés organisationnelles et interpersonnelles adéquates (Maton et Salem, 1995). Les retombées émanant de l'*empowerment* organisationnel sont fortement positives, car elles peuvent mener au développement d'un réseau organisationnel ou à sa croissance (son essor ou son extension) et à l'obtention d'avantages politiques (Perkins et Zimmerman, 1995).

### 3.2.3.2 Renforcement des capacités des organisations

Le renforcement des capacités des organisations fait référence à la consolidation d'habiletés telles la participation, l'engagement et la compréhension chez les individus œuvrant dans des organisations gouvernementales ou non gouvernementales, afin qu'ils disposent de capacités assurant la mise en application de différentes actions, permettant ainsi de résoudre certains problèmes de santé identifiés par les membres de la communauté (Hartwig, Humphries et Matebeni, 2008; Ramos et Ferreira-Pinto, 2002). Pour ce faire, ces institutions doivent favoriser le partenariat entre les différentes organisations (*partnership approach*), en valorisant le maintien de bonnes relations et les échanges d'informations entre elles. Il doit également y avoir un contact continu avec le milieu communautaire, afin d'orienter les services et les programmes offerts, pour répondre aux besoins émis par la communauté (Crisp, Swerissen et Duckett, 2000). Il s'agit donc de développer un système permettant de soutenir le secteur de la santé, les connaissances, les habiletés et les ressources en promotion de la santé et la bonne entente entre les membres de la communauté et les organisations (Dressendorfer *et al.*, 2005).

### 3.3 Intervention : *Empowerment* et renforcement des capacités

Selon plusieurs auteurs, l'*empowerment* et le renforcement des capacités peuvent sous-tendre les interventions psychosociales réalisées auprès de différentes clientèles. En ce qui a trait à l'*empowerment*, Ninacs souligne : « ... une approche basée sur l'*empowerment* cherche à soutenir les personnes et les collectivités dans leurs démarches pour se procurer le pouvoir

dont elles ont besoin.<sup>4</sup>» Il s'agit donc de développer des interventions dans lesquelles les participants ont une place importante, c'est-à-dire un droit de parole leur permettant de déterminer eux-mêmes la manière dont se déroulera ladite intervention (Rappaport, 1987). Pour ce faire, Zimmerman (1995) soutient que les professionnels (ou les intervenants) doivent travailler en partenariat et impliquer les membres de la communauté dans le développement, l'implantation et l'évaluation des interventions. Ceci est également le cas lorsqu'il est question de renforcement des capacités (Crisp, Swerissen et Duckett, 2000; OPC, 2002). Ils doivent développer une « éco-identité » (Kelly, 1971), c'est-à-dire devenir eux-mêmes des membres de la communauté et travailler auprès de ces membres, afin qu'ils développent des compétences leur permettant d'être autonomes et d'exercer un pouvoir sans dépendre de l'aide des professionnels. Lorsqu'il est question d'interventions en promotion de la santé, notamment dans le domaine du VIH/sida, le renforcement des capacités renvoie aux habiletés des individus à concevoir, à coordonner, à exécuter et à fournir de vastes efforts de prévention, soins et soutien envers les personnes vivant avec le VIH (Ramos et Ferreira-Pinto, 2002).

### 3.4 *Empowerment*, renforcement des capacités et « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés »

L'*empowerment* et le renforcement des capacités ont été au cœur du développement de la formation provinciale relative au programme d'intervention « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés », la participation des femmes vivant avec le VIH ayant été mise en avant plan. À cet effet, un comité de femmes (incluant des intervenantes et des femmes vivant avec le VIH ayant pris part au projet-pilote) a été mis sur pied, afin de définir avec la coordonnatrice du projet les principes encadrant la formation et la planification des diverses formes de soutien pré et post formation à mettre en place, telles qu'une écoute respectueuse et sans jugement, une aide directe à partir des expériences personnelles des participantes, du soutien dans l'identification de leurs forces et la valorisation de celles-ci, de l'accompagnement dans leurs choix ou encore, de la supervision et du parrainage. Toutes les activités ont eu pour but l'appropriation et la prise en charge du programme par les intervenantes et les femmes vivant

---

<sup>4</sup> *Ibid.*, p.14.

avec le VIH assistant à la formation provinciale. Ainsi ancrées dans les principes de l'*empowerment* (Ninacs, 2008; Rappaport, 1981; Rappaport, 1985; Rappaport, Swift et Hess, 1984) et du renforcement des capacités (Crisp, Swerissen et Duckett, 2000; Eade, 1997; Hawe *et al.*, 1998; Labonte et Laverack, 2001), plusieurs étapes ont été planifiées et orchestrées de manière à ce que, sur une période de trois ans, des intervenantes d'organismes communautaires et des femmes vivant avec le VIH de plusieurs régions du Québec s'approprient ce programme et puissent l'offrir de façon récurrente à leurs pairs vivant avec le VIH. Réunir ces femmes et leur offrir une formation commune semblaient la première étape à franchir de manière à ce qu'elles aient les connaissances et les compétences nécessaires pour implanter et animer ce programme par la suite. En effet, il semble que le confort et la confiance de l'intervenant soient des indicateurs importants de succès lors de l'implantation et de l'animation d'un programme d'intervention destiné aux personnes vivant avec le VIH (Panter *et al.*, 2000a).

## CHAPITRE IV

### MÉTHODOLOGIE

Dans un premier temps, la planification de la formation provinciale ainsi qu'une description détaillée du déroulement des deux journées seront exposées. Ensuite, le devis et le modèle d'évaluation, la population à l'étude, le recrutement, les méthodes ainsi que les différents instruments de collecte de données, les variables (i.e. les mesures) et l'analyse des données (quantitatives et qualitatives) seront décrits. Finalement, les considérations éthiques de la présente étude seront présentées.

#### 4.1 Planification de la formation provinciale

Tel que mentionné précédemment, l'*empowerment* et le renforcement des capacités ont été au cœur de la planification de la formation provinciale « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés ». Au printemps 2008, un comité de travail (i.e. comité Pouvoirs Partagés) a été mis sur pied, afin de soutenir la coordonnatrice de l'étude dans la planification et l'animation de la formation provinciale relative au programme d'intervention « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés », notamment en ce qui a trait à l'identification des objectifs de la formation et des éléments de contenu, à la sélection des activités pédagogiques issues du programme d'intervention, à la conception et validation des différents instruments de collecte de données (i.e. questionnaire prétest, questionnaire post-test et plénière évaluative). Ce comité de travail était composé de la chercheuse principale de l'étude, de la coordonnatrice de l'étude, de six intervenantes œuvrant auprès des personnes vivant avec le VIH, ainsi que de trois femmes vivant avec le VIH. Tous les membres du comité avaient participé de près ou de loin au projet-pilote relatif à ce programme d'intervention, en 2006-2007, soit en tant que co-animatrices ou participantes. Il s'agit également de femmes grandement impliquées au sein des organisations montréalaises partenaires du projet : A.C.C.M., C.A.S.M., G.A.P.-V.I.E.S., Hôpital Sainte-Justine et Maison Plein Cœur.

Le comité Pouvoirs Partagés s'est réuni à six reprises, à raison de deux heures et trente minutes par rencontre. Les trois premières rencontres ont eu lieu à l'été 2008 (plus précisément, le 5 juin 2008, le 19 juin 2008 et le 3 juillet 2008) et se sont déroulées à l'Université du Québec à Montréal. Quant à celles du 11 septembre 2008 et du 25 septembre 2008, elles ont aussi eu lieu à l'Université du Québec à Montréal, tandis que celle du 9 octobre 2008 eut lieu au C.A.S.M.

#### 4.2 Description de la formation provinciale

La formation provinciale a eu lieu les 23 et 24 octobre 2008 au Centre de la Fraternité des policiers et des policières de la région de Montréal (le lecteur trouvera à l'appendice A l'horaire détaillé des deux journées de formation). Elle a été organisée en partenariat avec le comité Femmes de la Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-Sida), dans le cadre d'un « Outillons-nous ». À titre indicatif, les « Outillons-nous » sont des formations destinées aux professionnels et aux bénévoles œuvrant dans les institutions et les organismes communautaires de lutte contre le VIH de la province de Québec. L'un de ses principaux objectifs est de favoriser l'appropriation et le transfert des connaissances issues de recherches scientifiques, menées par des chercheurs de renom, afin que différents professionnels puissent les intégrer dans leur pratique quotidienne (Le Clerc et Flores, 2000).

##### 4.2.1 Déroulement de la première journée de formation

La première activité de cette journée de formation avait pour objectif le développement d'une attitude plus favorable à l'égard des femmes vivant avec le VIH et le développement d'une attitude moins favorable à l'égard du dévoilement de son statut sérologique par une femme vivant avec le VIH sans égard aux conséquences ou aux contextes. Une activité de clarification de valeurs dans laquelle trois mises en situation ont été présentées aux participantes a donc été réalisée. Ces mises en situations ont été rédigées par les femmes vivant avec le VIH siégeant sur le comité de travail, ceci, afin que le contenu renvoie le plus fidèlement possible à la réalité des femmes vivant avec le VIH. Faute de temps, une seule de ces trois mises en situation a été exposée aux participantes :

Marjorie a appris son diagnostic au VIH, il y a 7 mois. Depuis, elle est troublée et désespérée. Pour trouver du support, elle fréquente les organismes communautaires offrant des services auprès des personnes vivant avec le VIH. Aucun membre de sa famille (sauf sa mère) ne connaît sa séropositivité. La vie se poursuit. Un an après l'annonce de son diagnostic, Marjorie rencontre Luc dans une fête organisée par Pierre (le frère de Marjorie). Luc est un ami de la famille. Après quelques temps, Marjorie côtoie Luc et voit que celui-ci veut aller plus loin dans la relation; il est prêt à s'engager. Marjorie se demande ce qu'elle devrait faire quant à son statut sérologique. Elle va voir une intervenante et lui demande des conseils.<sup>5</sup>

Suite à la lecture de cette mise en situation par la coordonnatrice de l'étude, les participantes ont été invitées à répondre à la question suivante : « Marjorie devrait-elle dévoiler ou non son statut sérologique à Luc? Et pourquoi? <sup>6</sup> », en allant se positionner sous l'une des trois affiches, disposées dans la salle, arborant leur opinion (*Oui / Non / Indécis*). Les participantes ont alors été rassemblées en trois sous-groupes distincts. Elles ont dû énumérer les différents arguments soutenant leur position. Ces arguments ont été retranscrits et compilés par six membres du comité Pouvoirs Partagés assurant l'animation des trois sous-groupes (deux membres pour un sous-groupe). Par la suite, chaque sous-groupe a été invité à faire part de son argumentaire au grand groupe, pour alimenter la discussion.

Afin de permettre aux participantes d'améliorer leurs connaissances relativement à la prévention, aux traitements et aux considérations légales liées au dévoilement de l'infection au VIH, trois conférences ont été animées par trois professionnelles ayant une très grande expertise dans le domaine du VIH. Une doctorante en sociologie de l'Université du Québec à Montréal est venue présenter les résultats d'une étude conduite par Mme Mylène Fernet (professeure au département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal) et ses collaborateurs, sur les stratégies d'ajustement des femmes vivant avec le VIH de la région de Montréal. Il s'agit des résultats issus du projet étant à la base de l'étude « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés ». Un médecin (œuvrant à la Clinique Médicale l'Actuel) a réalisé une mise à jour quant aux différents enjeux relatifs à la co-infection et aux traitements liés au VIH. Pour terminer, une avocate (chargée de recherche du programme Droits et VIH/sida à la

---

<sup>5</sup> Aucune note bibliographique ne sera dispensée pour cette mise en situation afin de conserver l'anonymat de la femme vivant avec le VIH l'ayant rédigé.

<sup>6</sup> *Ibid.*

COCQ-Sida) est venue faire le point sur l'état actuel du droit canadien en matière des lois liées au dévoilement et au non dévoilement de l'infection au VIH.

La troisième activité de cette première journée de formation avait pour objectif de permettre aux participantes *d'acquérir une croyance plus élevée en leur efficacité personnelle à l'égard de l'animation du programme « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés »*. Pour ce faire, les guides d'animation ainsi que les trousseaux contenant les outils permettant l'implantation et l'animation du programme ont été remis aux participantes (un guide et une trousse pour un seul et même organisme). Une présentation rigoureuse du programme et de la trousse a été effectuée auprès des participantes, afin qu'elles puissent se familiariser rapidement avec le contenu. Par la suite, les participantes ont été invitées à se répartir en deux sous-groupes, afin d'expérimenter certaines activités du programme. Faute de temps, il n'a pas été possible d'expérimenter toutes les activités présentées dans le programme. Les activités choisies furent celles possédant un haut niveau de complexité, ceci, afin de réduire le plus possible les obstacles pouvant entraver leur implantation. La première activité ayant été expérimentée simultanément dans les deux sous-groupes est : « Mon arbre généalogique ». Il s'agit d'une activité permettant aux femmes vivant avec le VIH de réaliser un inventaire des personnes constituant leur réseau social et avec lesquelles la question du dévoilement se pose. Suite à cette première expérimentation, il eut un retour en grand groupe, afin de permettre l'expérimentation d'une seconde activité : « Le dire ou ne pas le dire ». Cette activité permet aux participantes de se prononcer quant à la nature de l'obligation ressentie (légale, morale ou médicale) à l'égard du dévoilement, dans différents contextes.

Cette première journée de formation s'est terminée par une évaluation réalisée auprès des participantes, afin de déterminer leur niveau de satisfaction quant à celle-ci (ce qu'elles ont aimé et ce qu'elles ont moins aimé) et ainsi, procéder à des modifications pour la seconde journée de formation.

#### 4.2.2 Déroulement de la deuxième journée de formation

Cette deuxième journée de formation a débuté par l'expérimentation de nouvelles activités du programme, visant ainsi le développement de la croyance des participantes en leur efficacité personnelle à animer le programme. Une fois de plus, les participantes ont été invitées à se

rassembler en deux sous-groupes. Contrairement à la journée précédente, les deux sous-groupes n'ont pas expérimenté les mêmes activités. Sachant qu'il y avait, en moyenne, deux représentantes pour une seule et même organisation, il était alors essentiel que chacune d'entre elles soit dans un sous-groupe distinct pour ainsi expérimenter une activité différente. Cette expérimentation simultanée d'activités comprenait : « Mon compte d'épargne » et « Mes pour et mes contre ». La première activité a incité les participantes à choisir un contexte de non dévoilement et déterminer les gains (les pour) et les pertes (les contre) relatifs à une telle décision, ceci, en les cotant sur une échelle de 0 à 10. L'activité « Mes pour et mes contre » a amené les femmes à identifier un contexte (vécu ou anticipé) dans lequel la question du dévoilement se pose. Par la suite, elles ont dû inscrire trois arguments favorables (les pour) et trois arguments défavorables (les contre) attribuables à une telle décision pour ensuite en discuter avec les autres participantes. Ces activités ont été suivies d'une pause et de l'expérimentation de deux nouvelles activités : « Les âmes sœurs stratégiques » et « Mon jeu de cartes gagnant ». L'activité « Les âmes sœurs stratégiques » a permis aux femmes d'établir un plan d'action, en équipe de deux et ainsi établir des stratégies pouvant mener au dévoilement ou au non dévoilement dans un contexte donné. La seconde activité a favorisé la réflexion des participantes quant à l'obstacle possible, la condition gagnante, la ressource, l'atout et la plus grande force détenue par les femmes relativement à un dévoilement possible dans un contexte choisi.

La seconde activité de cette journée de formation a tenté de permettre aux participantes *d'acquérir une croyance plus élevée en leur efficacité personnelle à l'égard de l'implantation du programme*, par l'entremise d'une discussion portant sur les barrières et les facteurs facilitant liés à l'implantation éventuelle du programme dans leur milieu de travail. Pour ce faire, les participantes ont été invitées à se rassembler en sous-groupes, afin d'identifier les éléments pouvant obstruer ou faciliter l'implantation du programme. Ensuite, à tour de rôle, elles ont mandaté une représentante (pour chaque sous-groupe) devant ainsi faire état de leur réflexion aux membres des autres sous-groupes. Ces éléments de contenu ont été inscrits sur un tableau et utilisés comme catalyseurs à la discussion de groupe. Par la suite, il y a eu la présentation de la version préliminaire du dépliant promotionnel « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés », permettant ainsi d'offrir de l'aide aux participantes quant au recrutement de femmes intéressées à participer au programme en 2009. Les participantes assistant à la

formation ont dû commenter ce document, afin que son contenu soit fidèle aux besoins relevés par ces professionnelles. Cette discussion a été suivie d'une plénière évaluative ayant pour objectif d'évaluer la satisfaction des participantes à l'égard de la formation (ex.: son déroulement, les différentes activités présentées, etc.).

### 4.3 Évaluation de la formation provinciale

#### 4.3.1 Devis et modèle d'évaluation

L'évaluation des effets de la formation provinciale repose sur une méthodologie mixte. Le volet quantitatif s'appuie sur un devis pré-experimental (étude avant-après), le modèle de Tyler (1942-1950), soit l'*Instructional objectives model (IO)* ou *Objectives-based model*, ayant été privilégié pour l'évaluation des effets de cette formation. Les prémisses de ce modèle sont les suivantes : 1) L'évaluation doit s'intéresser aux comportements des individus; ces derniers doivent être modifiés par la tenue du programme (i.e. de la formation); 2) L'évaluation doit s'effectuer à deux reprises, c'est-à-dire à deux périodes dans le temps, afin de dégager si des changements ont eu lieu quant aux comportements des individus. L'utilisation du modèle de Tyler permet donc d'évaluer l'atteinte ou non des objectifs poursuivis (Nadeau, 1981; Tucker, 1993).

Tout comme il est suggéré dans les ouvrages de Bickman et Rog (2009) et Creswell (2003), des analyses qualitatives ont été réalisées sur les propos des participantes lors de la plénière évaluative, tenue à la fin de la formation. Ces analyses complètent et nuancent les résultats du volet quantitatif, contribuant ainsi au renforcement de la validité interne de l'étude, compte tenu de son échantillon restreint et de l'absence d'un groupe témoin.

Ce devis respecte différents critères de scientificité. Sur le plan de la validité interne, il tend à s'assurer qu'il n'y a pas de facteurs extérieurs pouvant entraver les relations observées entre la variable indépendante et chaque variable dépendante. Dans la même veine, afin d'éviter un biais quant à la mesure des effets, le même questionnaire a été distribué aux participantes avant (prétest) et après (post-test) la formation. En ce qui a trait à la validité externe, le biais pouvant émerger relève du désir de plaire à l'évaluateur. Il serait possible que certaines participantes falsifient leurs réponses, car elles désirent démontrer que la formation a

véritablement eu un impact favorable quant à leurs connaissances, leurs attitudes et leur croyance liée à leur efficacité personnelle, alors que la formation pourrait ne pas avoir eu d'impact positif considérable sur ces participantes. Afin d'éviter cela, elles ont été conscientisées par les membres de l'équipe de recherche à savoir qu'elles devaient être les plus honnêtes possibles dans les réponses qu'elles émettaient.

#### 4.3.2 Population à l'étude

La population à l'étude correspond aux intervenantes et aux bénévoles oeuvrant auprès des femmes vivant avec le VIH dans différents organismes communautaires de la province de Québec. Certaines d'entre elles sont également des femmes vivant avec le VIH. Les critères d'inclusion des participantes sont les suivants : être âgée(s) de 18 ans et plus; parler, écrire et comprendre le français; travailler ou faire du bénévolat auprès des femmes vivant avec le VIH. Pour les participantes également infectées au VIH, l'annonce de leur diagnostic doit remonter à plus de 6 mois, ceci, de manière à éviter qu'elles soient encore sous le choc de l'annonce de leur séropositivité.

Toutes les participantes ont été mandatées par les directeurs généraux de leurs organisations respectives. À cet effet, trois scénarios ont été proposés : 1) triade (une intervenante, une bénévole vivant avec le VIH, ainsi qu'une substitut); 2) dyade (une intervenante et une bénévole vivant avec le VIH); 3) une intervenante seule. La possibilité d'accueillir des intervenants de sexe masculin fut envisageable, afin de ne pas pénaliser les organismes n'ayant pas d'intervenantes disponibles pour participer à la formation et du même fait, assurer l'implantation éventuelle du programme dans leur organisation.

#### 4.3.3 Recrutement

Au total, vingt-six personnes ont été recrutées, dont quatorze intervenantes et un intervenant (57,7%), ainsi qu'onze bénévoles, toutes des femmes (42,3%).<sup>7</sup> Elles sont issues de dix-sept institutions et/ou organismes communautaires de lutte contre le VIH de la province de Québec : A.C.C.M. (Montréal), L'A.R.C.H.E. de l'Estrie (Sherbrooke), B.L.I.T.S.

---

<sup>7</sup> Le genre féminin sera utilisé dans les sections qui suivent à titre épiciène.

(Victoriaville), B.R.A.S.-Outaouais (Gatineau), C.A.S.M. (Montréal), Centre Sida Amitié (Saint-Jérôme), G.A.P.-V.I.E.S. (Montréal), G.E.I.P.S.I. (Montréal), Hôpital Sainte-Justine (Montréal), I.R.I.S.-Estrie (Sherbrooke), Maison d'Hérelle (Montréal), Maison Plein Cœur (Montréal), Maison Sainte-Famille Tom-Dee (Lachenaie), M.A.I.N.S Bas-St-Laurent (Rimouski), Le M.I.E.N.S. (Chicoutimi), Sidaction Trois-Rivières (Trois-Rivières) et Stella (Montréal).

En septembre 2008, la chercheuse principale de l'étude a fait parvenir un courrier, par voie électronique, aux directeurs généraux des différentes institutions et organismes communautaires de la province de Québec, en guise d'invitation préliminaire à la formation provinciale. Au total, vingt-neuf milieux furent ciblés. Un coordonnateur de la COCQ-Sida a également contribué au recrutement, étant donné que la formation s'inscrivait dans le cadre d'une activité offerte par l'organisation : un « Outillons-nous ». Il a donc expédié les documents relatifs à l'inscription des participantes aux directeurs généraux de ces mêmes milieux. Une semaine plus tard, la coordonnatrice de l'étude a contacté, par téléphone, les différents directeurs généraux, afin de leur expliquer ce en quoi consiste le programme et en quoi l'implication de leur organisation pouvait être bénéfique, non seulement pour l'étude, mais également pour la clientèle qu'ils desservent. Elle leur a expliqué qu'il revenait à chacun d'eux de désigner une intervenante, une bénévole vivant avec le VIH ainsi qu'une substitut (une intervenante ou une bénévole vivant avec le VIH), pour assister à la formation. Lorsque ces dernières furent identifiées, leurs coordonnées devaient être transmises au coordonnateur de la COCQ-Sida (par l'entremise de la fiche d'inscription). Ce dernier se chargerait d'en informer la coordonnatrice de l'étude, afin que celle-ci puisse contacter les participantes et ainsi leur faire parvenir les différentes consignes relatives à leur implication à la formation provinciale, notamment, en ce qui a trait à l'évaluation de cette dernière.

#### 4.3.4 Méthodes de collecte de données

Une semaine avant la tenue de la formation (soit le 16 octobre 2008), la coordonnatrice de l'étude a fait parvenir aux directeurs généraux la lettre explicative (appendice B), le formulaire de consentement (appendice C) et le questionnaire prétest (appendice D) pour chaque participante approchée. Les explications relatives à la confidentialité et à l'anonymat

y étaient exposées clairement de sorte à ce que les femmes donnent un consentement éclairé quant à leur participation au projet. Ces documents devaient être complétés, avant le début de la formation, et retournés par la répondante directement à la coordonnatrice de l'étude. Les participantes étant dans l'impossibilité de respecter cette procédure pouvaient remplir ou remettre les documents complétés au tout début de la première journée de formation.

Le deuxième questionnaire (i.e. questionnaire post-test) (appendice E) a été envoyé aux participantes une semaine après la tenue de la formation avec un délai de deux semaines pour le compléter, ceci, afin de s'assurer que les résultats obtenus étaient bel et bien occasionnés par leur participation à la formation et non pas par des facteurs y étant extérieurs.

L'utilisation de ces deux questionnaires a permis de réaliser l'évaluation des effets de la formation sur les participantes. Au total, vingt-six personnes ont complété le questionnaire prétest, alors que vingt-et-une en ont fait autant pour le questionnaire post-test. Les questionnaires ont été jumelés grâce à un code non nominal recomposable.

Avec le consentement des participantes, une plénière évaluative (appendice F) a été menée à la fin de la seconde journée de la formation. Elle a été enregistrée sur bande audio, afin d'évaluer le niveau de satisfaction des participantes; elle fut d'une durée d'une heure et dix-huit minutes.

#### 4.3.5 Instruments de collecte de données

Les instruments de collecte de données correspondent aux questionnaires prétest (appendice D) et post-test (appendice E), ainsi qu'à la grille d'animation de la plénière évaluative (appendice F).

Le questionnaire prétest est composé de cinq sections. La première section comprend des questions permettant de recueillir les données sociodémographiques des participantes. La seconde section comporte une échelle de mesure permettant d'évaluer les connaissances des participantes relativement à la prévention, aux traitements et aux considérations légales liées au dévoilement de l'infection au VIH. La troisième section présente des énoncés qui mesurent l'attitude des participantes à l'égard des femmes vivant avec le VIH et du dévoilement de son statut sérologique par une femme vivant avec le VIH sans égard aux

conséquences ou aux contextes. Finalement, la quatrième et la cinquième sections contiennent des échelles de mesure permettant d'évaluer la croyance des participantes en leur efficacité personnelle quant à l'implantation et à l'animation du programme d'intervention « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés ».

Le questionnaire post-test est composé de six sections. Contrairement au questionnaire prétest, ce deuxième questionnaire ne contient pas de section portant sur les données sociodémographiques des participantes. La première section du questionnaire post-test tente de mesurer la présence des participantes aux différentes sessions de la formation. Les quatre sections suivantes contiennent des échelles de mesure, identiques au questionnaire prétest, permettant d'évaluer les connaissances, les attitudes ainsi que la croyance des participantes en leur l'efficacité personnelle à implanter et à animer le programme. Pour terminer, la sixième section renferme une échelle de mesure tentant d'évaluer la satisfaction des participantes relativement au déroulement des deux journées de formation.

En ce qui a trait à la grille de la plénière évaluative, celle-ci est composée de plusieurs questions (et sous-questions) permettant de documenter les effets de la formation provinciale chez les participantes. La première question (composée de trois sous-questions) tente de dégager les apprentissages tirés au cours de la formation provinciale, notamment en ce qui a trait aux connaissances et aux attitudes des participantes. La deuxième question tente de documenter la croyance de ces dernières en leur efficacité à implanter le programme dans leur milieu de travail. Pour ce faire, différentes sous-questions sont posées relativement aux ressources humaines, matérielles et financières disponibles ou à mettre en place facilitant une telle implantation. Les notions de promotion et de recrutement des participantes sont également soulevées. Finalement, la troisième question tente de documenter la croyance des participantes en leur efficacité personnelle à animer le programme, par l'entremise de trois sous-questions portant sur différentes habiletés d'animation (ex.: créer un climat favorisant le déroulement du programme, assurer le déroulement de chaque activité, etc.).

Dans le cadre de cette étude, la variable indépendante correspond à la formation provinciale relative au programme d'intervention « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés ». Les variables dépendantes ont été sélectionnées en fonction de leur pertinence avec les modèles théoriques soutenant la formation (l'*empowerment* et le renforcement des capacités) : les connaissances

(la prévention, les traitements et les considérations légales liées au dévoilement de l'infection au VIH), les attitudes (à l'égard des femmes vivant avec le VIH et du dévoilement de l'infection au VIH sans égard aux conséquences), la croyance en l'efficacité personnelle liée à l'implantation et l'animation du programme « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés », ainsi que la satisfaction des participantes à l'égard de la formation provinciale. Les données sociodémographiques ont permis d'établir le profil des participantes, ces données étant des variables descriptives.

#### 4.3.6 Mesures

##### 4.3.6.1 Variable indépendante

###### 4.3.6.1.1 Formation provinciale

Il s'agit de la formation provinciale liée au programme d'intervention « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés » telle que décrite au point 4.2.

##### 4.3.6.2 Questionnaires prétest et post-test

###### 4.3.6.2.1 Variables dépendantes

###### 4.3.6.2.1.1 Connaissances

L'échelle de mesure permettant d'évaluer les connaissances, dans les questionnaires prétest et post-test, comporte trois sous-échelles : la prévention du VIH (2 énoncés), les traitements liés à l'infection du VIH (6 énoncés) et les considérations légales liées au dévoilement de l'infection au VIH (7 énoncés). Au total, elle comprend 15 énoncés, chacun mesuré par une échelle nominale comportant trois catégories : « Vrai », « Faux » et « Je ne sais pas ». Les participantes ont dû cocher la réponse correspondant à leur position. Afin de calculer le score global de chaque participante, un point fut attribué à une réponse correcte, tandis qu'aucun point ne fut accordé à une réponse incorrecte ou inconnue. Par la suite, la sommation des résultats de chacune des participantes a été rapportée sur 100.

Cette échelle de mesure est originale, étant donné que la conception de ses énoncés a été effectuée en fonction des éléments de contenu présentés dans deux des trois communications orales réalisées par les professionnelles invitées. Le contenu des échelles a été validé par ces

professionnelles et les corrections nécessaires ont été apportées par la coordonnatrice et la chercheuse principale de l'étude.

#### 4.3.6.2.1.2 Attitudes

À l'origine, l'échelle assurant l'évaluation des attitudes des participantes comportait neuf énoncés chacun à sept niveaux variant de (1) « Totalement d'accord » à (7) « Totalement en désaccord ». Toutefois, dû à certaines complications relatives à la consistance interne de cette échelle, seuls deux énoncés indépendants ont été conservés, permettant ainsi d'évaluer les attitudes des participantes à l'égard des femmes vivant avec le VIH (« Je considère que les femmes infectées par le VIH sont responsables de leur sort ») et du dévoilement de l'infection au VIH sans égard aux conséquences (« Je crois que le dévoilement est la meilleure décision, peu importe les conséquences négatives ou positives en découlant »).

#### 4.3.6.2.1.3 Croyance en l'efficacité personnelle à animer le programme

Les questionnaires prétest et post-test contiennent également une échelle de mesure comportant quatorze énoncés, visant à évaluer la croyance des participantes en regard de leur capacité à animer le programme. Il s'agit d'énoncés tels que : « Appliquer les consignes pour chacune des activités » et « Aider les participantes à prendre la meilleure décision possible pour elles-mêmes dans chaque contexte ». Pour chaque énoncé, les participantes devaient cocher dans l'espace correspondant à leur position : (1) « Totalement incapable » à (7) « Totalement capable ». Le score global de chaque participante a été calculé en effectuant la moyenne des scores sur les quatorze énoncés (1) alléguant une faible croyance en leur efficacité personnelle à (7) une forte croyance en leur efficacité personnelle à animer le programme. La consistance interne de cette échelle globale est de 0,95.

Cette échelle de mesure est originale, car elle a été conçue en fonction des consignes relatives à l'animation des ateliers présentés dans le programme d'intervention « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés » (Massie, Otis, Côté *et al.*, 2008).

#### 4.3.6.2.1.4 Croyance en l'efficacité personnelle à implanter le programme

Cette échelle de mesure évalue la croyance des participantes envers leur capacité à implanter le programme, par l'utilisation d'onze énoncés tels que : « Recruter un nombre suffisant de

participantes (entre 4 et 10) », « Adapter le programme en fonction de la réalité de mon organisme (ex.: intervention individuelle, retraite fermée, etc.) » et « Obtenir du soutien de mon supérieur immédiat ». Chaque énoncé fut mesuré sur une échelle ordinale où les participantes devaient cocher leur position variant de : (1) « Totalelement incapable » à (7) « Totalelement capable ». Une fois de plus, le score global de chaque femme a été calculé en réalisant la moyenne des scores des onze énoncés (1) évoquant une faible croyance en leur efficacité personnelle à (7) une forte croyance en leur efficacité personnelle à implanter le programme. La consistance interne de cette échelle globale est de 0,89.

Cette échelle de mesure est originale à la présente étude, car elle a été développée en fonction des consignes relatives à l'implantation du programme, telles qu'exposées dans le guide d'animation « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés » (Massie, Otis, Côté *et al.*, 2008).

#### 4.3.6.2.1.5 Satisfaction

Cette échelle de mesure est présentée uniquement dans le questionnaire post-test, étant donné qu'elle tend à mesurer la satisfaction des participantes en regard de la formation. Elle est composée de treize énoncés tels que : « Je suis satisfait(e) de la formation que j'ai reçue », « Je suis satisfait(e) du déroulement des deux journées de formation (rythme, organisation, etc.) » et « Les thèmes (le contenu) abordés étaient structurés et bien préparés ». Chaque énoncé est mesuré sur une échelle ordinale variant de (1) « Totalelement en désaccord » à (7) « Totalelement d'accord ». Le score global a été calculé en effectuant la moyenne des scores sur les treize énoncés (1) évoquant une très pauvre satisfaction en regard de la formation à (7) une très grande satisfaction envers cette dernière. La consistance interne de cette échelle globale est de 0,81.

Cette échelle de mesure est originale, compte tenu qu'elle a été réalisée par la coordonnatrice et la chercheure principale de l'étude. Son contenu a également été approuvé par les membres du comité Pouvoirs Partagés.

#### 4.3.6.2.2 Variables descriptives

##### 4.3.6.2.2.1 Âge

L'âge est une variable ordinale qui a d'abord été divisée en quatre catégories (1 = entre 18 et 30 ans; 2 = entre 31 et 40 ans; 3 = entre 41 et 50 ans; 4 = plus de 50 ans), pour ensuite être recodée en deux catégories (1 = 40 ans et moins; 2 = plus de 40 ans).

##### 4.3.6.2.2.2 Statut civil

Le statut civil est une variable nominale ayant été codée en cinq catégories (1 = célibataire; 2 = union de fait; 3 = marié(e); 4 = divorcé(e); 5 = veuf(ve)). Par la suite, les cinq catégories ont été regroupées (1 = célibataire, divorcé(e) et veuf(ve); 2 = union de fait et marié(e)).

##### 4.3.6.2.2.3 Niveau de scolarité

Le niveau de scolarité est une variable nominale en cinq catégories (1 = études primaires; 2 = études secondaires; 3 = études collégiales; 4 = études universitaires; 5 = études professionnelles) et recodée en quatre catégories (1 = études secondaires et moins; 2 = études collégiales; 3 = études universitaires; 4 = études professionnelles).

##### 4.3.6.2.2.4 Vivre avec le VIH

Cette variable a été codée en deux catégories (1 = non; 2 = oui) afin de déterminer le nombre de femmes vivant avec le VIH dans l'échantillon. Lorsque celles-ci répondaient « oui » à la question, elles devaient inscrire le temps écoulé depuis l'annonce de leur diagnostic, car celui-ci devait également être noté.

##### 4.3.6.2.2.5 Implication au sein d'un organisme communautaire

Cette variable a été codée en deux catégories (1 = non; 2 = oui) afin de décrire l'implication de chaque participante (si tel est le cas) au sein des organismes communautaires et/ou des institutions offrant des services auprès des personnes vivant avec le VIH. Dans le cas où celles-ci répondaient « oui » à la question, elles devaient cocher les services spécifiques dans lesquels elles étaient impliquées, dans la liste réservée à cet effet. Un code était attribué à chaque service.

#### 4.3.6.2.2.6 Emploi rémunéré

Cette variable a été codée en deux catégories (1 = non; 2 = oui) afin de décrire si la participante était rémunérée (i.e. intervenante) ou non (i.e. bénévole) par l'organisation qu'elle représentait. Si tel était le cas, elle devait répondre aux questions concernant leur domaine de formation, le nombre d'années travaillées auprès des femmes vivant avec le VIH, la région administrative, le type d'organisme, le poste occupé, la participation antérieure à une formation sur le dévoilement et la consultation de documents relatifs au dévoilement.

#### 4.3.6.2.2.7 Domaine de formation

Chaque intervenante devait indiquer dans quel domaine elle avait été formée et ce, à l'aide d'une réponse courte. Par la suite, toutes les réponses ont été recodées en cinq catégories (1 = travail social/service social et familial; 2 = psychologie/sexologie; 3 = administration/gestion; 4 = vécu personnel; 5 = développement humanitaire).

#### 4.3.6.2.2.8 Nombre d'années

À l'aide d'une réponse courte, chaque participante devait inscrire le nombre d'années travaillé auprès des femmes vivant avec le VIH.

#### 4.3.6.2.2.9 Régions administratives

Cette variable comporte dix-huit catégories (1 = Bas-Saint-Laurent; 2 = Saguenay-Lac-Saint-Jean; 3 = Capitale-Nationale; 4 = Mauricie; 5 = Estrie; 6 = Montréal; 7 = Outaouais; 8 = Abitibi-Témiscamingue; 9 = Côte-Nord; 10 = Nord-du-Québec; 11 = Gaspésie-île-de-la-Madeleine; 12 = Chaudière-Appalaches; 13 = Laval; 14 = Lanaudière; 15 = Laurentides; 16 = Montérégie; 17 = Centre-du-Québec; 18 = Nunavut). Par la suite, elle a été recodée en deux catégories (1 = Montréal; 2 = En régions).

#### 4.3.6.2.2.10 Type d'organisme

Cette variable a été codée en deux catégories (1 = CLSC; 2 = organisme communautaire) afin de déterminer dans quel type d'organisme œuvre chaque intervenante.

#### 4.3.6.2.2.11 Poste occupé

Afin de décrire quel type de poste est occupé par les intervenantes, cette variable comporte quatorze catégories (1 = animateur/animateur; 2 = coordonnateur/coordonnatrice; 3 = travailleur social/travailleuse sociale; 4 = organisateur communautaire/organisatrice communautaire; 5 = agent(e) de relations humaines; 6 = éducateur/éducatrice; 7 = médecin; 8 = infirmier/infirmière; 9 = psychologue; 10 = sexologue; 11 = intervenant(e) psychosocial(e) ou social(e); 12 = agent(e) de soutien; 13 = prévention ITSS; 14 = agent(e) de liaison).

#### 4.3.6.2.2.12 Formation(s) antérieure(s) sur le dévoilement

Cette variable a été codée en deux catégories (1 = non; 2 = oui) afin d'évaluer si les intervenantes avaient déjà pris part à des formations portant sur le dévoilement ou le non dévoilement de l'infection au VIH.

#### 4.3.6.2.2.13 Consultation de documents relatifs au dévoilement

Cette variable nominale a été codée en trois catégories (1 = jamais; 2 = quelques fois; 3 = souvent). Elle a ensuite été regroupée en deux catégories (1 = jamais; 2 = quelques fois et souvent), ceci, afin de percevoir si les intervenantes avaient préalablement consulté de la documentation relative au dévoilement ou au non dévoilement de l'infection au VIH.

### 4.3.6.3 Grille d'animation de la plénière évaluative

#### 4.3.6.3.1 Variables dépendantes

##### 4.3.6.3.1.1 Connaissances

Les connaissances des participantes ont été appréciées par l'entremise de ces deux questions : « Quels apprentissages avez-vous tirés au cours de la formation provinciale? » et « Qu'en est-il de vos connaissances relatives à la prévention, aux traitements et aux considérations légales liées au dévoilement du statut sérologique au VIH, suite à la formation? ».

##### 4.3.6.3.1.2 Attitudes

Tout comme pour apprécier les connaissances des participantes, la question « Quels apprentissages avez-vous tirés au cours de la formation provinciale? » a été posée à ces

dernières, afin qu'elles puissent s'exprimer relativement à leurs attitudes. Par la suite, afin qu'elles soient en mesure d'approfondir leur réflexion, elles ont été amenées à répondre à ces deux questions secondaires : « Que pensez-vous des femmes qui décident de dévoiler leur statut sérologique? » et « Que pensez-vous des femmes qui décident de ne pas dévoiler leur statut sérologique? ».

#### 4.3.6.3.1.3 Croyance en l'efficacité personnelle à implanter le programme

Plusieurs questions ont également été posées aux participantes, afin de documenter leur croyance en leur efficacité personnelle à implanter le programme d'intervention « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés » : « Comment ces derniers [les apprentissages tirés] pourront se transposer dans l'implantation et l'animation éventuelles du programme " Pouvoir partager/Pouvoirs partagés "? ». Cette question fut suivie de plusieurs questions secondaires : « Considérez-vous être en mesure d'implanter le programme? », « Avez-vous les ressources humaines nécessaires (ex.: disponibilité de l'intervenant(e) et de la bénéficiaire, etc.)? », « Avez-vous les ressources matérielles nécessaires (ex.: local, tableau, magnétoscope, crayons, scrapbooks, etc.)? », « Avez-vous les ressources financières nécessaires (i.e. les fonds pour acheter le matériel, etc.)? » et « Serez-vous en mesure d'effectuer la promotion et le recrutement des participantes? ».

#### 4.3.6.3.1.4 Croyance en l'efficacité personnelle à animer le programme

Finalement, la croyance des participantes en leur efficacité personnelle à animer le programme a été dégagée en fonction d'une des questions posées précédemment : « Comment ces derniers [les apprentissages tirés] pourront se transposer dans l'implantation et l'animation éventuelles du programme " Pouvoir partager/Pouvoirs partagés "? », ainsi que de ces questions secondaires : « Considérez-vous être en mesure d'animer le programme? », « Êtes-vous en mesure de créer un climat favorisant le déroulement du programme? », « Êtes-vous en mesure d'assurer le déroulement de chacune des activités? » et « Êtes-vous en mesure de gérer le groupe (ex. : les crises, les femmes qui parlent trop, etc.)? ».

#### 4.3.7 Analyse des données

##### 4.3.7.1 Fiabilité et validité des instruments de collecte de données (données quantitatives)

La consistance interne des échelles présentées dans les questionnaires prétest et post-test a été vérifiée par le calcul du coefficient alpha de Cronbach avec le logiciel SPSS-PC version 11.5 (Statistical Package for Social Science).

##### 4.3.7.2 Statistiques descriptives (données quantitatives)

Afin de déterminer le profil des participantes, des fréquences ont été réalisées sur la totalité des variables descriptives (i.e. données sociodémographiques des participantes). Des moyennes ont également été calculées sur les différentes échelles de mesure.

##### 4.3.7.3 Test des différentes hypothèses (données quantitatives)

L'utilisation de tests de t pairés a permis de comparer les scores moyens des échelles des questionnaires prétest et post-test, afin de déterminer les effets de la formation sur les connaissances, les attitudes et la croyance en l'efficacité personnelle à l'égard de l'implantation et de l'animation du programme. Un score moyen de satisfaction a aussi été calculé.

##### 4.3.7.4 Analyse de contenu (données qualitatives)

Les données qualitatives obtenues suite à la plénière évaluative ont été analysées selon les procédures proposées par Bardin (1977). Dans un premier temps, les propos des participantes ont été découpés en unités thématiques (le codage). Par la suite, ils ont été regroupés dans une grille d'analyse, sous des catégories conceptuelles préalablement déterminées par la coordonnatrice et la chercheuse de l'étude (la catégorisation). Ces différentes catégories ont été produites de façon concordante avec les objectifs poursuivis par la formation et ses effets attendus, notamment sur les connaissances, les attitudes et la croyance des participantes en leur efficacité personnelle à implanter et à animer le programme d'intervention « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés ». Les résultats ont ensuite été analysés par la coordonnatrice de

l'étude et vérifiés par la chercheuse de l'étude ainsi qu'un professeur du département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal.

#### 4.3.7.5 Triangulation des résultats

Tel que mentionné précédemment, la coordonnatrice de l'étude a procédé à l'analyse des données quantitatives et qualitatives. Par la suite, elle a acheminé les résultats obtenus à la chercheuse principale ainsi qu'aux différents co-chercheurs de l'étude, afin qu'ils puissent vérifier les résultats et voir si aucune erreur d'analyse n'a été commise.

Cette triangulation des résultats quantitatifs et qualitatifs permet de porter un jugement plus valide quant aux effets de la formation (Bickman et Rog, 2009; Creswell, 2003).

#### 4.3.8 Considérations éthiques

En mai 2008, la présente étude a obtenu l'approbation du *Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains* de l'Université du Québec à Montréal (N° 081257) (appendice G).

Les explications relatives à la confidentialité et à l'anonymat ont été présentées aux participantes, en octobre 2008. La lettre explicative, ainsi que le formulaire de consentement ont été acheminés à chaque femme, une semaine avant la tenue de la formation provinciale. Il y était indiqué que leur participation à la formation était libre et volontaire et qu'à tout moment, elles pouvaient se retirer de l'étude sans qu'aucune sanction ne soit appliquée à leur endroit. Du soutien psychosocial leur était aussi offert, en cas de besoin. Les avantages et les inconvénients liés à la participation ont également été exposés à l'intérieur de ces différents documents. Les principaux avantages résident dans le fait qu'elles avaient la possibilité de développer une expertise relative au programme d'intervention « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés ». En ce qui a trait aux inconvénients, le principal consiste au temps requis (en l'occurrence, deux jours) pour la participation des femmes à la formation.

En ce qui a trait à la confidentialité, les données quantitatives recueillies par l'entremise des questionnaires étaient anonymes, étant donné qu'un code nominal a été utilisé, afin de permettre le jumelage des données prétest et post-test. Concernant la confidentialité des

données qualitatives, toutes les informations pouvant avoir mené à l'identification d'une participante ont été retranchées, lors de la transcription des verbatims. Finalement, tout le matériel ainsi que les informations amassées dans le cadre de la présente étude ont été conservés sous clé dans le bureau de recherche de Mme Joanne Otis à la *Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé*. Ces derniers seront détruits un an après la fin de l'étude.

#### 4.3.9 Diffusion des résultats et transfert des connaissances

En avril 2009, une affiche a été présentée par l'auteure du mémoire au *18<sup>ème</sup> Congrès canadien annuel de la recherche sur le VIH et le Sida*, à Vancouver. Ce dernier présentait les résultats quantitatifs de l'évaluation de la formation provinciale (Racicot, C., Otis, J., Fernet, M., Mensah, M. N., Côté, F., Côté, J., Lévy, J. J. & The Training Committee. « Evaluation of the provincial training of « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés », a program for women living with HIV, on the heavy issue of disclosure ». *18th Annual Canadian Conference on HIV/AIDS Research*, Vancouver, Canada, April 2009).

En mai 2009, une communication orale a été réalisée par l'auteure du mémoire, dans le cadre du *77<sup>ème</sup> Congrès de l'ACFAS* (Association Francophone pour le Savoir). Celle-ci exposait les résultats qualitatifs de l'évaluation de la formation (Racicot, C., Otis, J., Côté, F., Fernet, M., Mensah, M. N., Côté, J. & Lévy, J. J. « Implication des intervenantes et des femmes vivant avec le VIH (FVVIH) dans un programme d'intervention à leur intention : les défis de l'*empowerment* ». *77<sup>ème</sup> Congrès de l'ACFAS*, Ottawa, Canada, mai 2009).

Un article a également été soumis à la revue *Passerelles : Cahier de recherches et d'initiatives sociales sur le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités*. Celui-ci a été accepté pour publication (appendice H) (Racicot, C., Otis, J., Fernet, M., Côté, F., Lévy, J. J., Mensah, M. N., Côté, J. & Massie, L. (sous presse). « Évaluation de la formation provinciale des intervenantes et des femmes vivant avec le VIH ayant à implanter « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés », un programme d'*empowerment* à leur intention ». Québec : Passerelles - Cahier de recherches et d'initiatives sociales sur le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités).

Enfin, depuis octobre 2008, plusieurs documents (i.e. procès-verbaux des réunions et bulletins « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés ») ont été remis aux différents partenaires communautaires de « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés », afin qu'ils soient à l'affût des différents développements liés au projet.

## CHAPITRE V

### ARTICLE SCIENTIFIQUE

#### ÉVALUATION DE LA FORMATION PROVINCIALE DES INTERVENANTES ET DES FEMMES VIVANT AVEC LE VIH AYANT À IMPLANTER « POUVOIR PARTAGER/POUVOIRS PARTAGÉS », UN PROGRAMME D'EMPOWERMENT À LEUR INTENTION

Caroline RACICOT<sup>1,2</sup>; Joanne OTIS<sup>1,2</sup>; Mylène FERNET<sup>2,3</sup>; Françoise CÔTÉ<sup>4</sup>; Joseph Josy  
LÉVY<sup>2</sup>; Maria Nengeh MENSAH<sup>5,6</sup>; José CÔTÉ<sup>7</sup>; Lyne MASSIE<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé, Faculté des Sciences de l'éducation, Université du Québec à Montréal

<sup>2</sup> Département de sexologie, Faculté des Sciences humaines, Université du Québec à Montréal

<sup>3</sup> Laboratoire d'études sur la violence et la sexualité (FCI), Université du Québec à Montréal

<sup>4</sup> Faculté des sciences infirmières, Université Laval

<sup>5</sup> Institut de recherche et d'études féministes, Université du Québec à Montréal

<sup>6</sup> École de travail social, Université du Québec à Montréal

<sup>7</sup> Faculté des sciences infirmières, Chaire de recherche sur les nouvelles pratiques de soins infirmiers, Université de Montréal

## RÉSUMÉ

Une formation a été mise en œuvre en octobre 2008, dans le but de permettre à des intervenantes et à des femmes vivant avec le VIH des quatre coins de la province de Québec (n=26) de se familiariser avec le programme d'intervention « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés » d'acquérir les outils nécessaires pour l'implanter et l'animer par la suite dans leur milieu respectif. Ce programme a pour objectif d'habiliter les femmes vivant avec le VIH à faire face à la question du dévoilement (ou du non dévoilement) de leur statut sérologique au VIH et ce, de façon réfléchie et proactive. Afin d'évaluer les effets de la formation, les participantes ont complété un questionnaire avant et après celle-ci. Elles ont aussi participé à une plénière portant sur leur satisfaction et les apprentissages réalisés. La formation semble avoir amélioré leurs connaissances à l'égard des considérations légales liées au dévoilement de l'infection au VIH, centré leur attitude à l'égard du dévoilement sur la position soutenue par le programme et renforcé leur croyance en leur efficacité personnelle à animer et implanter ce programme dans leur organisme.

**MOTS-CLÉS :** *Femmes, VIH/sida, formation, évaluation, Québec*

## ABSTRACT

In October 2008, a training was offered to community workers and women living with HIV from all over the province of Québec (n=26). This training aimed to get them familiarize with the intervention program « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés » (PP/PP) as well as to start enable participants to run the program on their own respective milieus. The main objective of « PP/PP » is to facilitate women living with HIV's capacity to deal with issues of disclosure (or non disclosure) of their HIV serological status, proactively and in a well thought out manner. In order to assess the effects of the training, the participants completed a questionnaire before and after the training sessions. Also, they participated in a focus group about their satisfaction and about what they learned. The training seems to have improved their knowledge of the legal aspects regarding disclosure, center their attitude towards disclosure on the position supported by the program and reinforced their perceived self efficacy in animating and implementing the program into their organization.

**KEYWORDS :** *Womens, HIV/aids, training, evaluation, Québec*

## REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier vivement toutes les intervenantes et les bénévoles ainsi que les membres du Comité Femmes de la Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-Sida) pour leur contribution au développement et à la co-animation de la formation provinciale « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés ». Nous voulons témoigner toute notre reconnaissance à la COCQ-Sida pour avoir pris en charge l'organisation de cette formation. Merci à toutes ces femmes, vivant avec le VIH ou non, qui ont partagé leurs expériences avec générosité durant cette formation. Nous tenons aussi à souligner l'engagement exceptionnel de tous nos partenaires dans ce projet: A.C.C.M., L'A.R.C.H.E. de l'Estrie, B.L.I.T.S., B.R.A.S.-Outaouais, C.A.S.M., Centre Sida Amitié, G.A.P.-V.I.E.S., G.E.I.P.S.I., Hôpital Sainte-Justine, I.R.I.S.-Estrie, Maison d'Hérelle, Maison Plein Cœur, Maison Sainte-Famille Tom-Dee, M.A.I.N.S Bas-St-Laurent, Le M.I.E.N.S., Sidaction Trois-Rivières et Stella. Cette étude a été subventionnée par les Instituts de Recherche en Santé du Canada (IRSC) dans le cadre du Programme de recherche communautaire VIH/sida.

## INTRODUCTION

Grâce à l'accessibilité accrue des thérapies antirétrovirales à l'échelle mondiale, les personnes vivant avec le VIH ont vu leur espérance de vie prolongée et leur qualité de vie améliorée, même si des lacunes persistent, notamment sur le plan de leur reconnaissance sociale (Manfredi, 2002; Sterne & *al.*, 2005). De nombreux écrits scientifiques évoquent l'épineuse question du dévoilement du statut sérologique en tant que facteur affectant leur qualité de vie (Holmes & *al.*, 2007; Weaver & *al.*, 2004), notamment chez les femmes qui constituent la moitié des cas déclarés à l'échelle mondiale (ASPC, 2008; ONUSIDA, 2009). Vivre avec le VIH affecte les femmes de façon particulière tant sur le plan physique, psychologique, social que sexuel (Cooperman & Simoni, 2005; Doyal & Anderson, 2005; Duvarsula, 2004; Goggin & *al.*, 2001; Gurevich & *al.*, 2007; Morrison & *al.*, 2002; Remple & *al.*, 2004) et génère stress et angoisse à chaque fois que la question de dévoiler ou non leur statut sérologique se pose (Goggin & *al.*, 2001; Trottier & *al.*, 2005).

Lorsque les femmes choisissent de dévoiler, elles le font pour des raisons personnelles comme se libérer du poids du secret, ou interpersonnelles comme vouloir informer, éduquer ou protéger leur entourage (Derlega & *al.*, 2004; Sowell & *al.*, 2003). Dans les contextes où elles préfèrent garder le secret, elles le font pour protéger leur vie privée, éviter d'être rejetées ou abandonnées ou encore pour éviter que leur entourage ne soit discriminé, voire ostracisé (Derlega & *al.*, 2004). Cependant, ce choix est lourd de conséquences et ces femmes reçoivent peu d'aide pour prendre une décision éclairée. À l'heure actuelle, les rares interventions s'adressant aux femmes vivant avec le VIH visent principalement la prévention de la transmission de l'infection au partenaire sexuel ou à l'enfant à naître (Jones & *al.*, 2001; Kalichman & *al.*, 2001; Kalichman, Rompa & Cage, 2005; Mallory & Fife, 1999; Teti & *al.*, 2007; Wingood & *al.*, 2004) et peu ont pour objectif l'amélioration de leur qualité de vie ou une meilleure gestion de la question du dévoilement.

Face à ce constat, une équipe de chercheurs, en partenariat avec plusieurs organismes communautaires et des femmes vivant avec le VIH, a développé en 2006-2007, le programme « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés ». Son objectif général est d'assister les femmes vivant avec le VIH dans le développement de leurs capacités à gérer la question du dévoilement de leur statut sérologique de manière réfléchi et proactive (Massie, Otis, Côté & *al.*, 2008). Les femmes sont amenées à prendre une décision éclairée pour elles-mêmes dans chaque contexte où cette question se pose et à pouvoir mettre en place des stratégies pour assumer leur décision, soit de dévoiler ou de garder le secret. Ce programme a d'abord été implanté à titre de projet-pilote subventionné par les Instituts de Recherche en Santé du Canada (IRSC). Au cours de cette première phase, 26 femmes de la région montréalaise ont participé aux activités. Les résultats de l'évaluation formative témoignant de sa pertinence et de son utilité, une seconde subvention du même organisme en a permis le déploiement à l'échelle provinciale, dans la mesure où le processus d'appropriation par les milieux serait documenté et appuyé.

Plusieurs étapes ont été planifiées sur une période de trois ans pour y parvenir dont l'élaboration et l'évaluation de la formation provinciale à l'intention des femmes engagées à offrir le programme. Un comité de travail composé d'intervenantes et de femmes vivant avec le VIH ayant participé au projet-pilote « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés » en 2006-2007

a été mis sur pied, afin que l'expérience de ces dernières soient prise en considération lors de la planification de la formation et partagée avec les participantes pendant celle-ci. Toute cette phase préparatoire semblait essentielle puisque le confort et la confiance des formatrices constituent des indicateurs de succès lors de l'implantation et de l'animation d'un programme d'intervention destiné aux personnes vivant avec le VIH (Panter & al., 2000). Ainsi formées, intervenantes et femmes vivant avec le VIH pourraient par la suite assurer la pérennité des activités dans leur communauté respective.

Le présent article se propose donc de présenter les résultats de l'évaluation de la formation provinciale du programme d'intervention « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés », afin de vérifier si cette formation a atteint ses objectifs. Les hypothèses, en lien avec les objectifs spécifiques de celle-ci, sont les suivantes :

Suite à leur participation à la formation provinciale, les participantes auront :

- 1) de meilleures connaissances relativement à la prévention, au traitement et aux considérations légales liées au dévoilement du statut sérologique au VIH;
- 2) une attitude plus favorable à l'égard des femmes vivant avec le VIH;
- 3) une attitude moins favorable à l'égard du dévoilement de son statut sérologique sans égard aux conséquences ou aux contextes;
- 4) une croyance plus élevée en leur efficacité personnelle à l'égard de l'implantation du programme;
- 5) une croyance plus élevée en leur efficacité personnelle à l'égard de l'animation du programme.

## MÉTHODOLOGIE

### Description de la formation

La formation avait pour objectif général d'amorcer le processus d'appropriation du programme « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés » par des intervenantes et des femmes vivant avec le VIH issues d'organismes communautaires québécois de lutte contre le sida.

Pour atteindre ces objectifs, les activités de la formation s'articulaient autour du concept du renforcement des capacités et de *l'empowerment*, plus précisément, de *l'empowerment* individuel tel que défini par Ninacs (2008). Pour cet auteur, *l'empowerment* est :

« un processus composé d'enchaînement simultané d'étapes agissant sur quatre plans : la participation, les compétences pratiques, l'estime de soi et la conscience critique. Dans leur ensemble et par leurs interactions, elles [ces quatre composantes de *l'empowerment* individuel] permettent le passage d'un état sans pouvoir d'agir à un autre [où l'individu est capable d'agir en fonction de ses propres choix].<sup>1</sup> »

---

<sup>1</sup> W. A. Ninacs, *Empowerment et intervention : Développement de la capacité d'agir et de la solidarité*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, (2008), p.19.

Les membres du comité ont donc aidé à définir les principes encadrant l'intervention (ex.: une écoute respectueuse et sans jugement) et à planifier les diverses formes de soutien pré et post formation à mettre en place (ex.: une aide directe à partir des expériences personnelles des participantes, du soutien dans l'identification de leurs forces et la valorisation de celles-ci, de l'accompagnement dans leurs choix ou encore de la supervision et du parrainage). Toutes les activités avaient pour but l'appropriation et la prise en charge du programme par les intervenantes et les femmes vivant avec le VIH (Tableau 1).

Tableau 1  
Déroulement de la formation provinciale « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés » (PP/PP)

Jour	Horaire	Titre de l'activité	Description et lien avec les composantes de l'empowerment individuel (Ninacs, 2008)	
Jour 1	Avant-midi	1. Accueil		
		2. Présentation de la chercheuse principale, de la coordonnatrice de projet et des membres du comité « PP/PP »		
		3. Activité « Clarification de valeurs »	- Présentation de trois mises en situation mettant à l'épreuve les attitudes des participantes envers le processus décisionnel menant au dévoilement ou au non dévoilement de l'infection au VIH. Celles-ci doivent prendre position et se questionner quant au dénouement possible de la mise en situation. - Appel à la participation et au développement de la conscience critique.	
		4. Présentation « Mythes et réalités »	- Exposés interactifs donnés par trois professionnelles invitées portant sur la prévention, les traitements et les considérations légales liées au dévoilement du VIH. - Amélioration des connaissances ce qui contribue à l'acquisition de nouvelles compétences pratiques.	
		5. Explications relatives au programme « PP/PP »	- Explication du processus ayant mené à la conception du programme « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés ».	
	Dîner			
	Après-midi	6. Explication et expérimentation des différentes activités du programme « PP/PP »	- Expérimentation des activités du programme « Mon arbre généalogique » et « Le dire ou ne pas le dire », afin d'améliorer la croyance en leur efficacité personnelle à animer le programme. - Développement de compétences pratiques et estime de soi.	
7. Évaluation de la journée		- Échange en grand groupe sur les points forts et faibles de la première journée de formation.		
Jour 2	Avant-midi	1. Accueil		
		2. Explication et expérimentation des différentes activités du programme « PP/PP »	- Expérimentation de certaines activités du programme « Mon compte d'épargne », « Mes pour et mes contre », « Les âmes sœurs stratégiques » et « Mon jeu de cartes gagnant », afin d'améliorer la croyance en leur efficacité personnelle à animer le programme. - Développement de compétences pratiques et estime de soi.	
		3. Retour sur les différentes activités du programme	- Encadrement de groupe et réponse aux questions des participantes concernant les différentes activités du programme (expérimentées ou non).	
	Dîner			
Après-midi	4. <u>Plénière évaluative</u> 4a. Discussion sur les barrières et les facteurs facilitateurs de l'implantation du programme « PP/PP »	- Discussion où l'expérience professionnelle et personnelle des participantes est sollicitée, afin de déterminer les facteurs qui moduleront l'implantation du programme dans leur organisme. Ceci améliore la croyance en leur efficacité personnelle à implanter le programme. - Appel à la participation, au développement de compétences pratiques et à la conscience critique.		
	4b. Évaluation des deux journées de formation	- Échange en grand groupe sur les points forts et les points faibles de la formation.		

## Devis

L'évaluation des effets de la formation repose sur une méthodologie mixte. Le volet quantitatif s'appuie sur un devis pré-expérimental (étude avant-après). Des analyses qualitatives réalisées sur les propos des participantes lors de la plénière évaluative tenue à la fin de la formation, complètent et nuancent les résultats du volet quantitatif, contribuant ainsi à l'amélioration de la validité interne de l'étude (Bickman & Rog, 2009; Creswell, 2003).

## Recrutement

Les directeurs généraux des différents organismes œuvrant auprès des personnes vivant avec le VIH à l'échelle provinciale ont été contactés, afin que chacun d'entre eux mandate une intervenante, une bénévole vivant avec le VIH ainsi qu'une substitut (une intervenante ou une bénévole vivant avec le VIH) à participer à la formation, cette triade devait par la suite être en mesure d'implanter et d'animer le programme dans l'organisme. Au total, vingt-six personnes ont été recrutées, quatorze intervenantes et un intervenant ainsi qu'onze femmes bénévoles.<sup>2</sup> Elles proviennent de dix-sept organismes communautaires de lutte contre le VIH de la province de Québec.<sup>3</sup>

## Procédures

Une semaine avant la tenue de la formation, la coordonnatrice de l'étude a fait parvenir aux directeurs généraux une lettre explicative, un formulaire de consentement et un questionnaire prétest pour chaque participante approchée. Ces documents complétés, avant le début de la formation, ont été retournés par chaque répondante directement à la coordonnatrice de manière à protéger son anonymat. Les participantes étant dans l'impossibilité de respecter cette procédure ont pu remplir ou remettre les documents complétés au tout début de la première journée de formation.

Avec le consentement des participantes, une plénière a été menée à la fin de la seconde journée et enregistrée sur bande audio, afin d'évaluer le niveau de satisfaction des participantes. Un deuxième questionnaire a été envoyé une semaine après la tenue de la formation avec un délai de deux semaines pour le compléter. Vingt-six personnes ont complété le premier questionnaire, alors que vingt et une en ont fait autant pour le second. Les deux questionnaires ont été jumelés grâce à un code non nominal recomposable.

---

<sup>2</sup> Le genre féminin sera utilisé dans les sections qui suivent à titre épiciène.

<sup>3</sup> A.C.C.M. (Montréal), L'A.R.C.H.E. de l'Estrie (Sherbrooke), B.L.I.T.S. (Victoriaville), B.R.A.S.-Outaouais (Gatineau), C.A.S.M. (Montréal), Centre Sida Amitié (Saint-Jérôme), G.A.P.-V.I.E.S. (Montréal), G.E.I.P.S.I. (Montréal), Hôpital Sainte-Justine (Montréal), I.R.I.S.-Estrie (Sherbrooke), Maison d'Hérelle (Montréal), Maison Plein Cœur (Montréal), Maison Sainte-Famille Tom-Dee (Lachenaie), M.A.I.N.S Bas-St-Laurent (Rimouski), Le M.I.E.N.S. (Chicoutimi), Sidaction Trois-Rivières (Trois-Rivières) et Stella (Montréal).

## Mesures

Pour le volet quantitatif, plusieurs mesures ont été privilégiées. Le programme est la variable indépendante alors que les variables dépendantes incluaient les connaissances, les attitudes, la croyance en l'efficacité personnelle à l'égard de l'implantation et de l'animation du programme ainsi que la satisfaction. Elles ont été mesurées ainsi :

Les connaissances : Trois sous-échelles composent cette première mesure : connaissances liées à la prévention (deux énoncés), aux traitements (six énoncés) et aux considérations légales liées au dévoilement de l'infection au VIH (sept énoncés). Les réponses étaient dichotomiques « Vrai » ou « Faux » avec la possibilité d'inscrire « Je ne sais pas ». Pour le score global, une bonne réponse valait un point et une mauvaise réponse (ou un « Je ne sais pas ») valait zéro. La sommation des scores a été rapportée sur 100.

Les attitudes : Deux énoncés indépendants ont permis d'évaluer les attitudes des participantes à l'égard des femmes vivant avec le VIH (« Je considère que les femmes infectées par le VIH sont responsables de leur sort ») et à l'égard du dévoilement de l'infection au VIH sans égard aux conséquences (« Je crois que le dévoilement est la meilleure décision, peu importe les conséquences négatives ou positives en découlant »). L'échelle de réponses comportait sept niveaux variant de (1) « Totalemment d'accord » à (7) « Totalemment en désaccord ».

La croyance en son efficacité personnelle à l'égard de l'implantation du programme : Cette échelle comprenait onze énoncés (ex.: « Faire la promotion du programme » et « Obtenir du soutien moral de mon supérieur immédiat »). L'échelle de réponses comportait sept niveaux variant de (1) « Totalemment incapable » à (7) « Totalemment capable ». Un score moyen a été calculé. Cette échelle a obtenu un alpha de Cronbach de 0,89.

La croyance en son efficacité personnelle à l'égard de l'animation du programme : Quatorze énoncés permettaient d'évaluer la croyance des participantes en regard de leur capacité à animer le programme (ex.: « Appliquer les consignes pour chacune des activités » et « Assurer la gestion du groupe »). L'échelle de réponses avait sept niveaux allant de (1) « Totalemment incapable » à (7) « Totalemment capable ». Un score moyen a été calculé. L'alpha de Cronbach de cette échelle était de 0,95.

La satisfaction : Au post-test, une mesure de treize énoncés a été ajoutée (ex.: « La formation a répondu à mes attentes » et « Les thèmes abordés étaient bien préparés »). L'échelle de réponses de sept niveaux variait de (1) « Totalemment en désaccord » à (7) « Totalemment d'accord ». Un score moyen a été calculé. L'alpha de Cronbach de cette échelle était de 0,89.

Les variables sociodémographiques comprenaient l'âge, l'occupation, le niveau de scolarité, le domaine de formation, le statut sérologique au VIH et le nombre d'années depuis le diagnostic (si séropositive), la région du lieu de travail et la formation antérieure sur la question du dévoilement.

Pour le volet qualitatif, des questions ouvertes permettant d'animer la plénière évaluative à la fin de la formation, exploraient des thèmes directement liés à ces différentes variables.

## **Analyses**

L'utilisation de tests de t pairés a permis de comparer les scores des échelles des questionnaires prétest et post-test, afin de déterminer les effets de la formation sur les connaissances, les attitudes et la croyance en l'efficacité personnelle à l'égard de l'implantation et de l'animation du programme. Un score moyen de satisfaction a aussi été calculé. Le logiciel SPSS-PC version 11.5 (Statistical Package for Social Science) a été employé pour les analyses statistiques.

Les données qualitatives obtenues suite à la plénière évaluative ont été analysées selon les procédures proposées par Bardin (1977) : 1) découpage des données en unités thématiques (le codage); 2) regroupement des données sous des catégories conceptuelles préalablement déterminées (la catégorisation) de façon concordante avec les objectifs poursuivis par la formation et ses effets attendus; 3) inférence et interprétation des résultats. La triangulation entre les résultats quantitatifs et qualitatifs a permis de porter un jugement plus valide quant aux effets de la formation (Bickman & Rog, 2009; Creswell, 2003).

## **RÉSULTATS**

### **Descriptions des participantes**

La moitié des participantes (50%) étaient âgées de 40 ans et moins; 19,2% détenaient un diplôme d'études secondaires ou moins, 34,6% d'études collégiales, 42,3% d'études universitaires et 3,8% rapportaient avoir un diplôme d'études professionnelles. Près du tiers d'entre elles vivaient avec le VIH (n=8). Chez ces femmes, quatorze années en moyenne s'étaient écoulées depuis l'annonce de leur diagnostic.

Plus de la moitié des participantes étaient des intervenantes (57,7%) et 42,3% étaient des bénévoles (incluant les stagiaires). Les intervenantes (n=15), à l'exception de l'une d'entre elles qui n'avait pas de formation formelle mais une expérience de travail de plusieurs années, ont été formées dans les domaines suivants : service social ou service familial et social (n=9); psychologie ou sexologie (n=3); administration ou gestion (n=1) et développement humanitaire (n=1). Les deux tiers des intervenantes œuvraient à l'extérieur de Montréal (n=10) et seulement 3 avaient déjà participé à des formations portant sur le dévoilement de l'infection au VIH.

### **Analyses des effets de la formation**

Les résultats issus des analyses quantitatives et qualitatives sont présentés simultanément, de manière à documenter les effets de la formation de façon plus significative.

### **Des connaissances renouvelées et approfondies face aux enjeux liés au dévoilement**

Les connaissances des participantes ont significativement augmenté ( $p < 0,005$ ), passant d'un score de 69,8% sur l'échelle globale avant la formation à 80,6% après la formation (Tableau 2). Cette augmentation significative sur l'échelle globale est principalement liée à

l'augmentation des connaissances sur les considérations légales liées au dévoilement de l'infection au VIH. On ne constate pas d'augmentation significative pour les autres sous-échelles (prévention et traitement), bien que les scores semblent tout de même avoir augmentés.

De façon générale, les données qualitatives soutiennent l'acquisition de connaissances chez les participantes. Chez celles qui rapportent une longue expérience de travail ou des contacts étroits avec des personnes vivant avec le VIH, ces apprentissages sont plus ténus puisque les connaissances semblaient bien solides avant même leur participation à la formation. Malgré leur riche expérience dans le domaine du VIH, certaines d'entre elles reconnaissent que la formation leur a permis de faire certains apprentissages.

*« ...au niveau des connaissances, ça fait très longtemps que j'suis là-dedans et je m'amuse à dire que j'ai un doctorat en VIH. C'est sûr que j'en apprends un p'tit peu moins à ce niveau là, mais... c'est ça. »*

[Micheline - Intervenante et femme vivant avec le VIH]

*« ...y'a des choses que j'savais, mais j'en ai encore appris... »*

[Sylvie - Intervenante]

Les participantes moins expérimentées ont, quant à elles, rapporté des apprentissages spécifiques aux notions de prévention, de traitements et aux considérations légales liées au dévoilement de l'infection au VIH.

*« Ben moi, j'connaisais vraiment pas... c'est sûr que toute l'info sur les CD4, charge virale, j'ai beaucoup appris, pis les lois entourant le dévoilement, là j'connaisais rien pantoute là-dedans, pis en général là, comment faciliter l'accès pour la réflexion du dévoilement ou non dévoilement là. »*

[Mélanie - Intervenante]

Tableau 2  
Analyse des effets de la formation provinciale « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés »

Variables	Groupe expérimental (n=21)		
	Prétest (M ± ET)	Post-test (M ± ET)	<i>p</i>
<b>Connaissances générales</b>	69,8% ± 13,1%	80,6% ± 7,9%	<b>0,002</b>
Prévention liée au VIH <sub>1</sub>	76,2% ± 30,1%	90,5% ± 20,1%	0,58
Traitements liés au VIH <sub>1</sub>	66,7% ± 18,3%	73,8% ± 10,0%	0,92
Considérations légales liées au dévoilement <sub>1</sub>	70,7% ± 17,2%	83,7% ± 13,0%	<b>0,005</b>
<b>Attitudes</b>			
Envers les femmes vivant avec le VIH <sub>2</sub>	5,95 ± 1,4	6,43 ± 0,9	0,13
Envers le processus décisionnel relatif au dévoilement de l'infection au VIH <sub>3</sub>	5,33 ± 1,9	5,38 ± 1,6	0,79
<b>Croyance en l'efficacité personnelle à l'égard de l'implantation du programme<sub>4</sub></b>	5,34 ± 0,9	5,71 ± 0,7	<b>0,02</b>
<b>Croyance en l'efficacité personnelle à l'égard de l'animation du programme<sub>4</sub></b>	5,43 ± 0,9	6,13 ± 0,5	<b>0,001</b>
<b>Satisfaction liée à la formation provinciale<sub>5</sub></b>	-----	6,15 ± 0,9	-----

M= moyenne ; ET=écart-type

1. Échelles de réponses variant de 0% à 100%
2. Échelles de réponses variant de (1) «Attitude défavorable » à (7) «Attitude favorable »
3. Échelles de réponses variant de (1) « Attitude favorable au dévoilement sans égard aux conséquences » à (7) « Attitude défavorable au dévoilement sans égard aux conséquences »
4. Échelles de réponses variant de (1) « Totalemment incapable » à (7) « Totalemment capable »
5. Échelles de réponses variant de (1) «Très insatisfaite» à (7) «Très satisfaite »

### **Une attitude positive consolidée à l'égard des femmes vivant avec le VIH**

Les résultats de l'analyse quantitative indiquent que la formation provinciale ne semble pas avoir eu d'effet significatif sur l'attitude des participantes à l'égard des femmes vivant avec le VIH (Tableau 2). Le score obtenu avant la formation sur l'énoncé proposé indique que dans l'ensemble, les participantes détenaient d'emblée une attitude positive et que la formation n'a fait qu'affirmer ou consolider cette attitude.

Les données qualitatives recueillies laissent toutefois croire à un effet plus important de la formation chez celles qui ont eu peu de contact avec les personnes vivant avec le VIH. Ainsi, pour les intervenantes qui débutent dans le domaine du VIH, le contact direct avec des femmes vivant avec le VIH a semblé non seulement les avoir sensibilisées à leur réalité, mais il a aussi suscité chez elles de l'admiration pour ces femmes, contribuant ainsi à renforcer leur motivation et à donner du sens à leur travail.

*« ...rencontrer du monde vivant avec le VIH aussi. J'pense que c'est la première fois que j'rencontre du monde comme elle... j'la trouve resplendissante cette femme-là (rires). Elle nous a raconté un p'tit peu son histoire, pis j'en revenais pas là. Écoute, j'en ai sûrement déjà côtoyées mais sans le savoir. Mais juste d'le savoir, pis d'entendre un p'tit peu l'histoire des gens, c'est incroyable. Pis ça donne encore plus le goût de travailler là-dedans, de continuer à en apprendre, de rencontrer du monde, continuer de vivre cette passion-là pis cet intérêt-là...»*

[Sylvie – Intervenante]

Du côté des intervenantes expérimentées qui composent au quotidien avec des personnes vivant avec le VIH, on peut déduire que les attitudes d'empathie à adopter dans leur pratique face aux personnes qui vivent avec le VIH semblent déjà bien intégrées dans une éthique professionnelle et personnelle. Au près de ces femmes, la formation n'a fait que maintenir cette attitude d'ouverture et de respect.

*« Les attitudes à adopter comme intervenant, ben c'fait longtemps que j'le suis, c'était déjà dans mon code d'éthique. »*

[Micheline - Intervenante et femme vivant avec le VIH]

### **Une attitude moins polarisée face à la question du dévoilement et plus en harmonie avec les objectifs du programme à implanter**

Selon les résultats de l'analyse quantitative, la formation provinciale ne semble pas avoir eu d'effet significatif sur l'attitude des participantes face au dévoilement (Tableau 2), indiquant que les participantes sont d'emblée plutôt en désaccord avec le fait que le dévoilement est la meilleure décision, peu importe les conséquences négatives ou positives en découlant. Cette attitude des participantes avant la formation était plutôt en accord avec ce que souhaite valoriser le programme (choix libre et éclairé selon les contextes).

Toutefois, les données qualitatives recueillies dans le cadre de la plénière permettent de nuancer ce résultat et laissent plutôt croire que la formation a eu des effets plus complexes sur l'attitude des femmes face à cette question. Trois cas de figure se dessinent.

En ce qui concerne le premier cas de figure, certaines participantes mentionnent s'être présentées à la formation avec une position ferme quant à la nécessité pour les personnes vivant avec le VIH de dévoiler leur statut en tout temps. Suite à la formation, elles ont reconnu que, dans certains contextes, la décision de garder le secret pouvait être une option envisageable et légitime. À l'inverse, une femme vivant avec le VIH ayant vécu une expérience de dévoilement particulièrement éprouvante était rétive à proposer cette solution. Elle a développé au contact d'autres participantes à la formation, une nouvelle ouverture face à la question.

*« Avant de venir ici, je pensais, il faut tout le temps dévoiler. Pour moi c'est... faire partir la personne, dévoiler, dévoiler. Mais j'ai appris que, on peut vivre sans dévoiler aussi. »*

[Rosemarie - Bénévole]

*« ...en tant que personne atteinte ou qui a dévoilé pis qu'un moment donné... l'expérience de vie, j'ai r'viré mon chapeau d'bord. J'ai dit : je ne dévoile pu, fini. J'ai quand même au contact de personnes ici présentes trouvé une nouvelle avenue ou changé mon chapeau d'bord. Oui, y'a possibilité encore de dévoiler malgré toute la problématique que [j'ai] personnellement vécue... »*

[Francine - Bénévole et femme vivant avec le VIH]

La formation aurait donc permis à ces femmes d'évoluer d'une position très ferme axée sur le dévoilement à tout prix ou garder le secret à tout prix, vers une position moins polarisée, plus souple et plus nuancée tenant compte de la réalité de chacune.

Dans le second cas de figure, la formation aurait permis à des participantes avec une position plus nuancée face au dévoilement d'être rassurées quant à la concordance entre la philosophie du programme et leur propre position.

*« ...c'est-tu qui veulent que les femmes dévoilent à tout prix [en faisant référence à la formation]? Moi j'pensais que c'était ça au départ, mais je disais wo ! un instant, ça se fait pas comme ça, pis là j'avais toutes mes histoires des gens que je côtoie [...] il y avait énormément de conséquences. »*

[Alice - Intervenante]

Finalement, comme troisième cas de figure, la formation aurait facilité l'émergence d'une position claire face au dévoilement. Soit parce que les participantes ne s'étaient jamais penchées sur cette question dans le cadre de leur travail, soit parce qu'elles se sentaient démunies lorsqu'une telle situation se présentait. Plusieurs intervenantes disent que la formation leur a permis de réaliser l'importance d'une telle réflexion et d'avoir les outils

nécessaires afin d'assurer un soutien adéquat aux femmes vivant avec le VIH sur la question du dévoilement.

*« Pis la question du dévoilement, ça c'est quelque chose que j'avais jamais pensé avant-hier matin, jamais là, même dans le cadre de mon travail, on m'aurait dit est-ce que je dévoile, on m'aurait posé la question, j'aurais même pas su quoi répondre. »*

[Sylvie - Intervenante]

### **Un regard lucide en fonction des défis particuliers posés par l'implantation du programme**

La formation provinciale semble avoir eu un impact significatif sur la croyance des participantes en leur efficacité personnelle à l'égard de l'implantation du programme. Le score moyen à cette échelle a augmenté indiquant que les participantes avaient une relative confiance en leur capacité d'implanter le programme avant la formation et que cette croyance s'est renforcée avec la formation, sans toutefois être aussi élevée que la croyance en leur efficacité personnelle à l'égard de l'animation du programme (Tableau 2).

Les résultats de l'analyse qualitative supportent ce constat et permettent de mieux saisir les éléments de tous ordres autour desquels se construit ce sentiment. À ce sujet, plusieurs personnes ont exprimé leur forte motivation à implanter le programme, cette confiance en leur capacité de l'implanter provenant de leur habitude à relever des défis dans le cadre de leur travail. Cette motivation semble renforcée, entre autres, par la façon dont ce défi est et sera encadré.

*« ...c'est un défi qui est tellement bien monté... des défis on en voit à tous les jours, mais c'est pas le même genre de défi. On a le goût de le faire [d'implanter le programme]. »*

[Benoît - Intervenant]

Quelques participantes se sentent confiantes parce qu'elles occupent, et qu'elles le réalisent, une position d'influence dans leur organisation ce qui leur permettra de se *servir de leur pouvoir* pour jouer un rôle au moment d'obtenir le soutien plus opérationnel de leur milieu.

*« De mon côté, écoutez, pour l'implanter il n'y a pas de problème, j'ai quand même un poste décisionnel là-bas qui m'aide comme présidente. Donc, je vais peut-être me servir de mon pouvoir là-dessus. J'ai déjà commencé à contaminer (sic.) une autre femme du C.A. qui va l'amener avec moi, je l'ai appelé hier soir juste pour la booster un p'tit peu déjà ».*

[Alice - Intervenante]

La question du soutien actuel perçu et de celui à venir semble donc importante dans la construction de ce sentiment et met aussi en relief dans quelle mesure ce soutien sera

déterminant au moment de l'implantation du programme. Les participantes ont identifié le soutien de la direction tant au plan financier que moral comme un élément qui facilitera leurs tâches au moment d'implanter le programme.

*« [...] Le soutien qui va être reçu par les gens qui travaillent dans l'organisme, par rapport à leur boss... »*

[Jeanne - Bénévole]

Toujours à l'interne selon les particularités de leur milieu, la souplesse quant aux modalités d'implantation du programme a été mentionnée comme élément qui influencera leur capacité à implanter le programme : les participantes ont parlé du choix du format des rencontres, de la plage horaire, du local. Elles ont aussi abordé l'importance des opportunités à mettre en place pour favoriser le recrutement et la rétention des femmes dans le programme.

*« ...la question de la conciliation des plages horaires, du transport, du gardiennage [...] »*

[Jeanne - Bénévole]

Le soutien au sein de l'organisation (incluant la souplesse sur les modalités de l'implantation et les opportunités à mettre en place pour rejoindre et retenir les femmes) est important, mais le soutien doit aussi se manifester à travers le partenariat et la concertation entre les différentes organisations (d'une même région administrative et d'une région à l'autre), soit pour tenter de rejoindre les femmes visées par le programme, soit pour contribuer à la mise sur pied d'autres groupes de femmes. En fait, la question de la promotion du programme, mais surtout la question du recrutement des femmes vivant avec le VIH semble être l'un des facteurs qui ébranle le plus le sentiment d'efficacité personnelle des participantes face à l'implantation du programme. Face à ces préoccupations, elles élaborent des stratégies qu'elles partagent et comptent mettre en place.

*« ...aller dans les organismes de femmes pour la publicité, les centre de crise, utiliser aussi le travail de rue, les sites internet des organismes [...] les p'tites annonces, dans les journaux hebdomadaires, là dans les villages et les petites villes... »*

[Jeanne - Bénévole]

Les participantes provenant d'organismes régionaux ont, quant à elles, évoqué des défis particuliers auxquels elles auront à faire face lors du processus d'implantation du programme. Elles ont, entre autres, mentionné les distances géographiques importantes à couvrir, ce facteur ayant un impact à la fois sur la promotion et le recrutement des femmes (anonymat à protéger et nombre de femmes potentiellement accessibles), sur les modalités d'implantation (formule sur plusieurs semaines versus formule intensive ou individuelle) et sur la fidélisation des femmes au programme.

*«...pis surtout en région(s), on a aussi un énorme bassin à rejoindre [...] c'est vraiment large, donc j'sais pas si les gens vont vouloir se déplacer... »*

[Isabelle - Bénévole]

### **Une perception positive de leur capacité à animer le programme, mais variable en fonction des expériences respectives**

La formation provinciale a eu un effet très significatif sur la croyance des participantes en leur efficacité personnelle à animer le programme, le score moyen sur cette échelle ayant augmenté de façon importante (Tableau 2).

Les témoignages recueillis lors de la plénière suggèrent que la croyance en leur efficacité personnelle à l'égard de l'animation du programme diffère en fonction de la perception des participantes de leurs compétences et de leurs expériences dans ce rôle. À ce propos, les intervenantes reconnaissant leurs habiletés comme animatrices et celles qui ont déjà offert des ateliers destinés aux personnes vivant avec le VIH avant la tenue de la formation ont affirmé se sentir confiantes et capables d'accomplir cette tâche.

*« ...j'me sens très capable parce que j'suis une formatrice déjà, j'anime des ateliers, tout ça me pose pas de problème(s)... »*

[Micheline – Intervenante et femme vivant avec le VIH]

Certaines femmes vivant avec le VIH, fortement impliquées au sein des organismes communautaires, ont tenu à identifier certains défis personnels posés par l'animation du programme. En leur qualité d'intervenantes d'expérience, elles ont indiqué avoir l'habitude de donner des conseils et d'émettre des opinions. Ce qu'elles ont appris et réalisé pendant la formation les oblige à changer de posture et à modifier leur pratique. Elles devront mettre de côté leur rôle de conseillère et mettre en pratique leurs habiletés d'écoute active et d'accompagnement.

*« ...j'suis devenue consciente d'une chose. C'est qu'y va falloir vraiment que je sois à l'écoute des personnes [...] plutôt que d'être là à donner des conseils ou d'exprimer mon opinion [...]. Il va falloir que je me retire de moi-même et que je devienne une personne qui écoute. »*

[Judith - Bénévole et femme vivant avec le VIH]

En ce qui a trait aux bénévoles et aux intervenantes qui se disent moins expérimentées, le fait de recevoir du soutien et de l'encadrement de la part du personnel de l'équipe de recherche (lors de l'animation et de l'implantation du programme) semble contribuer à les rassurer sur leur capacité à animer le programme. De plus, le fait que le programme prévoit une modalité de co-animation des ateliers, réalisée dans la mesure du possible par une femme vivant avec le VIH, apparaît comme un élément stimulant pour les participantes qui permettra, selon elles, d'enrichir les interventions.

*« Ben moi, ça m'inquiète pas trop l'animation des ateliers surtout qu'on va être deux [...]. Faut pas oublier que c'est du par et pour, donc l'apprentissage par les pairs a beaucoup sa place là-dedans. »*

[Mélanie - Intervenante]

Par ailleurs, le fait de pouvoir compter sur l'encadrement d'animatrices qui ont déjà expérimenté le programme est un aspect qui en rassure certaines tout comme la mise en place pendant la formation d'un réseau de soutien spécialisé formé de participantes ayant une expertise particulière sur le plan de la gestion de crise. Ce réseau a été mis en place spontanément à la fin de la formation.

*« ...j'suis rassurée parce que j'avais avoir du coaching [...] y'a d'autres personnes qui se sont proposées comme aides psychologues ou références en temps de crise et ça me rassure. Et ça me donne une coche de plus [...] j't'un peu plus prête. »*

[Francine - Bénévole et femme vivant avec le VIH]

Les participantes ont aussi souligné des événements qui pourraient moduler leur façon d'animer le programme, soit le nombre de femmes participant au programme; le degré de motivation et d'engagement de ces femmes à assister aux ateliers et des variations tant dans l'état de santé des participantes que de la co-animatrice (femmes vivant avec le VIH).

*« ...peut-être aussi le manque de participation [...], le manque d'intérêt, de continuité dans la participation »*

[Isabelle - Intervenante]

*« ...c'est fait [le programme] sur sept semaines, la santé des femmes va faire en sorte que des fois elles ne sont pas tout le temps disponibles à venir à chaque semaine... »*

[Sarah - Intervenante]

Elles réalisent de façon lucide et critique que ces facteurs joueront non seulement sur le degré d'implantation du programme dans leur milieu, mais aussi sur la facilité qu'elles auront à l'animer d'un atelier à l'autre.

### **Des participantes satisfaites de la formation reçue**

Enfin, de façon globale, les participantes semblent avoir fortement apprécié la formation (Tableau 2).

La quasi-totalité des participantes se sont dites satisfaites de la formation reçue et ce, pour plusieurs raisons. L'esprit de cohésion observable entre les formatrices et l'équipe de recherche ainsi que le respect, la convivialité et le soutien mutuel ressentis entre les

participantes ont été soulignés à plusieurs reprises lors de la plénière. Ces éléments ont été source de réconfort et de fierté.

*« ...y'a eu un esprit de cohésion et d'équipe extraordinaire, une atmosphère géniale malgré nos discussions animées et j'ai beaucoup apprécié le respect qui a régné... »*

[Micheline – Intervenante et femme vivant avec le VIH]

*« ...toute la chimie qu'il y a eu aujourd'hui pour un paquet de femmes là, moi je trouve que ça été ben bénéfique, pis le respect qui a eu entre nous autres, pis le soutien là, moi j'suis ben fière... »*

[Annie-Marie - Bénévole et femme vivant avec le VIH]

La présence de femmes vivant avec le VIH à la formation a également été soulignée comme élément positif. La très grande majorité des participantes ont apprécié avoir la chance d'échanger avec elles ou entre elles et avoir accès à leur(s) témoignage(s).

*« ...l'apport des femmes vivant avec le VIH ici là, j'ai trouvé ça extrêmement nourrissant. Parce que là, moi, ça me fait du bien de voir du monde qui vont bien... »*

[Alice - Intervenante]

Les participantes ont également témoigné leur reconnaissance envers l'équipe de recherche, pour les outils mis à leur disposition, mais aussi pour l'engagement en termes de mentorat, de soutien et d'encadrement à venir. Selon elles, ces éléments vont faciliter leur appropriation du programme.

*« ... qu'il y aie des outils disponibles comme ça pour nous aider dans notre travail c'est, merci, merci beaucoup. C'est très pratique, pragmatique et ça va m'aider, c'est sûr. »*

[Catherine - Intervenante]

*« ...j'dis merci aussi pour le mentorat, le support que vous allez nous apporter... »*

[Lucie - Intervenante]

## DISCUSSION

Le but de la présente étude était de décrire dans quelle mesure la formation provinciale du programme d'intervention « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés » a atteint ses objectifs et a contribué à l'appropriation de ce programme par les participantes. Rappelons que cette formation n'était que la première étape d'un processus de recherche participative plus complexe ayant comme finalité cette appropriation et la pérennisation du programme à l'échelle provinciale.

L'évaluation des effets de cette formation reposait sur un devis mixte, dont la validité tient à la triangulation des résultats obtenus à partir d'un volet quantitatif s'apparentant à un devis pré-expérimental (étude avant-après) et d'un volet qualitatif reposant sur l'analyse de contenu (Bardin, 1977) des propos des participantes lors de la plénière évaluative. La première limite attribuable à l'ensemble de ce devis est certes le fait qu'il ne décrit que les effets à court terme de la formation. Toutefois, le suivi prévu permettra de voir dans quelle mesure cette formation contribuera à plus long terme à la finalité poursuivie. Sur le plan quantitatif, l'inclusion d'un groupe témoin et un échantillon plus imposant auraient amélioré la validité interne du devis et sa capacité à déceler des effets significatifs. Néanmoins, dans le contexte de ce projet, ce type de devis n'était pas particulièrement légitime. En ce sens, le volet qualitatif, ayant une valeur limitée en soi, s'est avéré très riche et utile pour comprendre et compléter les résultats quantitatifs obtenus. C'est donc en tenant compte de ces limites que nous pouvons conclure avec prudence, mais avec une certaine confiance, que la formation a atteint ses objectifs à court terme. Toutes les hypothèses de recherche sont donc soutenues, à des degrés divers toutefois.

### Une formation qui atteint ses objectifs

Tout d'abord, la formation provinciale a contribué de façon significative à l'amélioration des connaissances des participantes, non pas sur les aspects liés à la prévention et au traitement du VIH, mais sur les aspects légaux entourant le dévoilement, un aspect majeur à consolider, compte tenu des objectifs poursuivis par le programme. Pour expliquer ces résultats, rappelons que les objectifs de la formation liés aux connaissances sur la prévention et le traitement tendaient plutôt à uniformiser les connaissances de base des futures formatrices, sachant que quelques unes d'entre elles détenaient peu d'expérience dans le domaine. De plus, compte tenu de la complexité des enjeux légaux entourant la question de l'obligation de dévoiler son statut sérologique dans le contexte des relations sexuelles et la confusion dans le débat public sur les questions liées au dévoilement de façon générale, il s'avérait essentiel de faire le point avec les participantes sur ces aspects et de clarifier quand, et dans quelles conditions sur le plan légal, il y avait obligation de divulguer.

Sur le plan de l'attitude à l'égard des femmes avec le VIH, l'hypothèse initiale à l'effet que les participantes développeraient des attitudes plus favorables est plus ou moins supportée. En fait, avant même la formation, l'attitude des participantes était déjà très positive, d'une part, en raison de leur proximité avec des personnes vivant avec le VIH depuis plusieurs années; d'autre part, parce que certaines d'entre elles vivent elles-mêmes avec le VIH. Il est également important de rappeler que les participantes à la formation ont été reconnues par leur directeur général comme étant des candidates de choix pour implanter ce programme, ce qui laisse supposer qu'elles détenaient déjà une attitude d'ouverture face à cette réalité (biais

de sélection). Toutefois, pour les participantes moins expérimentées auprès des femmes vivant avec le VIH, la formation semble avoir inspiré chez elles une empathie et une admiration face à ces femmes.

En ce qui concerne l'attitude des participantes à l'égard du dévoilement, l'hypothèse à l'effet que la formation induirait une attitude moins favorable à l'égard du dévoilement de son statut sérologique sans égard aux conséquences ou aux contextes, n'est pas supportée. Une fois de plus, l'attitude des participantes avant la formation témoignait déjà d'un inconfort face à une position aussi polarisée et soutenant le dévoilement à tout prix. L'analyse des données qualitatives permet de comprendre pourquoi les résultats quantitatifs n'arrivent pas à témoigner de la réflexion que la formation a suscitée chez les participantes. En effet, les femmes ayant des positions polarisées sur le dévoilement ont été amenées à adopter une position plus nuancée, notamment selon les différents contextes présentés.

La formation a aussi renforcé la croyance des participantes en leur capacité d'implanter le programme dans leur milieu respectif, ce qui confirme l'hypothèse proposée. Elle a également eu un impact significatif sur la croyance de ces dernières en leur efficacité personnelle à animer le programme « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés ». La formation leur a donné le sentiment d'être soutenues et encadrées de multiples façons et elles sentent maintenant qu'elles ont accès à des ressources : l'équipe de recherche, des femmes qui ont déjà expérimenté le programme, ou qui vivent avec le VIH prêtes à le co-animer, et le réseau d'experts dont elles se sont elles-mêmes dotées à la fin de la formation.

### **Une formation qui contribue à l'empowerment individuel et au renforcement des capacités des participantes**

Les participantes ont rapporté être très satisfaites de la formation reçue, entre autres, parce qu'elles détiennent une meilleure compréhension de leur implication dans le projet et des défis qu'il posera. Elles ont ainsi le sentiment d'avoir acquis les outils nécessaires pour s'engager. Au-delà de ces résultats, découle de leur expérience, cette fierté d'avoir, ensemble, pris conscience de leur volonté et de leur pouvoir d'agir. Les résultats de l'évaluation de la formation provinciale démontrent donc qu'elle a contribué à l'empowerment individuel ainsi qu'au renforcement des capacités des participantes.

De nombreuses activités participatives ont pris part lors de la formation provinciale. Un exercice portant sur les barrières et conditions facilitatrices anticipées donnant ainsi des informations sur les facteurs contextuels qui risquent de moduler l'implantation du programme dans le futur (Champagne & Denis, 1992; Denis & Champagne, 1990), a donné l'occasion aux participantes de prendre parole de façon importante. Ainsi, elles ont été amenées à exercer un pouvoir de décision quant aux différentes stratégies à mettre en place relativement, entre autres, aux facteurs sur lesquels elles ont moins d'emprise, afin d'assurer une implantation optimale du programme dans leur institution. La création d'un réseau de soutien entre les participantes (i.e. entre les pairs) pendant la formation est un autre indice de leur implication active dans leur apprentissage et à l'égard du programme. L'acquisition de compétences pratiques et de leur capacité à prendre des décisions favorables est un indice de leur appropriation du programme.

Par la clarification de leur attitude influencée par la formation, les participantes ont également développé une conscience critique à l'égard du processus décisionnel entourant cette question. Dans le cadre du programme, il était essentiel que les futures formatrices clarifient leur position et soient confortables avec celle qui est soutenue par le programme. De telles attitudes sont associées à des compétences pratiques leur permettant d'apporter de l'aide et un soutien aux femmes vivant avec le VIH. Dans cette même perspective, les participantes ont aussi été amenées à développer une conscience critique, en reconnaissant leurs forces et leurs limites quant à l'animation du programme. Sur le plan personnel, les participantes ayant le plus d'expérience comme intervenantes se sont aperçues qu'elles devaient réajuster leur rôle et modifier leur pratique, passant du mode plus prescriptif de conseillères à un mode davantage centré sur l'écoute et l'accompagnement dans le respect d'une démarche réflexive engagée par les femmes participant au programme. Cette analyse critique les a amenées à réaliser que certains facteurs pouvant affecter leur travail sont indépendants de leur volonté, entre autres, leur propre état de santé, si elles vivent avec le VIH, ainsi que le degré de motivation et d'engagement des femmes vivant avec le VIH recrutées et leur état de santé. Cette réévaluation des compétences a contribué au renforcement des capacités déjà présentes chez les participantes, cette conscience critique étant par le fait même un indice d'*empowerment* individuel.

Finally, l'acquisition de nouvelles connaissances est venue soutenir le développement de leurs compétences pratiques dans l'accompagnement de femmes vivant avec le VIH faisant face dans leur quotidien à de multiples situations où la question du dévoilement se pose. Les propos recueillis lors de la plénière évaluative illustrent comment les participantes ont été amenées à reconnaître qu'elles détenaient maintenant les connaissances nécessaires sur ces aspects, ce qui leur permettra d'animer adéquatement ce programme. Cette réflexivité a mené à une reconnaissance d'un pouvoir d'agir (particulièrement, chez les participantes ayant le moins d'expérience de travail auprès de la clientèle), élément qui sera favorable à l'appropriation et à la prise en charge du programme dans le futur.

Dans l'ensemble, la formation a sans nul doute augmenté l'estime et la confiance en soi de ces futures formatrices, des caractéristiques personnelles nécessaires pour soutenir l'implantation et l'animation réussies d'une intervention. Comme le soulignent Poindexter, Lane & Boyer (2002), l'*empowerment* des intervenants et leur mise en confiance, les habilite à intervenir adéquatement auprès de leur clientèle.

## CONCLUSION

La formation provinciale relative au programme « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés » semble avoir atteint ses objectifs, contribuant ainsi à l'*empowerment* individuel des participantes puisque l'évaluation réalisée illustre comment elle a pu et pourra favoriser la participation des futures formatrices, développer chez elles des compétences pratiques, améliorer leur estime d'elles-mêmes et activer leur conscience critique face à l'épineuse question du dévoilement et face à leur rôle dans l'implantation et l'animation du programme « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés ». Ces composantes se sont exprimées tout au long de la formation, de façon progressive, synergique et cumulative telle que décrite de manière si juste par Ninacs (2008) :

*« Les composantes de l'empowerment individuel s'entrelacent à l'image d'un câble confectionné de quatre cordes qui se renforcent mutuellement, à la fois par le soutien que chaque corde apporte aux autres et par la pression qu'elle exerce sur les autres.<sup>4</sup> »*

Cette formation constitue le début de l'appropriation par les femmes qui auront à implanter le programme à travers la province de Québec, afin de venir en aide à des femmes vivant avec le VIH. Afin de consolider et de renforcer ce sentiment d'appropriation, diverses formes de soutien et d'encadrement seront mises en place. À plus long terme, la tenue d'un forum communautaire suivie de la rédaction d'un ouvrage collectif par des femmes vivant avec le VIH et ayant participé au projet viendra consolider et témoigner de leur engagement. Ce partage des connaissances permettra à d'autres femmes vivant avec le VIH et confrontées à la délicate question du dévoilement de pouvoir acquérir des outils susceptibles de les aider dans leur prise de décision personnelle.

---

<sup>4</sup> W. A. Ninacs, *Empowerment et intervention : Développement de la capacité d'agir et de la solidarité*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, (2008), p.23.

## RÉFÉRENCES

- Agence de santé publique du Canada (ASPC). *Sommaire – Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada, 2008*. (2008). Division de la surveillance et de l'évaluation des risques. Centre de lutte contre les maladies transmissibles et les infections. Consulté le 15 janvier 2010, à <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/pdf/estimat08-fra.pdf>. En ligne.
- Bardin, L. (1977). *L'analyse de contenu*. Paris : Vendôme : Presses Universitaires de France.
- Bickman, L. & Rog, D.J. (2009). *The sage handbook of applied social research methods*. Thousand Oaks, California : Sage Publications, Inc.
- Champagne, F. & Denis, J.L. (1992). Pour une évaluation sensible à l'environnement des interventions : l'analyse de l'implantation. *Service Social, 41*, 143-163.
- Cooperman, N.A. & Simoni, J.M. (2005). Suicidal ideation and attempted suicide among women living with HIV/AIDS. *Journal of Behavioral Medicine, 28*(2), 149-156.
- Creswell, J.W. (2003). *Research design : qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Thousand Oaks, California : Sage Publications, Inc.
- Denis, J.L., & Champagne, F. (1990). L'analyse de l'implantation : modèles et méthodes. *The Canadian Journal of Program Evaluation, 5*, 47-67.
- Derlega, V.J., Winstead, B.A., Greene, K., Serovich, J.M. & Elwood, W.N. (2004). Reasons for HIV disclosure/nondisclosure in close relationships : testing a model of HIV-disclosure decision making. *Journal of Social and Clinical Psychology, 23*(6), 747-767.
- Doyal, L. & Anderson, J. (2005). "My fear is to fall in love again..." How HIV-positive African women survive in London. *Social Science & Medicine, 60*, 1729-1738.
- Durvasula, R. (2004). Women and HIV : the forgotten epidemic. *Psychology of Women Quarterly, 28*(2), 182-183.
- Goggin, K., Catley, D., Brisco, S.T., Engelson, E.S., Rabkin, J.G. & Kotler, D.P. (2001). A female perspective on living with HIV disease. *Health & Social Work, 26*(2), 80-89.
- Gore-Felton, C., Koopman, C., Spiegel, D., Vosvick, M., Brondino, M. & Winningham, A. (2006). Effects of quality of life and coping on depression among adults living with HIV/AIDS. *Journal of Health Psychology, 11*(5), 711-729.
- Gurevich, M., Mathieson, C.M., Bower, J. & Dhayanandhan, B. (2007). Disciplining bodies, desires and subjectivities : sexuality and HIV-positive women. *Feminism & Psychology, 17*(1), 9-38.
- Holmes, W.C., Bilker, W.B., Wang, H., Chapman, J. & Gross, R. (2007). HIV/AIDS-specific quality of life and adherence to antiretroviral therapy over time. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 46*(3), 323-327.

- Jones, D.L., Weiss, S.M., Malow, R., Ishil, M., Devieux, J., Stanley, H., Cassels, A., Tobin, J.N., Brondolo, E., LaPerrière, A., Efantis-Potter, J., O'Sullivan, M.J. & Schneiderman, N. (2001). A brief sexual barrier intervention for women living with AIDS : acceptability, use, and ethnicity. *Journal of Urban Health*, 78(4), 593-604.
- Kalichman, S.C., Rompa, D., Cage, M., DiFonzo, K., Simpson, D., Austin, J., Luke, W., Buckles, J., Kyomugisha, F., Benotsch, E., Pinkerton, S. & Graham, J. (2001). Effectiveness of an intervention to reduce HIV transmission risks in HIV-positive people. *American Journal Preventive Medicine*, 21(2), 84-92.
- Kalichman, S.C., Rompa, D. & Cage, M. (2005). Group intervention to reduce HIV transmission risk behavior among persons living with HIV/AIDS. *Behavior Modification*, 29(2), 256-285.
- Le Clerc, R. & Flores, J. (2000). « *Outillons-nous* » : *Modèle d'outil d'appropriation des connaissances, d'adaptation des interventions et de développement d'expertise en recherche communautaire sur la base de résultats de recherches scientifiques ou d'évaluation d'intention - Projet mené par la Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQSida) de 1998 à 2000*, 12p.
- Mallory, C. & Fife, B.L. (1999). Women and prevention of HIV infection : an integrative review of the literature. *Journal of the Association of Nurses in AIDS care*, 10(1), 51-63.
- Manfredi, R. (2002). HIV disease and advance age : an increasing therapeutic challenge. *Drugs & Aging*, 19(9), 647-669.
- Massie, L., Otis, J., Côté, F., Côté, J.K., Fernet, M., Nengeh Mensah, M., Lévy, J.J., Racicot, C., Lavoie, S. & Mathieu-Chartier, S. (2008). *Guide de l'animatrice – Pouvoir partager/ Pouvoirs partagés*. Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé, Montréal, Canada, 123 p.
- Morrison, M.F., Petitto, J.M., Ten Have, T., Gettes, D.R., Chiappini, M.S., Weber, A.L., Brinker-Spence, P., Bauer, R.M., Douglas, S.D. & Evans, D.L. (2002). Depressive and anxiety disorders in women with HIV infection. *American Journal of Psychiatry*, 159(5), 789-796.
- Ninacs, W.A. (2008). *Empowerment et intervention : Développement de la capacité d'agir et de la solidarité*. Québec. Les Presses de l'Université Laval, 225p.
- Panter, A.T., Huba, G.J., Melchior, L.A., Anderson, D., Driscoll, M., Rohweder, C., Henderson, H., Henderson, R. & Zalumas, J. (2000). Healthcare provider characteristics and perceived confidence from HIV/AIDS education. *AIDS Patient Care and STDs*, 14(11), 603-614.
- Programme commun des nations unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA). (2009). *Le point sur l'épidémie de sida - Décembre 2009*. Suisse (Genève), 100 p.

- Remple, V.P., Ann Hilton, B., Ratner, P.A. & Burdge, D.R. (2004). Psychometric assessment of the multidimensional quality of life questionnaire for persons with HIV/AIDS (MQOL-HIV) in a sample of HIV-infected women. *Quality of Life Research*, 13, 947-957.
- Serovich, J.M., Kimberly, J.A. & Greene, K. (1998). Perceived family member reaction to women's disclosure of HIV-positive information. *Family Relations*, 47(1), 15-22.
- Smith, K.W., Avis, N.A. & Assmann, S.F. (1999). Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research : a meta-analysis. *Quality of Life Research*, 8(5), 447-459.
- Sowell, R.L., Seals, B.F., Phillips, K.D. & Julious, C.H. (2003). Disclosure of HIV infection : how do women decide to tell? *Health Education Research*, 18(1), 32-44.
- Sterne, J., Hernán, M.A., Ledergerber, B., Tilling, K. & Webèr, R. (2005). Long-term effectiveness of potent antiretroviral therapy in preventing AIDS and death : a prospective cohort study. *The Lancet*, 366(9483), 378-384.
- Teti, M., Rubinstein, S., Lloyd, L., Aaron, E., Merron-Brainerd, J., Spenser, S., Ricksecker, A. & Gold, M. (2007). The Protect and Respect Program : a sexual risk reduction intervention for women living with HIV/AIDS. *AIDS and Behavior*, 11(Suppl. 1), S106-S116.
- Trottier, G., Fernet, M., Otis, J., Pelletier, R., Boucher, M., Lévy, J.J., Bastien, R., Samson, J. & Lapointe, N. (2005). *Les expériences de vie des femmes séropositives depuis l'avènement des nouvelles thérapies contre le VIH/Sida*. Université Laval : Québec, 25 p.
- Weaver, K.E., Antoni, M.H., Lechner, S.C., Durán, R.E.F., Penedo, F., Fernandez, M.I., Ironson, G. & Schneiderman, N. (2004). Perceived stress mediates the effects of coping on the quality of life of HIV-positive women in highly active antiretroviral therapy. *AIDS and Behavior*, 8(2), 175-183.
- Wingood, G.M., DiClemente, R.J., Mikhail, I., Lang, D.L., Hubbard McCree, D., Davies, S.L., Hardin, J.W., Hook, E.W. & Saag, M. (2004). A randomized controlled trial to reduce HIV transmission risk behaviors and sexually transmitted diseases among women living with HIV : The WILLOW Program. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 37(Suppl. 2), S58-S67.

## CHAPITRE VI

### DISCUSSION

#### 6.1 Évaluation de la formation provinciale « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés »

Tel que mentionné précédemment, le programme d'intervention « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés » a comme objectif d'habiliter les femmes vivant avec le VIH à prendre une décision réfléchie et éclairée relativement au dévoilement ou non dévoilement de leur infection au VIH, dans différents contextes, notamment avec le partenaire amoureux ou sexuel (Massie *et al.*, 2008). La formation provinciale liée à ce programme a permis à des intervenantes et des bénévoles de s'approprier « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés » afin de l'implanter à travers la province de Québec et, ainsi venir en aide à des femmes vivant avec le VIH. Elle s'est inscrite dans un mouvement novateur; le pouvoir a été remis entre les mains des futures formatrices de sorte qu'elles puissent devenir des agentes de changement auprès des femmes vivant avec le VIH. La formation provinciale a alors contribué au renforcement des capacités ainsi qu'à l'*empowerment* individuel des futures formatrices, compétences qu'elles pourront réutiliser dans leur vie personnelle, par exemple, lorsqu'il est question d'affirmation de soi dans leur sexualité.

Cette formation constitue la première étape d'un processus de prise en charge et d'appropriation menant à l'implantation du programme, ainsi qu'à sa pérennisation dans la province de Québec. En effet, par leur participation à la formation provinciale, les futures formatrices ont été amenées à : 1) *Améliorer leurs connaissances relativement à la prévention, aux traitements et aux considérations légales liées au dévoilement du statut sérologique au VIH*; 2) *Développer une attitude plus favorable à l'égard des femmes vivant avec le VIH*; 3) *Développer une attitude moins favorable à l'égard du dévoilement de son statut sérologique par une femme vivant avec le VIH sans égard aux conséquences ou aux*

contextes; 4) *Acquérir une croyance plus élevée en leur efficacité personnelle à l'égard de l'implantation du programme*; 5) *Acquérir une croyance plus élevée en leur efficacité personnelle à l'égard de l'animation du programme « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés »*.

L'évaluation des effets de cette formation a reposé sur une méthodologie mixte s'appuyant sur un devis pré-expérimental (avant-après) ainsi que sur l'analyse de contenu (Bardin, 1977) des propos tenus par les participantes lors de la plénière évaluative. Le choix des variables évaluées s'est effectué en fonction des recommandations émises dans différentes études quant aux éléments à préconiser lors de la tenue de formations destinées aux intervenants œuvrant auprès de personnes vivant avec le VIH, ainsi que de l'évaluation possible d'une telle formation (Alliger *et al.*, 1997; Panter *et al.*, 2000a; Panter *et al.*, 2000b; Poindexter, Lane et Boyer, 2002).

## 6.2 Effets de la formation provinciale « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés »

### 6.2.1 Les connaissances

Les résultats de l'évaluation de la formation provinciale démontrent qu'il y a eu une amélioration significative des connaissances des participantes quant aux aspects légaux entourant le dévoilement de l'infection au VIH. Ceci n'est pas le cas pour les connaissances liées à la prévention et aux traitements du VIH. L'hypothèse initiale à l'effet que les participantes auraient de meilleures connaissances relativement à la prévention, au traitement et aux considérations légales liées au dévoilement de l'infection au VIH, suite à la formation provinciale, a donc été partiellement confirmée.

De tels résultats peuvent s'expliquer par le fait que les objectifs poursuivis par cette formation relativement aux connaissances liées à la prévention et aux traitements du VIH tendaient plutôt vers une uniformisation de ces connaissances, sachant que plusieurs participantes auraient moins d'expérience professionnelle ou personnelle avec la problématique, alors que d'autres auraient d'excellentes connaissances, compte tenu de leurs nombreuses années d'expérience dans le domaine (i.e. intervenante ou intervenante vivant avec le VIH ou bénévole vivant avec le VIH). Cette uniformisation des connaissances répond à un besoin de formation. En effet, comme le soulignent Panter *et al.* (2000b), les

intervenants oeuvrant auprès des personnes vivant avec le VIH doivent posséder les connaissances nécessaires, notamment, en ce qui a trait aux plus récents développements liés à cette infection. Un manque de connaissances pourrait contribuer à la diffusion d'informations erronées et, ainsi compromettre la qualité des soins et des services offerts auprès de cette population (Ajuwon, 2008; Centers for Disease Control and Prevention, 2001; Felderman-Taylor et Valverde, 2007; Renggli *et al.*, 2008). Il a été d'autant plus important de répondre à ce besoin de formation, compte tenu de la confusion qui règne au Québec relativement aux enjeux légaux entourant le dévoilement ou le non dévoilement de l'infection au VIH, principalement dans le contexte des relations sexuelles. À ce jour, l'état du droit actuel n'est pas pourvu de loi(s) explicite(s) concernant une telle problématique, les différents jugements reposent sur des cas de jurisprudence, ce qui contribue au maintien de la confusion dans la population quant aux questions liées au dévoilement de l'infection au VIH (Bartlett, 1988; Elliot, 1997; Vézina, 2008b). Il s'est donc avéré essentiel de faire une mise au point sur le sujet, sachant que les futures formatrices auront à répondre régulièrement aux questions des participantes concernant la criminalisation de l'infection au VIH, ce thème étant abordé dans « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés ». Elles doivent donc offrir du soutien de qualité, afin de ne pas compromettre l'intégrité et la sécurité des femmes participant au programme en leur communiquant des informations erronées.

## 6.2.2 Les attitudes

### 6.2.2.1 Les attitudes à l'égard des femmes vivant avec le VIH

Les attitudes des participantes à l'égard des femmes vivant avec le VIH ne semblent pas avoir été significativement influencées par la formation provinciale. L'hypothèse à l'effet que les participantes développeraient des attitudes plus favorables est donc plus ou moins supportée. Les résultats des questionnaires prétest démontrent que les attitudes des participantes étaient déjà positives avant même leur participation à la formation. Ceci peut s'expliquer, d'une part, en raison de la proximité des participantes avec la clientèle. En effet, plusieurs d'entre elles côtoient, dans des circonstances personnelles ou professionnelles, des femmes vivant avec le VIH depuis de nombreuses années; d'autre part, certaines d'entre elles vivent avec le VIH. Il est aussi important de mentionner que les participantes à la formation provinciale ont été

désignées par leur directeur général comme étant des candidates de choix assurant l'implantation et l'animation du programme « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés » dans leur milieu de travail. Ceci laisse donc supposer qu'elles faisaient preuve d'emblée d'une attitude d'ouverture face à cette problématique, ce qui constitue, par le fait même, un biais dans la sélection de l'échantillon. En ce qui a trait aux participantes moins expérimentées auprès de la clientèle, la formation semble avoir éveillé chez elles une empathie et une admiration à l'égard de ces femmes.

#### 6.2.2.2 Les attitudes à l'égard du processus décisionnel entourant le dévoilement ou le non dévoilement de l'infection au VIH

Sur le plan des attitudes des participantes à l'égard du processus décisionnel lié au dévoilement ou au non dévoilement, l'hypothèse initiale soutenant que la formation induirait une attitude moins favorable à l'égard du dévoilement de son statut sérologique par une femme vivant avec le VIH sans égard aux conséquences ou aux contextes, n'est pas supportée. En effet, avant la formation provinciale, les participantes vivant avec le VIH éprouvaient un malaise à soutenir une position faisant la promotion du dévoilement à tout prix, ce même malaise étant également observé après la formation. Toutefois, pour les femmes ayant des positions polarisées autour du dévoilement, celles-ci ont été amenées à prendre conscience que le dévoilement ne s'avère pas la seule issue possible, le non dévoilement pouvant être nécessaire et envisageable dans certains contextes. La position de ces futures formatrices doit donc être plus nuancée et empreinte d'attitudes telles que l'empathie, le non jugement, le respect et l'ouverture (Panter *et al.*, 2000a; Panter *et al.*, 2000b), ces dernières étant nécessaires au bon fonctionnement du programme « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés ».

#### 6.2.3 La croyance en l'efficacité personnelle à implanter le programme

L'évaluation de la formation provinciale indique qu'elle a eu un impact significatif positif sur la croyance des femmes en leur efficacité personnelle à implanter le programme d'intervention « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés » dans leur organisation respective. Ces résultats confirment donc l'hypothèse initiale proposée. Par leur participation aux différentes activités de la formation, les futures formatrices ont été amenées à exercer un droit de parole

important, notamment lors de la plénière portant sur les barrières et facteurs facilitants anticipés à l'implantation du programme. Cette discussion a permis l'identification des facteurs contextuels (personnels, organisationnels, interorganisationnels, environnementaux ou liés aux caractéristiques de l'intervention) pouvant moduler l'implantation éventuelle du programme dans leur milieu (Champagne et Denis, 1992; Denis et Champagne, 1990). Les principaux facteurs personnels, identifiés par les participantes, soutenant ce sentiment d'efficacité personnelle résident en une forte motivation à implanter le programme et en la reconnaissance de leurs capacités à relever des défis (liés à la problématique), tant dans le cadre de leur travail que dans leur vie personnelle. Le soutien des membres de l'équipe de recherche, ainsi que la qualité des outils offerts aux futures formatrices (i.e. guide d'animation et trousse) constituent les ancrages de cette motivation à implanter « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés ». Ils permettent aux participantes d'intervenir adéquatement dans le contexte d'une problématique complexe à laquelle elles sont confrontées régulièrement. Le soutien moral et financier de la direction, ainsi que l'accessibilité aux ressources matérielles nécessaires (ex.: un local, un tableau, un magnétoscope, etc.) sont des conditions importantes assurant l'implantation du programme. La manière dont l'organisation sera en mesure d'adapter les modalités d'implantation du programme, afin de convenir aux réalités des femmes qu'elle désire rejoindre est également un facteur facilitant l'implantation du programme. Pour les participantes de la formation provinciale, la promotion du programme, plus précisément le recrutement des femmes vivant avec le VIH, soulève de nombreuses inquiétudes : Comment inciter les femmes à participer au programme « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés », sachant que la majorité d'entre elles ne se présentent pas aux autres activités proposées par l'organisme? Pour les femmes intéressées au programme, comment les amener à participer de façon assidue? Ces questionnements sont des zones d'insécurité et d'incertitude. C'est à ce moment que le soutien et la collaboration entre les différents organismes sont importants, car ils sont identifiés comme étant des facteurs interorganisationnels permettant de faciliter l'implantation du programme, ainsi que sa réussite. Ce partenariat mènera à l'atteinte de bénéfices sociaux communs, car tous ont à cœur la réalité des femmes vivant avec le VIH (Putnam, 1993; Gillies, 1998 dans Crisp, Swerissen et Duckett, 2000). Les organismes offrant leurs services en régions, plutôt que dans les grands centres, sont aux prises avec une problématique particulière. Compte tenu de

l'ampleur du territoire à couvrir par l'organisme, il devient alors difficile de rejoindre un grand nombre de femmes vivant avec le VIH, ce qui complexifie l'implantation du programme. Ce facteur environnemental est donc non négligeable.

Par l'identification de ces différents facteurs contextuels, les participantes ont été en mesure d'anticiper les barrières et les facteurs facilitants l'implantation du programme dans leur milieu respectif et ce, de façon lucide et critique. Cette activité leur a également permis d'exercer un pouvoir de décision quant aux différentes stratégies à mettre en place, incluant celles avec lesquelles elles ont moins d'emprise et ce, afin d'assurer une implantation optimale du programme dans leur organisme. Cette préparation est nécessaire à l'amélioration de la croyance en leur efficacité personnelle à implanter le programme, car dorénavant, les participantes possèdent les ressources et les outils nécessaires leur permettant de s'approprier le programme et de l'implanter adéquatement. Comme le soulignent Panter *et al.* (2000a) dans leur étude, plus les intervenants développent une aisance relativement à l'implantation d'un programme, plus les retombées positives de la mise en application du programme seront élevées.

#### 6.2.4 La croyance en l'efficacité personnelle à animer le programme

La formation provinciale a également renforcé la croyance des participantes en leur efficacité personnelle à animer le programme « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés ». De tels résultats peuvent s'expliquer, d'une part, par la participation de nombreuses intervenantes expérimentées à la formation. La majorité d'entre elles œuvrent auprès de la clientèle depuis de nombreuses années, elles n'en sont donc pas à leur première expérience d'animation de programme(s) auprès de femmes vivant avec le VIH. D'autre part, pour l'ensemble des participantes, le fait d'être soutenues et encadrées par l'équipe de recherche, ainsi que par les femmes ayant déjà expérimenté le programme (vivant ou non avec le VIH), favorise ce sentiment d'efficacité personnelle.

#### 6.2.5 La satisfaction

Finalement, les futures formatrices ont mentionné être très satisfaites de la formation reçue, car elles disent posséder une meilleure compréhension de ce en quoi consiste leur implication

au sein du projet, ainsi que des défis qu'il posera. Elles se sentent bien outillées pour y faire face. Ces dernières sont également reconnaissantes envers l'équipe de recherche, pour la considération que celle-ci leur porte (par le soutien qu'elle leur offre). De cette valorisation et de leur participation à la formation émane une fierté d'avoir, ensemble, pris conscience de leur pouvoir d'agir.

### 6.3 Évaluation de la formation provinciale « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés : *empowerment* et renforcement des capacités

La formation provinciale « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés » a non seulement eu un impact significatif relativement aux connaissances, aux attitudes et à la croyance des participantes en leur efficacité personnelle à implanter et à animer le programme, elle a également contribué à leur *empowerment* individuel, dont les principales composantes sont : la participation, les compétences pratiques, l'estime de soi et la conscience critique (Ninacs, 2008). Elle a également favorisé le renforcement des capacités des participantes, particulièrement en ce qui a trait à la reconnaissance de leurs habiletés en intervention auprès de la clientèle (Crisp, Swerissen et Duckett, 2000).

Sachant que la formation provinciale constitue la première étape d'un processus d'appropriation du programme « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés » par les femmes vivant avec le VIH, des activités dont une mise à jour des connaissances relativement à l'infection au VIH, ont contribué à la reconnaissance et au développement de compétences pratiques chez les participantes, notamment dans l'accompagnement des femmes vivant avec le VIH faisant face à de multiples situations où la question du dévoilement ou du non dévoilement se pose dans leur quotidien. Les propos recueillis lors de la plénière évaluative démontrent dans quelle mesure les participantes ont été amenées à reconnaître qu'elles détenaient d'emblée les compétences pratiques nécessaires (i.e. des connaissances) leur permettant d'implanter et d'animer adéquatement le programme. Cette réévaluation de compétences a mené à une reconnaissance d'un pouvoir d'agir (Arteau et Gaudreau, 2007; Le Bossé, 2003), particulièrement chez les participantes ayant moins d'expérience de travail auprès de la clientèle, favorisant ainsi la prise en charge du programme dans le futur. Selon certaines études portant sur le renforcement de capacités, une telle reconnaissance des compétences pratiques incite les individus à prendre part activement à la résolution des préoccupations

sociales ou de santé présentes dans la société (Crisp, Swerissen et Duckett, 2000; Eade, 1997; Hawe *et al.*, 1997 dans Joffres *et al.*, 2004; Hawe *et al.*, 1998; Meissner, Bergner et Marconi, 1992; Roper *et al.*, 1992; Schwartz *et al.*, 1993 dans Joffres *et al.*, 2004; OPC, 2002; PNUD, 2008). Tel étant l'une des visées à long terme de la formation provinciale.

Par l'entremise des différentes activités de la formation provinciale, les femmes ont été amenées à développer une conscience critique à l'égard des attitudes qu'elles détiennent envers les femmes vivant avec le VIH et le processus décisionnel menant au dévoilement ou au non dévoilement de l'infection au VIH. Il s'avérait essentiel qu'elles clarifient leur position et soient confortables avec celle qui est soutenue par le programme « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés », afin de pouvoir procéder à son implantation et son animation. De telles attitudes sont associées à des compétences pratiques permettant aux futures formatrices d'offrir des services et un soutien adéquat aux femmes vivant avec le VIH (Panter *et al.*, 2000a).

Par leur participation à ces différentes activités, elles ont également été amenées à développer une conscience critique en reconnaissant leurs forces et leurs limites relativement à l'animation du programme « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés ». En ce qui a trait aux participantes ayant le plus d'expérience comme intervenantes, elles ont été amenées à reconnaître qu'elles possédaient d'emblée certaines capacités leur permettant d'animer le programme. Toutefois, cette réévaluation des compétences a permis une prise de conscience. Sachant que ces femmes croient fermement en leurs capacités à animer le programme, elles doivent être vigilantes et modifier leur pratique, en passant d'une approche plus prescriptive de conseillères à un mode davantage centré sur l'écoute et l'accompagnement, le programme préconisant une démarche réflexive engagée par les femmes vivant avec le VIH (et non pas par les intervenantes). Cette réflexion leur permet également de reconnaître que certains facteurs pouvant affecter l'animation du programme sont indépendants de leur volonté (ex.: leur propre état de santé, si elles vivent avec le VIH, le degré de motivation et d'engagement des femmes vivant avec le VIH recrutées, l'état de santé de celles-ci, etc.). Cette conscience critique et cette réévaluation des compétences sont toutes deux des indices d'*empowerment* individuel (Ninacs, 2008), les femmes ayant été amenées à reconnaître qu'elles détiennent

d'emblée plusieurs compétences pratiques leur permettant d'animer adéquatement le programme.

Dans l'ensemble, les activités de la formation provinciale « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés » se sont déroulées de sorte à ce que la participation des futures formatrices soit mise au premier plan. En effet, l'expérience personnelle et professionnelle des participantes a été constamment sollicitée, notamment lors de la discussion portant sur les barrières et les facteurs qui faciliteraient l'implantation du programme et la plénière évaluative relative à la satisfaction des participantes. Une telle valorisation de leur implication a été bénéfique à leur apprentissage et au regard analytique et critique qu'elles ont porté sur l'action. Elle a sans nul doute contribué à l'amélioration de leur estime personnelle, composante indéniable de leur *empowerment* individuel (Ninacs, 2008) et du renforcement de leurs capacités (Crisp, Swerissen et Duckett, 2000; Eade, 1997; Labonte et Laverack, 2001; OPC, 2002; Ramos et Ferreira-Pinto, 2002). Un autre résultat illustrant la participation active de ces femmes lors de la formation, est la création d'un réseau du soutien favorisant le sentiment d'appartenance au groupe et témoignant de leur capacité à prendre des décisions favorables à leur appropriation de l'implantation du programme. Cette prise en charge collective des futures formatrices contribue non seulement à leur *empowerment* individuel, mais également à leur *empowerment* collectif (i.e. communautaire), compte tenu que l'union de leurs efforts a comme objectif l'amélioration de la qualité de vie des femmes vivant avec le VIH participant au programme « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés » (Ninacs, 2008; Perkins et Zimmerman, 1995; Zimmerman, 2000).

En général, la formation semble avoir mené à l'augmentation de l'estime et la confiance en soi des futures formatrices, compte tenu que leur participation a été grandement sollicitée et valorisée. Elle a également contribué à leur *empowerment* individuel et collectif (i.e. communautaire), ainsi qu'au renforcement de leurs capacités, particulièrement, en regard de l'implantation et l'animation du programme « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés ». Tel qu'indiqué dans l'étude de Poindexter, Lane et Boyer (2002), lorsque les intervenants ont confiance en leurs capacités, ils sont habilités à intervenir adéquatement auprès de leur clientèle; il s'agit d'ingrédients nécessaires assurant l'implantation et l'animation réussies d'une intervention.

#### 6.4 Recommandations pour la formation provinciale « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés »

Lors de la plénière et suite à l'évaluation de la formation, des recommandations ont été émises par les intervenantes, par les bénévoles et par les membres de l'équipe de recherche. Considérant leur importance et leur récurrence aux seins des diverses discussions sur le projet, il semble important de les mettre en relief ici.

La principale recommandation émise par les participantes est d'offrir cette formation sur une période de trois jours. La formation provinciale initiale étant offerte sur deux jours, les participantes se sont senties bousculées dans le temps, notamment en ce qui a trait à l'expérimentation de certaines activités issues du programme d'intervention. Elles auraient aimé avoir plus de temps pour s'approprier davantage le contenu des activités et avoir la chance d'expérimenter toutes les activités du programme. Dans cette optique, l'utilisation de jeux de rôles et de simulations auraient été une option. En effet, il aurait été intéressant que les participantes aient la chance d'animer les activités du programme. Elles auraient ainsi fait face à des situations qui pourraient se produire lors de l'animation et de l'implantation réelle du programme dans leur milieu, ce qui aurait amélioré leur préparation.

Les participantes auraient également aimé que la période de temps allouée pour les trois conférences soit plus longue, notamment celle portant sur les considérations légales liées au dévoilement, car il s'agit de questionnements faisant partie intégrante de leur quotidien. Ces dernières ont exprimé le désir de maîtriser davantage de telles informations afin de répondre adéquatement aux questions qui pourraient leur être posées par des femmes vivant avec le VIH.

Certaines participantes ont également déploré le fait d'avoir reçu le guide d'animation la journée de la formation même. Elles auraient aimé avoir ce document en leur possession avant, afin de se familiariser avec le contenu et d'être mieux préparées pour participer aux différentes activités.

En ce qui a trait l'organisation de la formation provinciale, certaines recommandations ont été émises par les participantes, notamment utiliser un micro lors des présentations et des

animations réalisées par la chercheuse et la coordonnatrice de l'étude, disposer les tables et les chaises de manière à ce qu'aucune personne ne soit dos aux animatrices et prévoir une aire de repos adjacente à la salle où a lieu la formation, car certaines femmes vivant avec le VIH ont des pertes d'énergie.

Ces recommandations doivent être tenues en compte dans les étapes ultérieures liées au projet. À cet effet, l'équipe de recherche prévoit réaliser un guide de formation assurant l'implantation du programme d'intervention à une plus grande échelle (nationale et internationale). Ce guide est primordial pour l'uniformité et la globalisation du programme.

#### 6.5 Limites de l'évaluation

Bien que la formation provinciale ait généré de nombreux résultats significatifs, son évaluation comporte tout de même certaines limites. Tout d'abord, il est important de mentionner que seuls les effets à court terme de la formation provinciale ont été évalués. Il devient alors difficile de conclure que les différents acquis obtenus par les participantes seront conservés à long terme. Toutefois, afin de maintenir ces effets à long terme, du soutien et de l'encadrement seront offerts aux participantes par la coordonnatrice de l'étude facilitant ainsi l'implantation et l'animation du programme dans les différents milieux.

Il faut également être prudent quant à une généralisation possible des résultats, car l'échantillon comprend des biais de sélection importants. En effet, les participantes ayant assisté à la formation provinciale ont été choisies par les directeurs généraux comme étant des candidates de choix permettant l'implantation et l'animation du programme. Elles possédaient donc d'emblée différentes compétences d'intervention en lien avec la problématique. Dans la même veine, il est important de mentionner que l'échantillon comprend davantage d'intervenantes (n=15) que de bénévoles (n=11), le recrutement des bénévoles semble avoir été plus difficile. Il y a donc une surreprésentation des intervenantes par rapport aux bénévoles, ce qui peut avoir influencé les résultats.

L'évaluation des attitudes des participants par l'entremise d'un questionnaire ayant été difficile, la question d'évaluation de cette variable gagnerait à être enrichie au plan méthodologique et technique. Par le fait même, il serait intéressant d'explorer en profondeur

de nouvelles avenues et méthodes d'évaluation des attitudes complémentaires, voire de créer un nouvel outil d'évaluation.

Dans une perspective quantitative, l'échantillon restreint de l'étude n'a pas permis de réaliser des analyses statistiques complexes. Un échantillon plus imposant, ainsi que l'inclusion d'un groupe témoin auraient amélioré la validité interne du devis et sa capacité à déceler des effets significatifs. Toutefois, ce type de devis n'était pas particulièrement essentiel, ni légitime, dans le contexte de la présente étude. Néanmoins, l'analyse de la plénière évaluative a permis de comprendre et de compléter les résultats quantitatifs obtenus. Certes, le volet qualitatif, semble avoir une valeur limitée en soi, mais il s'est avéré riche et très utile.

Une autre limite réside dans l'implication de la coordonnatrice au sein de l'étude, cette dernière ayant assuré à la fois la conception, l'animation et l'évaluation de la formation provinciale. De nombreuses mesures ont été mises en œuvre afin qu'elle préserve son objectivité et une distance, notamment une validation continue auprès de la chercheuse principale de l'étude, des co-chercheurs et des membres du comité de travail pour chacune des étapes de l'étude. Dans un premier temps, le développement des instruments de collecte de données s'est effectué en collaboration avec la chercheuse principale de l'étude. Ensuite, la coordonnatrice a demandé aux membres du comité de travail de valider le contenu et voir si le langage utilisé était bien vulgarisé. Des modifications ont été apportées suite à ces commentaires par la coordonnatrice et ont été approuvées par la chercheuse principale. En ce qui a trait à l'analyse des données quantitatives et qualitatives, la coordonnatrice a fait appel à l'expertise de la chercheuse principale, d'une co-chercheuse ainsi que d'une agente de recherche pour valider le travail réalisé et ainsi s'assurer que les résultats de cette évaluation n'étaient pas teintés par la position qu'elle occupe au sein de l'étude.

En prenant en considération les différentes limites présentées, il est donc possible de conclure avec prudence, mais avec une certaine confiance, que la formation a atteint ses objectifs à court terme, les hypothèses de recherche ayant été également soutenues, à des degrés divers, cependant.

## 6.6 Implications pour l'intervention sexologique

Compte tenu des résultats de l'évaluation de la formation provinciale, il semble essentiel de développer des formations ayant comme objectif l'amélioration des connaissances des intervenant(e)s œuvrant auprès de personnes aux prises avec différentes maladies infectieuses ou chroniques, sachant que de telles infections peuvent avoir des conséquences considérables sur la qualité de vie de ces individus, particulièrement en ce qui a trait à leur vie sexuelle. De telles formations pourraient mener à l'élimination d'informations erronées et, par le fait même, à la réduction de fausses croyances pouvant avoir un impact considérable sur les attitudes des intervenant(e)s (et des bénévoles) envers la clientèle, affectant ainsi la qualité des soins et des services.

L'utilisation de *l'empowerment* et du renforcement des capacités comme modèles d'enseignement structurant la formation d'intervenant(e)s a eu des retombées positives autant chez les intervenantes que chez les bénévoles. Il semble alors important de réaliser davantage de formations sous-tendant ces différentes approches, car par l'utilisation de ces différents modèles, les individus sont amenés à exercer un contrôle sur l'action et à reconnaître qu'ils détiennent les habiletés leur permettant d'exercer ce pouvoir. Une telle reconnaissance peut contribuer à une augmentation de l'estime et de la confiance en soi. Il s'agit d'acquis pouvant se transposer dans leur vie sexuelle, notamment lorsqu'il est question de la négociation du port du condom ou dans tous autres contextes nécessitant l'affirmation de soi.

## 6.7 Pistes de recherches futures

Compte tenu de la place importante accordée aux membres du milieu communautaire (i.e. intervenantes et bénévoles), dans le cadre de la présente étude, et des retombées positives attribuées à une telle implication, il serait intéressant de reproduire l'expérience en utilisant de nouveaux indicateurs, notamment évaluer les effets d'une telle formation sur les comportements des intervenant(e)s à long terme (ex.: six mois après leur participation à la formation). Il serait également intéressant de répéter le processus, afin d'évaluer si l'utilisation de *l'empowerment* et du renforcement des capacités, dans le cadre de la formation d'intervenant(e)s et de bénévoles, comme cadres conceptuels, auraient les mêmes retombées dans des études évaluant des problématiques autres que celle de l'infection au VIH

(ex.: infections transmissibles sexuellement, infections respiratoires, troubles de santé mental, etc.). Finalement, dans cette même veine, il serait également intéressant d'évaluer les effets d'une formation à l'intention d'intervenants (et de bénévoles) ayant à implanter et à animer un programme d'intervention par l'entremise d'un devis randomisé (i.e. groupe contrôle et groupe témoin). L'évaluation des effets serait alors beaucoup plus précise et rigoureuse.

## CONCLUSION

Le présent mémoire a proposé l'évaluation des effets à court terme de la formation provinciale relative au programme d'intervention « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés ». Cette formation a été offerte à des intervenantes et des femmes vivant avec le VIH issues des quatre coins de la province de Québec. Elle semble avoir atteint certains de ses objectifs. En effet, elle a contribué à l'amélioration des connaissances des participantes relativement aux aspects légaux liés au dévoilement de l'infection au VIH. Il s'agit d'un aspect majeur à consolider, compte tenu de la polémique entourant cette problématique dans la province de Québec (Vézina, 2008a; Vézina, 2008b; Vézina, 2008c). Elle a également eu un impact positif significatif quant au sentiment d'efficacité personnelle des participantes à l'égard de l'implantation et de l'animation du programme. En revanche, la formation ne semble pas avoir eu d'influence sur les attitudes des participantes. Celles-ci faisaient preuve d'attitudes favorables envers les femmes vivant avec le VIH, et ce, avant même leur participation à la formation. Toutefois, elle a généré une prise de conscience chez certaines participantes à l'effet que le non dévoilement peut s'avérer être une option envisageable, le dévoilement n'étant pas la seule et unique solution possible dans un contexte où cette question se pose.

Les analyses qualitatives réalisées sur les propos des participantes permettent de conclure que la formation provinciale a contribué à l'*empowerment* individuel de ces femmes et au renforcement de leurs capacités. En effet, lors de cette formation, la participation des femmes ayant été sollicitée et valorisée, ceci a sans doute contribué au développement de compétences pratiques (tel la création d'un réseau de soutien), d'une estime d'elles-mêmes et d'une conscience critique face à l'épineuse question du dévoilement (Labonte et Laverack, 2001; Ninacs, 2008).

La formation provinciale « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés » constitue la première étape d'un processus d'appropriation et de prise en charge des femmes qui auront à implanter le

programme à travers la province de Québec, ceci, afin de venir en aide à d'autres femmes vivant avec le VIH. De l'encadrement et du soutien, offerts par les membres de l'équipe de recherche, seront mises en place, afin de consolider et de renforcer ce sentiment d'appropriation.

À plus long terme, la tenue d'un forum communautaire (2010) et la réalisation d'un ouvrage collectif (2011) permettront aux femmes vivant avec le VIH ayant participé au projet et ce, depuis le tout début, de témoigner de leur expérience. Ainsi, elles seront en mesure de venir en aide à d'autres femmes vivant avec le VIH confrontées à cette délicate question qu'est le dévoilement et le non-dévoilement de l'infection au VIH et par le fait même, de leur offrir des outils leur permettant de faire face à de telles situations.

APPENDICE A

HORAIRE

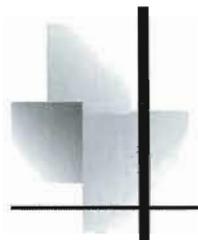


Image: Pauline Curadeau

**« Pouvoir partager/ Pouvoirs partagés »**  
(Formation du 23 et 24 octobre 2008)

Jour 1 (Jeudi le 23 octobre 2008)	
9h - 9h15	Accueil
9h15 - 9h30	Présentation de la chercheuse principale, de la coordonnatrice du projet et des membres du comité « Pouvoirs partagés ».
9h30 - 10h30	Activité « Clarification de valeurs »
10h30 - 11h30	Présentation « Mythes et réalités » → Prévention et VIH → Traitement(s) et VIH → Considérations légales et VIH
11h30 - 12h30	Explications relatives au programme « Pouvoir partager/ Pouvoirs partagés »
12h30 - 13h30	<i>DÎNER</i>
13h30 - 16h30	Explication et expérimentation des différentes activités du programme « Pouvoir partager/ Pouvoirs partagés »
16h30 - 17h	Évaluation de la journée



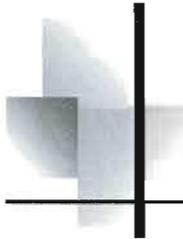


Image: Pauline Curadeau

**« Pouvoir partager/ Pouvoirs partagés »**  
(Formation du 23 et 24 octobre 2008)

<b>Jour 2</b> (Vendredi le 24 octobre 2008)	
9h – 9h15	Accueil
9h15 – 12h15	Explication et expérimentation des différentes activités du programme « Pouvoir partager/ Pouvoirs partagés »
12h15 – 12h30	Retour sur les différentes activités du programme
12h30 – 13h30	<i>DÎNER</i>
13h30 – 14h30	Activité « Clarification de valeurs »
14h30 – 15h30	Discussion sur les barrières et les facteurs facilitants l'implantation du programme
15h30 – 17h	Évaluation des deux journées de formation → Plénière → Fiche d'appréciation



APPENDICE B

LETTRE EXPLICATIVE

Octobre 2008

**LETTRE EXPLICATIVE**

**Objet: Participation à l'étude relative au programme**  
**« Pouvoir partager/ Pouvoirs partagés »**

**Programme « Pouvoir partager/ Pouvoirs partagés »**

Le programme « Pouvoir partager/ Pouvoirs partagés » met l'accent sur la question entourant le dévoilement, chez les femmes vivant avec le VIH. Par conséquent, ce programme ne fait pas la promotion du dévoilement ou du non dévoilement du statut sérologique. Au contraire, il tend à susciter la réflexion et le développement (ou le maintien) du contrôle exercé par les femmes, de sorte à ce que celles-ci prennent des décisions de manière réfléchie et proactive, concernant la divulgation ou la non divulgation de leur statut sérologique.

**But et participation**

Dans le cadre de la présente étude, nous sollicitons votre participation, car nous désirons évaluer la formation à laquelle vous allez assister. Pour ce faire, vous devrez remplir un questionnaire avant et après la formation. Lors de la formation, vous devrez également participer à une plénière évaluative qui sera enregistrée sur des bandes audio.

**Avantages et inconvénients**

Grâce à votre contribution, nous serons en mesure d'évaluer la formation et d'y apporter les améliorations nécessaires.

Les inconvénients associés à cette étude correspondent principalement au temps requis pour compléter les deux questionnaires. Certaines situations peuvent également soulever des préoccupations. Si tel est le cas, nous pourrions vous donner accès à des ressources, ces dernières pourront vous venir en aide.

**Droits des participantes, confidentialité et anonymat**

Votre participation est volontaire. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. Vous pouvez également vous retirer de l'étude à tout moment et ce, sans qu'aucun préjudice ne soit porté à votre égard. En ce qui a trait à la confidentialité des données, les données recueillies demeureront anonymes; un code non nominal sera utilisé afin de permettre le jumelage des données prétest et post-test. Également, les informations enregistrées pouvant mener à l'identification d'un(e) participant(e) ne seront pas prises en considération, lors de la transcription des données. Tout le matériel ainsi que les informations

amassées, dans le cadre de la présente étude, seront conservés sous clé dans le bureau de recherche de Mme Joanne Otis à la *Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé*. Ces derniers seront détruits un an après la fin de l'étude.

Si vous avez des questions, vous pouvez contacter la chercheuse principale de cette étude, en l'occurrence Mme Joanne Otis. Vous pouvez la rejoindre par téléphone au: (514) 987-3000 poste 7874 ou à l'adresse suivante: [otis.joanne@uqam.ca](mailto:otis.joanne@uqam.ca)

Cette recherche a été approuvée par le Comité d'éthique de l'UQAM. Si vous avez des questions, concernant la responsabilité des chercheurs quant aux considérations éthiques de la présente étude ou vous désirez formuler une plainte, vous pouvez contacter le président du comité d'éthique à la recherche, M. Joseph Josy Lévy au 987-3000 poste 4483 ou à l'adresse suivante: [levy.joseph.josy@uqam.ca](mailto:levy.joseph.josy@uqam.ca)

***Chercheuse principale***

Joanne Otis  
(514) 987-3000 poste 7874  
[otis.joanne@uqam.ca](mailto:otis.joanne@uqam.ca)

***Coordonnatrice de l'étude***

Caroline Racicot  
(514) 987-3000 poste 1374  
[racicot.caroline@uqam.ca](mailto:racicot.caroline@uqam.ca)

APPENDICE C

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

**UQAM** **Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé**  
Université du Québec à Montréal Faculté des sciences de l'éducation  
UQAM  
C.P. 8888, Succ. Centre-Ville  
Montréal (Québec)  
H3C 3P8

Octobre 2008

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**

***Formation provinciale adressée aux intervenants(es) ayant à implanter  
« Pouvoir partager/Pouvoirs partagés », un programme  
à l'intention des femmes vivant avec le VIH***

**Objectifs de la recherche**

Je connais la nature de cette étude dont le but consiste à évaluer la formation relative au programme « Pouvoir partager/ Pouvoirs partagés ».

**Procédures de la recherche**

Ma contribution à ce projet consiste à remplir deux questionnaires, soit un avant et l'autre après la formation. Il s'agit également de participer à la plénière évaluative ayant lieu à la toute fin de la formation. Ma participation est **libre et volontaire**. Ceci fait en sorte que je peux me retirer de la recherche, à tout moment, si je le juge nécessaire.

Toutes les informations issues des questionnaires et de la plénière seront **confidentielles** et aucune ne permettra qu'on m'identifie.

**Avantages et bénéfices**

Ma collaboration permettra à l'équipe de recherche d'évaluer la formation et de la bonifier.

**Risques et inconvénients**

Il se peut que le temps requis pour remplir le questionnaire m'importune.

Il se peut que certaines situations soulèvent des préoccupations ou un bouleversement, pendant ou après la formation.

**Adhésion au projet et signatures**

J'ai lu et compris le contenu de la lettre explicative et du présent formulaire. Par ma signature, je soussignée, accepte de participer au projet de recherche de Mme Joanne Otis.

---

Signature du participant

---

Témoin

---

Date

APPENDICE D

QUESTION PRÉTEST



**SECTION 1**

**Les prochaines questions serviront à décrire les participants(es) à la formation. Ces informations demeureront strictement confidentielles.**

- 1.1 Êtes-vous:  âgé(e) entre 18 et 30 ans?  âgé(e) entre 41 et 50 ans?  
 âgé(e) entre 31 et 40 ans?  âgé(e) de 50 ans et plus?
- 1.2 Actuellement, êtes-vous:  célibataire?  mariée?  
 en union de fait?  autre (précisez): \_\_\_\_\_
- 1.3 Quel est votre plus haut niveau de scolarité complété?
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> études primaires   | <input type="checkbox"/> études universitaires     |
| <input type="checkbox"/> études secondaires | <input type="checkbox"/> autres (spécifiez): _____ |
| <input type="checkbox"/> études collégiales |  |
- 1.4 Êtes-vous une personne vivant avec le VIH?
- oui → Depuis combien de temps avez-vous été diagnostiqué(e)? \_\_\_\_\_  
 non
- 1.5 Êtes-vous impliqué(e) au sein des organismes communautaires ou des institutions offrant des services auprès des femmes vivant avec le VIH?
- oui (**cochez les services dans lesquels vous êtes impliqué(e)**)  
 non (**allez à la question 1.6**)
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> services d'ordre psychologique                 | <input type="checkbox"/> services d'accompagnement ou de transport                 |
| <input type="checkbox"/> service de ligne d'écoute téléphonique         | <input type="checkbox"/> services de garderie                                      |
| <input type="checkbox"/> services d'ordre juridique ou légal            | <input type="checkbox"/> services d'hébergement de courte ou de longue durée       |
| <input type="checkbox"/> services d'aide à domicile                     | <input type="checkbox"/> services d'orientation pour un emploi ou pour les loisirs |
| <input type="checkbox"/> services d'un programme d'échange de seringues | <input type="checkbox"/> groupe de soutien pour les personnes vivant avec le VIH   |
| <input type="checkbox"/> autres ( <b>précisez</b> ): _____              |  |
- 1.6 Êtes-vous un(e) intervenant(e) rémunéré(e)?
- oui  
 non (**allez directement à la Section 2**)
- 1.7 Dans quel(s) domaine(s) avez-vous été formé(e)?
- \_\_\_\_\_

1. 8 Pendant combien d'années avez-vous travaillé auprès des femmes vivant avec le VIH?

\_\_\_\_\_

1.9 Dans quelle région administrative travaillez-vous présentement?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 01 Bas-Saint-Laurent       | <input type="checkbox"/> 10 Nord-du-Québec               |
| <input type="checkbox"/> 02 Saguenay-Lac-Saint-Jean | <input type="checkbox"/> 11 Gaspésie-île-de-la-Madeleine |
| <input type="checkbox"/> 03 Capitale-Nationale      | <input type="checkbox"/> 12 Chaudière-Appalaches         |
| <input type="checkbox"/> 04 Mauricie                | <input type="checkbox"/> 13 Laval                        |
| <input type="checkbox"/> 05 Estrie                  | <input type="checkbox"/> 14 Lanaudière                   |
| <input type="checkbox"/> 06 Montréal                | <input type="checkbox"/> 15 Laurentides                  |
| <input type="checkbox"/> 07 Outaouais               | <input type="checkbox"/> 16 Montérégie                   |
| <input type="checkbox"/> 08 Abitibi-Témiscamingue   | <input type="checkbox"/> 17 Centre-du-Québec             |
| <input type="checkbox"/> 09 Côte-Nord               | <input type="checkbox"/> 18 Nunavut                      |

1.10 Pour quel type d'organisme travaillez-vous présentement?

- CLSC
- organisme communautaire
- autre (précisez): \_\_\_\_\_

1.11 Quel poste occupez-vous présentement?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> animateur / animatrice                                   | <input type="checkbox"/> médecin                  |
| <input type="checkbox"/> coordonnateur / coordonnatrice                           | <input type="checkbox"/> infirmier / infirmière   |
| <input type="checkbox"/> travailleur social / travailleuse sociale                | <input type="checkbox"/> psychologue              |
| <input type="checkbox"/> organisateur communautaire / organisatrice communautaire | <input type="checkbox"/> sexologue                |
| <input type="checkbox"/> agent(e) de relations humaines                           | <input type="checkbox"/> autre (spécifiez): _____ |
| <input type="checkbox"/> éducateur / éducatrice                                   |   |

1.12 Avez-vous déjà eu de la formation sur la question du dévoilement?

- oui
- non

1.13 Avez-vous déjà consulté certains documents (écrits ou autres) sur la question du dévoilement?

- jamais
- quelques fois
- souvent

<b>SECTION 2</b>
------------------

Pour chacun des énoncés suivants, indiquez votre réponse par V (vrai), F (faux), ? (je ne le sais pas).

- |   | V                        | F                        | ?                        |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>2.1 Prévention et VIH:</b>   |                          |                          |                          |
| 2.1.1 Lorsque deux personnes infectées par le VIH ont des relations sexuelles entre elles sans condom, elles mettent leur santé en danger.                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.1.2 Une personne infectée par le VIH a plus de risques de contracter une infection transmissible sexuellement (ITS), qu'une personne non infectée par le VIH. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>2.2 Traitements liés au VIH:</b>   |                          |                          |                          |
| 2.2.1 Les traitements contre le VIH augmentent la charge virale.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.2.2 Les traitements contre le VIH aident à empêcher la diminution du nombre de CD4.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.2.3 L'incapacité de prendre sa médication correctement peut occasionner des résistances médicamenteuses.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.2.4 Il est possible que certains médicaments cessent d'agir efficacement, s'ils sont pris pendant plusieurs années.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.2.5 Il est recommandé de débiter son traitement, lorsque le nombre de CD4 se situe entre 200 et 350.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.2.6 Tous les individus qui sont sous traitements subissent les effets secondaires de ces médicaments  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2.3 Considérations légales et VIH:

	V	F	?
2.3.1 Une personne vivant avec le VIH a l'obligation légale de dévoiler sa séropositivité à son partenaire sexuel avant d'avoir des relations sexuelles, même si le condom sera utilisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3.2 Une personne vivant avec le VIH ayant eu des relations sexuelles sans condom et sans avoir dévoilé sa séropositivité, peut être accusée d'infractions, telles: meurtres, tentative de voies de fait, voies de fait graves, nuisance publique et agression sexuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3.3 Une personne vivant avec le VIH a l'obligation légale de dévoiler sa séropositivité à son enfant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3.4 Une personne vivant avec le VIH a l'obligation légale de dévoiler sa séropositivité à son employeur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3.5 Une personne vivant avec le VIH a l'obligation légale de dévoiler sa séropositivité à un(e) professionnel(le) de la santé (ex.: médecin, dentiste, infirmier).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3.6 Une personne vivant avec le VIH a l'obligation légale de dévoiler sa séropositivité, si elle s'injecte avec une seringue et la prête à une autre personne sans la nettoyer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3.7 Les intervenants(es) oeuvrant auprès des personnes vivant avec le VIH ont l'obligation légale de signaler la séropositivité de leurs clients.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SECTION 3**

**Pour chacun des énoncés suivants, indiquez dans quelle mesure vous êtes en accord ou non avec ces derniers. Répondez en cochant la réponse correspondant à votre position.**

3.1 Je crois qu'il est inutile qu'une femme vivant avec le VIH fasse part de son infection à son partenaire sexuel, si le condom est utilisé.

Totalem en désaccord    Très en désaccord    Plutôt en désaccord    Ni l'un, ni l'autre    Plutôt en accord    Très en accord    Totalem en accord

3.2 Je considère que les femmes infectées par le VIH sont responsables de leur sort

Totalem en désaccord    Très en désaccord    Plutôt en désaccord    Ni l'un, ni l'autre    Plutôt en accord    Très en accord    Totalem en accord

3.3 Je crois que le dévoilement est la meilleure décision, peu importe les conséquences négatives ou positives en découlant.

Totalem en désaccord    Très en désaccord    Plutôt en désaccord    Ni l'un, ni l'autre    Plutôt en accord    Très en accord    Totalem en accord

3.4 Pour moi, c'est comme un crime quand une personne vivant avec le VIH transmet cette infection à une autre personne.

Totalem en désaccord    Très en désaccord    Plutôt en désaccord    Ni l'un, ni l'autre    Plutôt en accord    Très en accord    Totalem en accord

3.5 Personnellement, je crois qu'une personne vivant avec le VIH n'a pas à dévoiler son statut sérologique à son employeur et ce, peu importe l'emploi qu'elle occupe.

Totalem en désaccord    Très en désaccord    Plutôt en désaccord    Ni l'un, ni l'autre    Plutôt en accord    Très en accord    Totalem en accord

3.6 Je considère que toute femme vivant avec le VIH devrait avoir la possibilité de mettre au monde un enfant.

Totalem en désaccord    Très en désaccord    Plutôt en désaccord    Ni l'un, ni l'autre    Plutôt en accord    Très en accord    Totalem en accord

3.7 Je crois qu'il est important que toute femme vivant avec le VIH dévoile son statut sérologique à ses enfants, peu importe leur âge.

Totalement en désaccord   Très en désaccord   Plutôt en désaccord   Ni l'un, ni l'autre   Plutôt en accord   Très en accord   Totalement en accord

3.8 Je crois qu'offrir des traitements antirétroviraux aux femmes vivant avec le VIH qui s'injectent des drogues constitue une perte de temps et de ressources.

Totalement en désaccord   Très en désaccord   Plutôt en désaccord   Ni l'un, ni l'autre   Plutôt en accord   Très en accord   Totalement en accord

3.9 Je considère qu'une personne vivant avec le VIH devrait garder secrète son infection au VIH, afin de ne pas être victime de rejet et de discrimination.

Totalement en désaccord   Très en désaccord   Plutôt en désaccord   Ni l'un, ni l'autre   Plutôt en accord   Très en accord   Totalement en accord

## SECTION 4

Pour chacun des énoncés suivants, indiquez dans quelle mesure vous vous sentez capable ou non d'exécuter ce qui est proposé, en ce qui a trait à l'animation éventuelle du programme « Pouvoir partager/ Pouvoirs partagés ». Répondez en cochant la réponse correspondant à votre position actuelle.

*Dans quelle mesure vous vous sentez capable de....*

4.1 Établir un premier contact avec les participantes.

Totalement capable   
  Très capable   
  Plutôt capable   
  Ni l'un, ni l'autre   
  Plutôt incapable   
  Très incapable   
  Totalement incapable

4.2 Faire réaliser aux participantes l'importance de s'engager dans le programme.

Totalement capable   
  Très capable   
  Plutôt capable   
  Ni l'un, ni l'autre   
  Plutôt incapable   
  Très incapable   
  Totalement incapable

4.3 Appliquer les consignes pour chacune des activités.

Totalement capable   
  Très capable   
  Plutôt capable   
  Ni l'un, ni l'autre   
  Plutôt incapable   
  Très incapable   
  Totalement incapable

4.4 Assurer la gestion du groupe.

Totalement capable   
  Très capable   
  Plutôt capable   
  Ni l'un, ni l'autre   
  Plutôt incapable   
  Très incapable   
  Totalement incapable

4.5 Répondre aux questions des participantes.

Totalement capable   
  Très capable   
  Plutôt capable   
  Ni l'un, ni l'autre   
  Plutôt incapable   
  Très incapable   
  Totalement incapable

4.6 Aider les femmes à reconnaître les contextes dans lesquels il serait souhaitable pour elles-mêmes de dévoiler.

Totalement capable   
  Très capable   
  Plutôt capable   
  Ni l'un, ni l'autre   
  Plutôt incapable   
  Très incapable   
  Totalement incapable

4.7 Aider les participantes à évaluer les pour et les contre du dévoilement dans différents contextes.

Totalem  
capable    Très  
capable    Plutôt  
capable    Ni l'un, ni l'autre    Plutôt  
incapable    Très  
incapable    Totalem  
incapable

4.8 Aider les participantes à planifier des stratégies liées au dévoilement de leur statut sérologique.

Totalem  
capable    Très  
capable    Plutôt  
capable    Ni l'un, ni l'autre    Plutôt  
incapable    Très  
incapable    Totalem  
incapable

4.9 Identifier des moyens permettant aux participantes de réinvestir leurs acquis dans d'autres contextes où il est souhaitable qu'elles dévoilent leur séropositivité.

Totalem  
capable    Très  
capable    Plutôt  
capable    Ni l'un, ni l'autre    Plutôt  
incapable    Très  
incapable    Totalem  
incapable

4.10 Aider les femmes à reconnaître les contextes dans lesquels il serait souhaitable pour elles-mêmes de garder le secret.

Totalem  
capable    Très  
capable    Plutôt  
capable    Ni l'un, ni l'autre    Plutôt  
incapable    Très  
incapable    Totalem  
incapable

4.11 Aider les participantes à évaluer les pour et les contre du non-dévoilement dans différents contextes.

Totalem  
capable    Très  
capable    Plutôt  
capable    Ni l'un, ni l'autre    Plutôt  
incapable    Très  
incapable    Totalem  
incapable

4.12 Aider les participantes à planifier des stratégies liées au non-dévoilement de leur statut sérologique

Totalem  
capable    Très  
capable    Plutôt  
capable    Ni l'un, ni l'autre    Plutôt  
incapable    Très  
incapable    Totalem  
incapable

4.13 Identifier des moyens permettant aux participantes de réinvestir leurs acquis dans d'autres contextes où il est souhaitable qu'elles gardent le secret quant à leur séropositivité.

Totalem  
capable    Très  
capable    Plutôt  
capable    Ni l'un, ni l'autre    Plutôt  
incapable    Très  
incapable    Totalem  
incapable

4.14 Aider les participantes à prendre la meilleure décision possible pour elles-mêmes dans chaque contexte

Totalem  
capable

Très  
capable

Plutôt  
capable

Ni l'un, ni l'autre

Plutôt  
incapable

Très  
incapable

Totalem  
incapable

## SECTION 5

Pour chacun des énoncés suivants, indiquez dans quelle mesure vous vous sentez capable ou non d'exécuter ce qui est proposé, en ce qui a trait à l'implantation éventuelle du programme « Pouvoir partager/ Pouvoirs partagés ». Répondez en cochant la réponse correspondant à votre position actuelle.

*Dans quelle mesure vous vous sentez capable de....*

5.1 Faire la promotion du programme.

Totalement capable   
  Très capable   
  Plutôt capable   
  Ni l'un, ni l'autre   
  Plutôt incapable   
  Très incapable   
  Totalement incapable

5.2 Recruter un nombre suffisant de participantes (entre 4 et 10).

Totalement capable   
  Très capable   
  Plutôt capable   
  Ni l'un, ni l'autre   
  Plutôt incapable   
  Très incapable   
  Totalement incapable

5.3 Adapter le programme en fonction de la réalité de mon organisme (ex.: intervention individuelle, retraite fermée, etc).

Totalement capable   
  Très capable   
  Plutôt capable   
  Ni l'un, ni l'autre   
  Plutôt incapable   
  Très incapable   
  Totalement incapable

5.4 Obtenir du soutien moral de mon supérieur immédiat.

Totalement capable   
  Très capable   
  Plutôt capable   
  Ni l'un, ni l'autre   
  Plutôt incapable   
  Très incapable   
  Totalement incapable

5.5 Obtenir du soutien financier de mon supérieur immédiat.

Totalement capable   
  Très capable   
  Plutôt capable   
  Ni l'un, ni l'autre   
  Plutôt incapable   
  Très incapable   
  Totalement incapable

5.6 Avoir le temps nécessaire pour animer le programme.

Totalement capable   
  Très capable   
  Plutôt capable   
  Ni l'un, ni l'autre   
  Plutôt incapable   
  Très incapable   
  Totalement incapable

5.7 Trouver un(e) co-animateur(trice).

Totalem  
capable    Très  
capable    Plutôt  
capable    Ni l'un, ni l'autre    Plutôt  
incapable    Très  
incapable    Totalem  
incapable

5.8 Trouver une plage horaire faisant l'affaire de chacune des participantes.

Totalem  
capable    Très  
capable    Plutôt  
capable    Ni l'un, ni l'autre    Plutôt  
incapable    Très  
incapable    Totalem  
incapable

5.9 Avoir accès à un local.

Totalem  
capable    Très  
capable    Plutôt  
capable    Ni l'un, ni l'autre    Plutôt  
incapable    Très  
incapable    Totalem  
incapable

5.10 Avoir accès au matériel nécessaire (ex.: crayons, ciseaux, colles, etc)

Totalem  
capable    Très  
capable    Plutôt  
capable    Ni l'un, ni l'autre    Plutôt  
incapable    Très  
incapable    Totalem  
incapable

5.11 Protéger l'anonymat des participantes assistant au programme.

Totalem  
capable    Très  
capable    Plutôt  
capable    Ni l'un, ni l'autre    Plutôt  
incapable    Très  
incapable    Totalem  
incapable

MERCI DE VOTRE COLLABORATION!

Si vous avez des commentaires et/ou des questions, inscrivez-les ici: \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---



---



---

APPENDICE E

QUESTIONNAIRE POST-TEST

## QUESTIONNAIRE (T2)

**Questionnaire d'appréciation de la formation provinciale relative au programme  
« Pouvoir partager/Pouvoirs partagés »**

COMPOSER À NOUVEAU VOTRE CODE PERSONNEL

- o Additionnez le jour, le mois et les deux derniers chiffres de l'année de votre naissance pour obtenir les deux (ou les trois) premiers chiffres.

Exemple: 14 février 1958 → Jour: 14  
→ Mois: 2  
→ Année: 58

\* Reportez le total ici:

-----  
Total: 74 \*

- o Inscrivez les deux derniers chiffres de votre numéro de téléphone à la maison (ex.: 555-2460 = 60)

- o Reportez ces quatre (ou cinq) chiffres qui constituent votre code personnel dans cet espace       
(ex.: 7460)

*\* Il s'agit du code que vous avez utilisé lorsque vous avez rempli le premier questionnaire et la fiche de participation, lors de la formation.*

Ce numéro d'identification, connu de vous seul(e), protège votre anonymat. Il nous permettra, éventuellement, de jumeler vos deux questionnaires, mais sans connaître votre identité.

MERCI DE VOTRE COLLABORATION!



**SECTION 1**

**Cochez toutes les sessions de la formation du 23 et 24 octobre 2008 auxquelles vous étiez présent(e):**

Judi le 23 octobre 2008: en avant-midi

Vendredi le 24 octobre 2008: en avant-midi

en après-midi

en après-midi

**SECTION 2**

**Pour chacun des énoncés suivants, indiquez votre réponse par V (vrai), F (faux), ? (je ne le sais pas).**

- | <u>2.1 Prévention et VIH:</u>   | V                        | F                        | ?                        |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2.1.1 Lorsque deux personnes infectées par le VIH ont des relations sexuelles entre elles sans condom, elles mettent leur santé en danger.                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.1.2 Une personne infectée par le VIH a plus de risques de contracter une infection transmissible sexuellement (ITS), qu'une personne non infectée par le VIH. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <br><u>2.2 Traitements liés au VIH:</u>   |                          |                          |                          |
| 2.2.1 Les traitements contre le VIH augmentent la charge virale.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.2.2 Les traitements contre le VIH aident à empêcher la diminution du nombre de CD4.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.2.3 L'incapacité de prendre sa médication correctement peut occasionner des résistances médicamenteuses.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.2.4 Il est possible que certains médicaments cessent d'agir efficacement, s'ils sont pris pendant plusieurs années.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.2.5 Il est recommandé de débiter son traitement, lorsque le nombre de CD4 se situe entre 200 et 350.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.2.6 Tous les individus qui sont sous traitements subissent les effets secondaires de ces médicaments.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2.3 <u>Considérations légales et VIH:</u>	V	F	?
2.3.1 Une personne vivant avec le VIH a l'obligation légale de dévoiler sa séropositivité à son partenaire sexuel avant d'avoir des relations sexuelles, même si le condom sera utilisé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3.2 Une personne vivant avec le VIH ayant eu des relations sexuelles sans condom et sans avoir dévoilé sa séropositivité, peut être accusée d'infractions, telles: meurtres, tentative de voies de fait, voies de fait graves, nuisance publique et agression sexuelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3.3 Une personne vivant avec le VIH a l'obligation légale de dévoiler sa séropositivité à son enfant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3.4 Une personne vivant avec le VIH a l'obligation légale de dévoiler sa séropositivité à son employeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3.5 Une personne vivant avec le VIH a l'obligation légale de dévoiler sa séropositivité à un(e) professionnel(le) de la santé (ex.: médecin, dentiste, infirmier).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3.6 Une personne vivant avec le VIH a l'obligation légale de dévoiler sa séropositivité, si elle s'injecte avec une seringue et la prête à une autre personne sans la nettoyer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3.7 Les intervenants(es) oeuvrant auprès des personnes vivant avec le VIH ont l'obligation légale de signaler la séropositivité de leurs clients.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SECTION 3**

**Pour chacun des énoncés suivants, indiquez dans quelle mesure vous êtes en accord ou non avec ces derniers. Répondez en cochant la réponse correspondant à votre position.**

3.1 Je crois qu'il est inutile qu'une femme vivant avec le VIH fasse part de son infection à son partenaire sexuel, si le condom est utilisé.

Totalement en désaccord   
  Très en désaccord   
  Plutôt en désaccord   
  Ni l'un, ni l'autre   
  Plutôt en accord   
  Très en accord   
  Totalement en accord

3.2 Je considère que les femmes infectées par le VIH sont responsables de leur sort.

Totalement en désaccord   
  Très en désaccord   
  Plutôt en désaccord   
  Ni l'un, ni l'autre   
  Plutôt en accord   
  Très en accord   
  Totalement en accord

3.3 Je crois que le dévoilement est la meilleure décision, peu importe les conséquences négatives ou positives en découlant.

Totalement en désaccord   
  Très en désaccord   
  Plutôt en désaccord   
  Ni l'un, ni l'autre   
  Plutôt en accord   
  Très en accord   
  Totalement en accord

3.4 Pour moi, c'est comme un crime quand une personne vivant avec le VIH transmet cette infection à une autre personne.

Totalement en désaccord   
  Très en désaccord   
  Plutôt en désaccord   
  Ni l'un, ni l'autre   
  Plutôt en accord   
  Très en accord   
  Totalement en accord

3.5 Personnellement, je crois qu'une personne vivant avec le VIH n'a pas à dévoiler son statut sérologique à son employeur et ce, peu importe l'emploi qu'elle occupe.

Totalement en désaccord   
  Très en désaccord   
  Plutôt en désaccord   
  Ni l'un, ni l'autre   
  Plutôt en accord   
  Très en accord   
  Totalement en accord

3.6 Je considère que toute femme vivant avec le VIH devrait avoir la possibilité de mettre au monde un enfant

Totalement en désaccord   
  Très en désaccord   
  Plutôt en désaccord   
  Ni l'un, ni l'autre   
  Plutôt en accord   
  Très en accord   
  Totalement en accord

3.7 Je crois qu'il est important que toute femme vivant avec le VIH dévoile son statut sérologique à ses enfants, peu importe leur âge.

Totalément en désaccord     Très en désaccord     Plutôt en désaccord     Ni l'un, ni l'autre     Plutôt en accord     Très en accord     Totalément en accord

3.8 Je crois qu'offrir des traitements antirétroviraux aux femmes vivant avec le VIH qui s'injectent des drogues constitue une perte de temps et de ressources.

Totalément en désaccord     Très en désaccord     Plutôt en désaccord     Ni l'un, ni l'autre     Plutôt en accord     Très en accord     Totalément en accord

3.9 Je considère qu'une personne vivant avec le VIH devrait garder secrète son infection au VIH, afin de ne pas être victime de rejet et de discrimination

Totalément en désaccord     Très en désaccord     Plutôt en désaccord     Ni l'un, ni l'autre     Plutôt en accord     Très en accord     Totalément en accord

#### SECTION 4

Pour chacun des énoncés suivants, indiquez dans quelle mesure vous vous sentez capable ou non d'exécuter ce qui est proposé, en ce qui a trait à l'animation du programme, à la suite de la formation « Pouvoir partager/ Pouvoirs partagés ». Répondez en cochant la réponse correspondant à votre position.

*Dans quelle mesure vous vous sentez capable de...*

4.1 Établir un premier contact avec les participantes.

<input type="checkbox"/>						
Totalement capable	Très capable	Plutôt capable	Ni l'un, ni l'autre	Plutôt incapable	Très incapable	Totalement incapable

4.2 Faire réaliser aux participantes l'importance de s'engager dans le programme.

<input type="checkbox"/>						
Totalement capable	Très capable	Plutôt capable	Ni l'un, ni l'autre	Plutôt incapable	Très incapable	Totalement incapable

4.3 Appliquer les consignes pour chacune des activités.

<input type="checkbox"/>						
Totalement capable	Très capable	Plutôt capable	Ni l'un, ni l'autre	Plutôt incapable	Très incapable	Totalement incapable

4.4 Assurer la gestion du groupe.

<input type="checkbox"/>						
Totalement capable	Très capable	Plutôt capable	Ni l'un, ni l'autre	Plutôt incapable	Très incapable	Totalement incapable

4.5 Répondre aux questions des participantes

<input type="checkbox"/>						
Totalement capable	Très capable	Plutôt capable	Ni l'un, ni l'autre	Plutôt incapable	Très incapable	Totalement incapable

4.6 Aider les femmes à reconnaître les contextes dans lesquels il serait souhaitable pour elles-mêmes de dévoiler.

<input type="checkbox"/>						
Totalement capable	Très capable	Plutôt capable	Ni l'un, ni l'autre	Plutôt incapable	Très incapable	Totalement incapable

4.7 Aider les participantes à évaluer les pour et les contre du dévoilement dans différents contextes.

Totalem  
capable    Très  
capable    Plutôt  
capable    Ni l'un, ni l'autre    Plutôt  
incapable    Très  
incapable    Totalem  
incapable

4.8 Aider les participantes à planifier des stratégies liées au dévoilement de leur statut sérologique.

Totalem  
capable    Très  
capable    Plutôt  
capable    Ni l'un, ni l'autre    Plutôt  
incapable    Très  
incapable    Totalem  
incapable

4.9 Identifier des moyens permettant aux participantes de réinvestir leurs acquis dans d'autres contextes où il est souhaitable qu'elles dévoilent leur séropositivité.

Totalem  
capable    Très  
capable    Plutôt  
capable    Ni l'un, ni l'autre    Plutôt  
incapable    Très  
incapable    Totalem  
incapable

4.10 Aider les femmes à reconnaître les contextes dans lesquels il serait souhaitable pour elles-mêmes de garder le secret.

Totalem  
capable    Très  
capable    Plutôt  
capable    Ni l'un, ni l'autre    Plutôt  
incapable    Très  
incapable    Totalem  
incapable

4.11 Aider les participantes à évaluer les pour et les contre du non-dévoilement dans différents contextes.

Totalem  
capable    Très  
capable    Plutôt  
capable    Ni l'un, ni l'autre    Plutôt  
incapable    Très  
incapable    Totalem  
incapable

4.12 Aider les participantes à planifier des stratégies liées au non-dévoilement de leur statut sérologique

Totalem  
capable    Très  
capable    Plutôt  
capable    Ni l'un, ni l'autre    Plutôt  
incapable    Très  
incapable    Totalem  
incapable

4.13 Identifier des moyens permettant aux participantes de réinvestir leurs acquis dans d'autres contextes où il est souhaitable qu'elles gardent le secret quant à leur séropositivité.

Totalem  
capable    Très  
capable    Plutôt  
capable    Ni l'un, ni l'autre    Plutôt  
incapable    Très  
incapable    Totalem  
incapable

4.14 Aider les participantes à prendre la meilleure décision possible pour elles-mêmes dans chaque contexte.

Totalement capable   
  Très capable   
  Plutôt capable   
  Ni l'un, ni l'autre   
  Plutôt incapable   
  Très incapable   
  Totalement incapable

### SECTION 5

Pour chacun des énoncés suivants, indiquez dans quelle mesure vous vous sentez capable ou non d'exécuter ce qui est proposé, en ce qui a trait à l'implantation du programme, à la suite de la formation « Pouvoir partager/ Pouvoirs partagés ». Répondez en cochant la réponse correspondant à votre position actuelle.

*Dans quelle mesure vous vous sentez capable de...*

5.1 Faire la promotion du programme.

Totalement capable   
  Très capable   
  Plutôt capable   
  Ni l'un, ni l'autre   
  Plutôt incapable   
  Très incapable   
  Totalement incapable

5.2 Recruter un nombre suffisant de participantes (entre 4 et 10).

Totalement capable   
  Très capable   
  Plutôt capable   
  Ni l'un, ni l'autre   
  Plutôt incapable   
  Très incapable   
  Totalement incapable

5.3 Adapter le programme en fonction de la réalité de mon organisme (ex.. intervention individuelle, retraite fermée, etc).

Totalement capable   
  Très capable   
  Plutôt capable   
  Ni l'un, ni l'autre   
  Plutôt incapable   
  Très incapable   
  Totalement incapable

5.4 Obtenir du soutien moral de mon supérieur immédiat.

Totalement capable   
  Très capable   
  Plutôt capable   
  Ni l'un, ni l'autre   
  Plutôt incapable   
  Très incapable   
  Totalement incapable

5.5 Obtenir du soutien financier de mon supérieur immédiat.

Totalement capable   
  Très capable   
  Plutôt capable   
  Ni l'un, ni l'autre   
  Plutôt incapable   
  Très incapable   
  Totalement incapable

5.6 Avoir le temps nécessaire pour animer le programme.

Totalement capable   
  Très capable   
  Plutôt capable   
  Ni l'un, ni l'autre   
  Plutôt incapable   
  Très incapable   
  Totalement incapable

5.7 Trouver un(e) co-animateur(trice).

Totalement capable   
  Très capable   
  Plutôt capable   
  Ni l'un, ni l'autre   
  Plutôt incapable   
  Très incapable   
  Totalement incapable

5.8 Trouver une plage horaire faisant l'affaire de chacune des participantes.

Totalement capable   
  Très capable   
  Plutôt capable   
  Ni l'un, ni l'autre   
  Plutôt incapable   
  Très incapable   
  Totalement incapable

5.9 Avoir accès à un local.

Totalement capable   
  Très capable   
  Plutôt capable   
  Ni l'un, ni l'autre   
  Plutôt incapable   
  Très incapable   
  Totalement incapable

5.10 Avoir accès au matériel nécessaire (ex.: crayons, ciseaux, colles, etc).

Totalement capable   
  Très capable   
  Plutôt capable   
  Ni l'un, ni l'autre   
  Plutôt incapable   
  Très incapable   
  Totalement incapable

5.11 Protéger l'anonymat des participantes assistant au programme.

Totalement capable   
  Très capable   
  Plutôt capable   
  Ni l'un, ni l'autre   
  Plutôt incapable   
  Très incapable   
  Totalement incapable

**SECTION 6**

Donnez votre opinion personnelle concernant les énoncés suivants.

*Dans l'ensemble...*

6.1 Je suis satisfait(e) de la formation que j'ai reçue.

Totalément en désaccord   
  Très en désaccord   
  Plutôt en désaccord   
  Ni l'un, ni l'autre   
  Plutôt en accord   
  Très en accord   
  Totalément en accord

6.2 La formation a répondu à mes attentes.

Totalément en désaccord   
  Très en désaccord   
  Plutôt en désaccord   
  Ni l'un, ni l'autre   
  Plutôt en accord   
  Très en accord   
  Totalément en accord

6.3 Je considère avoir appris des choses que j'ignorais auparavant.

Totalément en désaccord   
  Très en désaccord   
  Plutôt en désaccord   
  Ni l'un, ni l'autre   
  Plutôt en accord   
  Très en accord   
  Totalément en accord

6.4 Je suis satisfait(e) du déroulement des deux journées de formation (rythme, organisation, etc.).

Totalément en désaccord   
  Très en désaccord   
  Plutôt en désaccord   
  Ni l'un, ni l'autre   
  Plutôt en accord   
  Très en accord   
  Totalément en accord

6.5 Les thèmes (le contenu) dont on a discuté étaient intéressants et motivants.

Totalément en désaccord   
  Très en désaccord   
  Plutôt en désaccord   
  Ni l'un, ni l'autre   
  Plutôt en accord   
  Très en accord   
  Totalément en accord

6.6 Les thèmes (le contenu) abordés étaient structurés et bien préparés

Totalément en désaccord   
  Très en désaccord   
  Plutôt en désaccord   
  Ni l'un, ni l'autre   
  Plutôt en accord   
  Très en accord   
  Totalément en accord

6.7 Le matériel utilisé (guide d'animation, trousse, matériel de scrapbooking, etc) était pertinent

Totalément en désaccord   
  Très en désaccord   
  Plutôt en désaccord   
  Ni l'un, ni l'autre   
  Plutôt en accord   
  Très en accord   
  Totalément en accord

6.8 J'ai aimé le fait que nous puissions, si nous le voulions, partager nos expériences, notre vécu avec l'ensemble du groupe.

Totalément en désaccord   
  Très en désaccord   
  Plutôt en désaccord   
  Ni l'un, ni l'autre   
  Plutôt en accord   
  Très en accord   
  Totalément en accord

6.9 Je me suis sentie respecté(e) par les autres participants(es) du groupe

Totalément en désaccord   
  Très en désaccord   
  Plutôt en désaccord   
  Ni l'un, ni l'autre   
  Plutôt en accord   
  Très en accord   
  Totalément en accord

6.10 Les animatrices ont été respectueuses envers les participants(es).

Totalément en désaccord   
  Très en désaccord   
  Plutôt en désaccord   
  Ni l'un, ni l'autre   
  Plutôt en accord   
  Très en accord   
  Totalément en accord

6.11 Les animatrices ont bien répondu aux questions.

Totalément en désaccord   
  Très en désaccord   
  Plutôt en désaccord   
  Ni l'un, ni l'autre   
  Plutôt en accord   
  Très en accord   
  Totalément en accord

6.12 Les animatrices ont favorisé les échanges et les discussions.

Totalément en désaccord   
  Très en désaccord   
  Plutôt en désaccord   
  Ni l'un, ni l'autre   
  Plutôt en accord   
  Très en accord   
  Totalément en accord

6.13 Les animatrices avaient les compétences pour donner une formation sur ce programme.

Totalément en désaccord   
  Très en désaccord   
  Plutôt en désaccord   
  Ni l'un, ni l'autre   
  Plutôt en accord   
  Très en accord   
  Totalément en accord

MERCI DE VOTRE COLLABORATION!

Si vous avez des commentaires et/ou des questions, inscrivez-les ici: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

APPENDICE F

PLENIERE ÉVALUATIVE  
(GRILLE DE QUESTIONS)

**Plénière évaluative  
(Grille de questions)**

❖ Objectifs de la formation:

- *Par leur participation à la formation provinciale, les intervenantes et les bénévoles seront amenées à :*
  - 1) Améliorer leurs connaissances relativement à la prévention, aux traitements et aux considérations légales liées au dévoilement du statut sérologique au VIH;
  - 2) Développer une attitude plus favorable à l'égard des femmes vivant avec le VIH;
  - 3) Développer une attitude moins favorable à l'égard du dévoilement du statut sérologique par une femme vivant avec le VIH sans égard aux conséquences ou aux contextes;
  - 4) Acquérir la croyance en leur efficacité personnelle, concernant l'implantation du programme « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés »;
  - 5) Acquérir la croyance en leur efficacité personnelle, concernant l'animation du programme « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés ».

❖ Questions clés pour la plénière:

*Au niveau des effets (i.e. de l'impact réel)*

**1) Quels apprentissages avez-vous tirés au cours de la formation provinciale?**

Questions secondaires:

- Qu'en est-il de vos connaissances relatives à la prévention, aux traitements et aux considérations légales liées au dévoilement du statut sérologique au VIH, suite à la formation? *(Objectif #1)*
- Que pensez-vous des femmes qui décident de dévoiler leur statut sérologique?  
*(Objectifs #2 et #3)*
- Que pensez-vous des femmes qui décident de ne pas dévoiler leur statut sérologique?  
*(Objectifs #2 et #3)*

**2) Comment ces derniers pourront se transposer dans l'implantation et l'animation éventuelles du programme « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés » ?**

Questions secondaires:

- Considérez-vous être en mesure d'implanter le programme? (*Objectif #4*)
  - Avez-vous les ressources humaines nécessaires (ex.: disponibilité de l'intervenant(e) et de la bénéficiaire, etc)?
  - Avez-vous les ressources matérielles nécessaires (ex.: local, tableau, magnétoscope, crayons, scrapbooks, etc).
  - Avez-vous les ressources financières nécessaires (i.e. les fonds pour acheter le matériel, etc).
  - Serez-vous en mesure d'effectuer la promotion et le recrutement des participantes?
- Considérez-vous être en mesure d'animer le programme? (*Objectif #5*)
  - Êtes-vous en mesure de créer un climat favorisant le déroulement du programme ?
  - Êtes-vous en mesure d'assurer le déroulement de chacune des activités?
  - Êtes-vous en mesure de gérer le groupe (ex. : les crises, les femmes qui parlent trop, etc)?

APPENDICE G

APPROBATON DU COMITÉ D'ÉTHIQUE

**UQÀM** Comité institutionnel d'éthique  
de la recherche avec des êtres humains  
Université du Québec à Montréal

Montréal, le 12 mai 2008

Madame Joanne Otis  
Professeure  
Département de sexologie

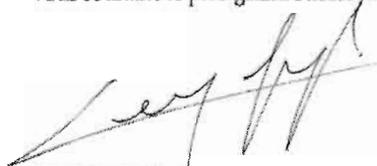
Objet: *Projet de recherche intitulé: «Évaluation de Pouvoir partager/Pouvoirs partagés», financé par les IRSC.*

Chère madame,

Suite au complément d'information reçu et aux recommandations émises par le Comité, il m'est agréable de vous confirmer l'acceptation de votre protocole de recherche au plan éthique. Vous trouverez ci-joint le certificat de conformité à l'éthique émis par le Comité et valide jusqu'au 31 mars 2009.

Le Comité vous demande de lui faire parvenir un bref rapport d'évolution de votre projet au plus tard un mois avant la date d'échéance du présent certificat. Le formulaire utilisé à cette fin est disponible sur le site Web du SRC<sup>1</sup>. Entre-temps, il est de votre responsabilité d'informer le Comité des changements majeurs qui pourraient être apportés à votre projet concernant la participation des sujets.

Le Comité vous remercie d'avoir porté votre demande d'approbation à son attention et vous souhaite le plus grand succès dans la poursuite de vos travaux.



Joseph Josy Lévy, Ph.D.  
Professeur  
Président

<sup>1</sup> <http://www.recherche.uqam.ca/ethique/humains-suivi-continu.htm>

No. 081257

Conformité à l'éthique en matière de recherche impliquant la participation de sujets humains

Le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM a examiné le protocole de recherche suivant :

Responsable(s) du projet : Joanne Otis

Unité : Département de sexologie

Titre du projet : «Évaluation de Pouvoir partager/Pouvoirs partagés»

Étudiant (s) réalisant leurs projets de mémoire ou de thèse dans le cadre du présent projet ou programme :

Caroline Racicot, Étudiante à la maîtrise en sexologie.

Ce protocole de recherche est jugé conforme aux pratiques habituelles et répond aux normes établies par le «Cadre normatif pour l'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM».

Le projet est jugé recevable au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains.

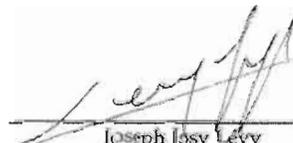
Le présent certificat est valide jusqu'au 31 mars 2009.

Membres du Comité

Marc Bélanger, Directeur, Département de kinanthropologie  
Henriette Bilodeau, Professeure, Département Organisation et ressources humaines  
René Binette, Directeur, Écomusée du fier monde, Représentant de la collectivité  
Shahira Fawzi, Enseignante retraitée de la CSDM, Représentante de la collectivité  
Joseph Josy Lévy, Professeur, Département de sexologie et Institut Santé et Société  
Francine M. Mayer, Professeure, Département des sciences biologiques  
Christian Saint-Germain, Professeur, Département de philosophie  
Jocelyne Thériault, Professeure, Département de sexologie

12 mai 2008

Date

  
Joseph Josy Lévy  
Président

APPENDICE H

LETTRE D'ACCEPTATION - ARTICLE



Québec, le 14 décembre 2009.

Madame Caroline Racicot  
Assistante de recherche  
Projet de recherche "Pouvoir partager/Pouvoirs partagés"  
Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé  
Université du Québec à Montréal

Objet . Acceptation d'un article soumis pour publication à la revue *Passerelles – Cahier de recherches et d'initiatives sociales sur le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités*

Madame Racicot,

Le comité de rédaction de la revue *Passerelles – Cahier de recherches et d'initiatives sociales sur le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités* vous remercie d'avoir soumis un article à la suite de l'appel de textes du premier numéro ayant pour thème « *Faire plus avec moins, comment sortir de cette injonction paradoxale ?* », dont la parution est prévue pour le printemps 2010.

J'ai le plaisir de vous informer que l'article soumis par vous et vos collègues, intitulé « *Évaluation de la formation provinciale des intervenantes et des femmes vivant avec le VIH ayant à implanter « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés », un programme d'empowerment à leur intention* » a été accepté, moyennant quelques modifications mineures. À cet égard, vous retrouverez, jointe à cette lettre, la synthèse des commentaires émis par les personnes qui ont procédé à son évaluation.

Nous vous prions de bien vouloir apporter les modifications à votre article et nous acheminer votre texte d'ici le 15 mars 2010. Également, afin de compléter la présentation des auteures à la suite de votre article, merci de bien vouloir inscrire une courte présentation bibliographique de chacune ainsi qu'une adresse de courrier électronique pour les lecteurs qui seraient éventuellement intéressés à communiquer avec vous. Finalement, veuillez indiquer cinq mots-clés qui caractérisent votre article à la suite de vos résumés en français et en anglais.

En vous remerciant pour votre collaboration, veuillez agréer, Madame Racicot, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Manon Chamberland  
Rédactrice

418-656-2131 poste 3913  
[ladpa@fse.ulaval.ca](mailto:ladpa@fse.ulaval.ca)  
[manon.chamberland@fse.ulaval.ca](mailto:manon.chamberland@fse.ulaval.ca)

p.j. Synthèse des commentaires émis dans le cadre de l'évaluation de l'article

## BIBLIOGRAPHIE

- Agence de santé publique du Canada (ASPC). 2004. *L'initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada : Renforcer l'intervention fédérale dans la réponse du Canada au VIH/Sida*. Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux du Canada, Gouvernement du Canada.
- Agence de santé publique du Canada (ASPC). 2008. Sommaire – Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada. Division de la surveillance et de l'évaluation des risques. Centre de lutte contre les maladies transmissibles et les infections. Consulté le 15 janvier 2010, à <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/pdf/estimat08-fra.pdf>. En ligne.
- Ajuwon, A., Funmilayo, F., Oladepo, O., Osungbade, K. et Asuzu, M. 2008. « Effects of training programme on HIV/AIDS prevention among primary health care workers in Oyo State, Nigeria ». *Health Education*, vol. 108, no. 6, p. 463-474.
- Alliger, G.M., Tannenbaum, S.I., Bennett, W. Jr., Traver, H. et Shotland, A. 1997. « A meta-analysis of the relations among training criteria ». *Personnel Psychology*, vol. 50, p. 341-358.
- Arteau, M. et Gaudreau, L. 2007. *Empowerment : désirs et défis – Récit d'une expérience d'insertion par le développement du pouvoir d'agir*. Québec : Collectif québécois d'édition populaire, 182p.
- Bardin, L. 1977. *L'analyse de contenu*. Vendôme : Presses Universitaires de France, Paris.
- Bartlett, W.C. 1988. *AIDS : legal issues of federal concern*. Ottawa : Bibliothèque du Parlement (division de la recherche), p.13.
- Bickman, L. et Rog, D. J. 2009. *The sage handbook of applied social research methods*. Thousand Oaks, California. Sage Publications, Inc.
- Bopp, M., Germann, K., Bopp, J., Baugh Littlejohns, L. et Smith, N. 2000. *Assessing community capacity for change*. Red Deer, Alberta : David Thompson Health Region & Four Worlds Center for Development Learning.
- Bracht, N., Finnegan, J.R., Rissel, C., Weisbrod, R., Gleason, J., Corbett, J. et Veblen-Mortenson, S. 1994. « Community ownership and program continuation following a health demonstration project ». *Health Education Research*, vol. 9, p. 243-255.
- Carney, J.S. 2003. « Understanding the implications of HIV disease in women ». *The Family Journal : Counseling and Therapy for Couples and Families*, vol. 11, no.1, p. 84-88.
- Centers for Disease Control and Prevention. 2001. *Preventing occupational HIV transmission to healthcare personnel*. Fact Sheet, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, G.A.
- Chamberlin, J. 1997. « A working definition of empowerment ». *National Empowerment Center*, vol. 20, no. 4, 4 p.

- Champagne, F. et Denis, J. L. 1992. « Pour une évaluation sensible à l'environnement des interventions : l'analyse de l'implantation ». *Service Social*, vol. 41, p. 143-163.
- Coleman, L.M. et Ford, N.J. 1996. « An extensive literature review of the evaluation of HIV prevention programmes ». *Health Education Research*, vol. 11, no. 3, p. 327-338.
- Cooperman, N.A. et Simoni, J.M. 2005. « Suicidal ideation and attempted suicide among women living with HIV/AIDS ». *Journal of Behavioral Medicine*, vol. 28, no. 2, p. 149-156.
- Corin, E., Rodriguez del Barrio, L. et Guay, L. 1996. « Les figures de l'aliénation : un regard alternatif sur l'appropriation du pouvoir ». *Revue Canadienne de Santé Mentale*, vol. 15, no. 2, p. 45-67.
- Creswell, J.W. 2003. *Research design : qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Thousand Oaks, California. Sage Publications, Inc.
- Crisp, B.R., Swerissen, H. et Duckett, S.J. 2000. « Four approaches to capacity building in health : consequences for measurement and accountability ». *Health Promotion International*, vol. 15, no. 2, p. 99-107.
- Dauenheimer, D.G., Stahlberg, D., Spreemann, S. et Sedikides, C. 2002. « Self-enhancement, self-verification, or self-assessment? The intricate role of trait modifiability in the self-evaluation process ». *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, vol. 15, no. 3-4, p. 89-112.
- Denis, J.L. et Champagne, F. 1990. « L'analyse de l'implantation : modèles et méthodes ». *The Canadian Journal of Program Evaluation*, vol. 5, p. 47-67.
- Derlega, V. J., Winstead, B.A., Greene, K., Serovich J.M. et Elwood, W.N. 2004. « Reasons for HIV disclosure/nondisclosure in close relationships : testing a model of HIV-disclosure decision making ». *Journal of Social and Clinical Psychology*, vol. 23, no. 6, p. 747-767.
- Deslauriers, J.-P. 2007. Cadre de référence pour l'appropriation du pouvoir d'agir personnel et collectif. Centre d'étude et de recherche en intervention sociale, *Série Pratiques sociales*, no. 15, 12p.
- Doyal, L. et Anderson, J. 2005. « "My fear is to fall in love again..." How HIV-positive African women survive in London ». *Social Science & Medicine*, vol. 60, no. 8, p. 1729-1738.
- Dressenforfer, R.H., Raine, K., Dyck, R.J., Plotnikoff, R.C., Collins-Nakai, R.L., McLaughlin, W.K. et Ness, K. 2005. « A conceptual model of community capacity development for health promotion in the Alberta Heart Health Project ». *Health Promotion Practice*, vol. 6, no. 31, p. 31-36.
- Durvasula, R. 2004. « Women and HIV : the forgotten epidemic ». *Psychology of Women Quarterly*, vol. 28, no. 2, p. 182-183.

- Eade, D. 1997. *Capacity-building : an approach to people-centred development*, Oxfam UK & Ireland, 226 p.
- Eisen, A. 1994. « Survey of neighbourhood-based, comprehensive community empowerment initiatives ». *Health Education Quarterly*, vol. 21, no. 2, p. 232-235.
- Elliot, R. 1997. *Droit criminel et VIH/sida : rapport final*. Réseau juridique canadien VIH/Sida & Société canadienne du sida, 23 p.
- Felderman-Taylor, J. et Valverde, M. 2007. « A structured interview approach to evaluate HIV training for medical care providers ». *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, vol. 18, no. 4, p. 12-21.
- Ferrand-Bechmann, D. 2004. *Les Bénévoles et leurs Associations – Autres Réalités, Autre Sociologie?* Paris : Éditions L'Harmattan, 318p.
- Gist, M.E. et Mitchell, T.R. 1992. « Self-efficacy : a theoretical analyses of its determinants and malleability ». *Academy of Management Review*, vol. 17, no. 2, p. 183-211.
- Goggin, K., Catley, D., Brisco, S.T., Engelson, E.S., Rabkin, J.G. et Kotler, D.P. 2001. « A female perspective on living with HIV disease ». *Health and Social Work*, vol. 26, no. 2, p. 80-89.
- Goodman, R.M., Speers, M.A., McLeroy, K., Fawcett, S., Kegler, M., Parker, E., Rathged Smith, S., Sterling, T.D. et Wallerstein, N. 1998. « Identifying and defining the dimensions of community capacity to provide a base for measurement ». *Health Education and Behavior*, vol. 25, no. 3, p. 258-278.
- Gore-Felton, C., Koopman, C., Spiegel, D., Vosvick, M., Brondino, M. et Winningham, A. 2006. « Effects of quality of life and coping on depression among adults living with HIV/AIDS ». *Journal of Health Psychology*, vol. 11, no. 5, p. 711-729.
- Gurevich, M., Mathieson, C. M., Bower, J. et Dhayanandhan, B. 2007. « Disciplining bodies, desires and subjectivities : sexuality and HIV-positive women ». *Feminism and Psychology*, vol. 17, no. 1, p. 9-38.
- Hader, S.L., Smith, D.K., Moore, J.S. et Holmberg, S.D. 2001. « HIV infection in women in the United States ». *The Journal of the American Medical Association*, vol., 285, no. 9, p. 1186-1192.
- Hartwig, K.A., Humphries, D. et Matebeni, Z. 2008. « Building capacity for AIDS NGOs in southern Africa : evaluation of a pilot initiative ». *Health Promotion International*, vol. 23, no. 3, p. 251-259.
- Hawe, P., King, L., Noort, M., Gifford, S.M. et Lloyd, B. 1998. « Working invisibly : health workers talk about capacity building in health promotion ». *Health Promotion International*, vol. 13, no. 4, p. 285-295.

- Hawe, P., King, L., Noort, M., Jordens, C. et Lloyd, B. 2000. *Indicators to help with capacity building in health promotion*. Sydney : Australian Center for Health Promotion/NSW Health.
- Holmes, W.C., Bilker, W.B., Wang, H., Chapman, J. et Gross, R. 2007. « HIV-AIDS-specific quality of life and adherence to antiretroviral therapy over time ». *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 46, no. 3, p. 323-327.
- Horsman, J. M. et Sheeran, P. 1995. « Health care workers and HIV/AIDS : a critical review of the literature ». *Social Science and Medicine*, vol. 41, no. 11, p. 1535-1567.
- Israel, B.A., Checkoway, B., Schulz, A. et Zimmerman, M. 1994. « Health education and community empowerment : conceptualizing and measuring perceptions of individual, organizational, and community control ». *Health Education Quarterly*, vol. 21, no. 2, p. 149-170.
- Jackson, S., Cleverly, S., Burman, D., Edwards, R., Poland, B. et Robertson, A. 1999a. *Towards indicators of community capacity*. NHRDP Project No. 6606-6084-002, Final Report, Toronto : Center for Health Promotion.
- Jackson, S., Cleverly, S., Burman, D., Edwards, R., Poland, B. et Robertson, A. 1999b. *Towards indicators of community capacity : a study in fur Toronto communities*. Mimeo, Toronto : Center for Health Promotion.
- Joffres, C., Heath, S., Farquharson, J., Barkhouse, K., Latter, C. et MacLean, D.R. 2004. « Facilitators and challenges to organizational capacity building in heart health promotion ». *Qualitative Health Research*, vol. 14, no. 1, p. 39-60.
- Jones, D.L., Weiss, S.M., Malow, R., Ishil, M., Devieux, J., Stanley, H., Cassels, A., Tobin, J.N., Brondolo, E., LaPerrière, A., Efantis-Potter, J., O'Sullivan, M.J. et Schneiderman, N. 2001. « A brief sexual barrier intervention for women living with AIDS : acceptability, use, and ethnicity ». *Journal of Urban Health*, vol. 78, no. 4, p. 593-604.
- Jones, D.L., Weiss, S.M., Bhat, G.J. et Bwalya, V. 2006. « Influencing sexual practices among HIV-positive Zambian women ». *AIDS Care*, vol. 18, no. 6, p. 629-634.
- Jutras, S. 1996. « L'appropriation : un modèle approprié pour la promotion de la santé mentale des enfants? ». *Canadian Journal of Community Mental Health*, vol. 15, no. 2, p. 123-142.
- Kalichman, S.C., Rompa, D., Cage, M., DiFonzo, K., Simpson, D., Austin, J., Luke, W., Buckles, J., Kyomugisha, F., Benotsch, E., Pinkerton, S. et Graham, J. 2001. « Effectiveness of an intervention to reduce HIV transmission risks in HIV-positive people ». *American Journal Preventive Medicine*, vol. 21, no. 2, p. 84-92.
- Kalichman, S.C., Rompa, D. et Cage, M. 2005. « Group intervention to reduce HIV transmission risk behavior among persons living with HIV/AIDS ». *Behavior Modification*, vol. 29, no. 2, p. 256-285.

- Kelly, J.G. 1971. « Qualities for the community psychologist ». *American Psychologist*, vol. 26, p. 897-903.
- Kieffer, C.H. 1984. « Citizen empowerment : a developmental perspectives ». In J. Rappaport, R. Hess, et C. Swift (EDS.), *Studies in empowerment : Steps toward understanding and action*. New York : The Hayworth Press.
- Labonte, R. 1998. *A community development approach to health promotion*. Edinburgh : Health Education Board of Scotland/Research Unit in Health and Behaviour Change.
- Labonte, R. et Laverack, G. 2001. « Capacity building in health promotion : Part 1. For whom? And for what purpose? ». *Critical Public Health*, vol. 11, no. 2, p. 111-127.
- Lalonde, B., Uldall, K.K., Huba, G.J., Panter, A.T., Zalumas, J., Wolfe, L.R., Rohweder, C., Colgrove, J., Henderson, H., German, V.F., Taylor, D., Anderson, D. et Melchior, L.A. 2002. « Impact of HIV/AIDS education on health care provider practice : results from nine grantees of the special projects of national significance program ». *Evaluation & The Health Professions*, vol. 25, no. 3, p. 302-320.
- Landon, B.E., Wilson, I.B., Wenger, N.S., Cohn, S.E., Fichtenbaum, C.J., Bozzette, S.A., Shapiro, M.F. et Cleary, P.D. 2002. « Specialty training and specialization among physicians who treat HIV/AIDS in the United States ». *Journal of General Internal Medicine*, vol. 17, p. 12-22.
- Laverack, G. 1999. *Addressing the contradiction between discourse and practice in health promotion*. Melbourne : Unpublished PhD thesis, Deakin University.
- Le Bossé, Y. 1996. « Empowerment et pratiques sociales : illustration du potentiel d'une utopie prise au sérieux ». *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 9, no. 1, p. 127-145.
- Le Bossé, Y. 2003. « De "l'habilitation" au "pouvoir d'agir" vers une définition plus circonscrite de la notion d'empowerment ». *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 16, no. 2, p. 30-51.
- Le Clerc, R. & J. Flores. 2000. « Outillons-nous » : Modèle d'outil d'appropriation des connaissances, d'adaptation des interventions et de développement d'expertise en recherche communautaire sur la base de résultats de recherches scientifiques ou d'évaluation d'intention - Projet mené par la Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-Sida) de 1998 à 2000, 12p.
- Lecomte, J. 2004. « Les applications du sentiment d'efficacité personnelle ». In J. Beillerot, *De l'apprentissage social au sentiment d'efficacité personnel – Autour de l'œuvre d'Albert Bandura*. Paris. Éditions L'Harmattan.
- Lecomte, T., Cyr, M., Lesage, A.D., Wilde, J., Leclerc, C. et Ricard, N. 1999. « Efficacy of a self-esteem module in the empowerment of individuals with schizophrenia ». *The Journal of Nervous & Mental Disease*, vol. 187, no. 7, p. 406-413.

- Lekas, H.-M., Siegel, K. et Schrimshaw, E.W. 2006. « Continuities and discontinuities in the experience of felt and enacted stigma among women with HIV/AIDS ». *Qualitative Health Research*, vol. 16, no. 9, p. 1165-1190.
- Lévy, A., Laska, F., Abelhauser, A., Delfraissy, J.-F., Goujard, C., Boué, F. et Dormont, J. 1999. « Disclosure of HIV seropositivity ». *Journal of Clinical Psychology*, vol. 55, no. 9, p. 1041-1049.
- Lord, J. et Hutchison, P. 1993. « The process of empowerment: implications for theory and practice ». *Canadian Journal of Community Mental Health*, vol. 12, no. 1, p. 5-22.
- Mallory, C. et Fife, B.L. 1999. « Women and prevention of HIV infection : an integrative review of the literature ». *Journal of the Association of Nurses in AIDS care*, vol. 10, no. 1, p. 51-63.
- Manfredi, R. 2002. « HIV disease and advanced age : an increasing therapeutic challenge ». *Drugs and Aging*, vol. 19, no. 9, p. 647-669.
- Massie, L., Otis, J., Côté, F., Côté, J.K., Fernet, M., Nengeh Mensah, M., Lévy, J.J., Racicot, C., Lavoie, S. et Mathieu-Chartier, S. 2008. Guide de l'animatrice – Pouvoir partager/Pouvoirs partagés. Montréal : Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé, 123 p.
- Maton, K.I. et Salem, D.A. 1995. « Organizational characteristics of empowering community settings : a multiple case study approach ». *American Journal of Community Psychology*, vol. 23, no. 5, p. 631-656.
- McMillan, B., Florin, P., Stevenson, J., Kerman, B. et Mitchell, R.E. 1995. « Empowerment praxis in community coalitions ». *American Journal of Community Psychology*, vol. 23, no. 5, p. 699-727.
- Meissner, H.I., Bergner, L. et Marconi, K.M. 1992. « Developing cancer control capacity in state and local public health agencies ». *Public Health Reports*, vol. 107, p. 15-23.
- Melnick, S.L., Wertheimer, W.J. et Pinn, V. W. 1995. « Women and HIV/AIDS research in the United States ». *Journal of the American Medical Women's Association*, vol. 50, p. 137-138.
- Melot, P. 2005. Femmes et VIH/Sida : pour une intervention ciblée, étape préalable à la mise en place d'un projet d'éducation pour la santé en faveur des femmes séropositives (Montréal, Québec). Mémoire de D.E.S.S., Faculté de médecine, École de santé publique, Université Henri Poincaré, Nancy, France.
- Meystre-Agustoni, G., Thomas, R., Häusermann, M., Chollet-Bornand, A., Dubois-Arber, F. et Spencer, B. 1998. « La sexualité des personnes vivant avec le VIH/sida ». Lausanne : Institut Universitaire de médecine sociale et préventive.

- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (MSSS). 2004. *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuelles, orientations 2003-2009*. Direction de la protection de la santé publique, Gouvernement du Québec, 56 p.
- Morrison, M.F., Petitto, J.M., Ten Have, T., Gettes, D.R., Chiappini, M.S., Weber, A.L., Brinker-Spence, P., Bauer R.M., Douglas, S.D. et Evans, D.L. 2002. « Depressive and anxiety disorders in women with HIV infection ». *American Journal of Psychiatry*, vol. 159, no. 5, p. 789-796.
- Nadeau, M.-A. 1981. *L'évaluation des programmes d'études : théorie et pratique*. Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Ninacs, W.A. 1996. *Le service social et la pauvreté : de la redistribution des ressources à leur contrôle?* Sainte-Foy (Québec) : Laboratoire de recherche en service social, École de service social, Université Laval, 71 p.
- Ninacs, W.A. 2008. *Empowerment et intervention : Développement de la capacité d'agir et de la solidarité*. Québec. Les Presses de l'Université Laval, 225p.
- Office Québécois de la Langue Française. 2009. Consulté le 9 septembre 2009, à <http://www.olf.gouv.qc.ca/ressources/bibliotheque/officialisation/terminologique/fiches/1298948.html>. En ligne
- Ontario Prevention Clearinghouse (OPC). 2002. *Capacity building for health promotion : more than bricks and mortar*, 4 p.
- Panter, A.T., Huba, G.T., Melchior, L.A., Anderson, D., Driscoll, M., Rohweder, C., Henderson, H., Henderson, R. et Zalumas, J. 2000a. « Healthcare provider characteristics and perceived confidence from HIV/AIDS education ». *AIDS Patient Care and STDs*, vol. 14, no. 11, p. 603-614.
- Panter, A.T., Huba, G.T., Melchior, L.A., Anderson, D., Driscoll, M., German, V.F., Henderson, H., Henderson, R., Lalonde, B., Uldall K. et Zalumas, J. 2000b. « Trainee characteristics and perceptions of HIV/AIDS training quality ». *Evaluation and The Health Professions*, vol. 23, no. 2, p. 149-171.
- Perkins, D.D. et Zimmerman, M.A. 1995. « Empowerment theory, research and application ». *American Journal of Community Psychology*, vol. 23, no. 5, p. 569-579.
- Poindexter, C.C., Lane, T.S. et Boyer, N.C. 2002. « Teaching and learning by example : empowerment principles applied to development, delivery, and evaluation of community-based training for HIV service providers and supervisors ». *AIDS Education and Prevention*, vol. 14, no. 5, p. 391-400.
- Programme commun des nations unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA). 2009. *Le point sur l'épidémie de sida - Décembre 2009*. Suisse (Genève), 100 p.

- Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD). 2008. Rapport annuel 2008 – Le renforcement des capacités. Consulté le 7 janvier 2010, à <http://www.undp.org/french/publications/annualreport2008/capacity.shtml>. En ligne.
- Putnam, R.D. 1993. *Making democracy work : civic traditions in modern Italy*. Princetown University Press, Princetown, NJ, USA.
- Ramos, R.L. et Ferreira-Pinto, J.B. 2002. « A model for capacity-building in AIDS prevention programs ». *AIDS Education and Prevention*, vol. 14, no. 3, p. 196-206.
- Rappaport, J. 1981. « In praise of paradox : a social policy of empowerment over prevention ». *American Journal of Community Psychology*, vol. 9, no. 1, p. 1-25.
- Rappaport, J. 1985. « The power of empowerment language ». *Social Policy*, vol. 15, p. 15-21.
- Rappaport, J. 1987. « Terms of empowerment/exemplars of prevention : toward a theory for community psychology ». *American Journal of Community Psychology*, vol. 15, no. 2, p. 121-148.
- Rappaport, J., Swift, C. et Hess, R. 1984. *Studies in empowerment : steps toward understanding and action*. New York : Hawort Press.
- Reis, C., Heisler, M., Amowitz, L.L., Moreland, R.S., Mafeni, J.O., Anyamele, C. et Iacopino, V. 2005. « Discriminatory attitudes and practices by health workers toward patients with HIV/AIDS in Nigeria ». *PLoS Medecine*, vol. 2, no. 8, p. 743-752.
- Remple, V.P., Ann Hilton, B., Ratner, P.A. et Burdge, D.R. 2004. « Psychometric assesement of the multidimensional quality of life questionnaire for persons with HIV/AIDS (MQOL-HIV) in a sample of HIV-infected women ». *Quality of Life Research*, vol. 13, p. 947-957.
- Renggli, V., De Ryck, I., Jacob, S., Yeneneh, H., Sirgu, S., Mpanga Sebuyira, L., Pfitzer, A., Downing, J., Portillo, C., Murray, J., Gove, S. et Colebunder, R. 2008. « HIV education for health-care professionals in high prevalence countries : time to integrate a pre-service approach into training ». *Viewpoint*, vol. 372, p. 341-343.
- Rogers, S., Chamberlin, J., Ellison, M.L. et Crean, T. 1997. « A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services ». *Psychiatric Services*, vol. 48, no. 8, p. 1042-1047.
- Rondeau, G. et Commelin, D. 2005. « La profession de travailleur social au Québec ». In *Le travail social international : éléments de comparaison*, sous la dir. de J.-P. Deslauriers et Y. Hurtubise, p.255-282, Sainte-Foy (Québec) : Les Presses de l'Université Laval.
- Roper, W.L., Baker, E.L., Dyal, W. et Nicola, R.M. 1992. « Strengthening the public health system ». *Public Health Reports*, vol. 107, p. 609-617.
- Saskatoon District Health Community Development Team (SDH) et Labonte, R. 1999. *Working upstream : discovering effective practice strategies for community development in health*. Saskatoon : Prairie Region Health Promotion Research Center.

- Schiltz, M.-A., Bouhnik, A.-D., Préau, M., Spire, B. et Groupe d'étude ANRS-EN12-VESPA. 2006. « La sexualité des personnes atteintes par le VIH : l'impact d'une infection sexuellement transmissible ». *Sexologies*, vol. 15, 157-164.
- Schulz, A.J., Israel, B.A., Zimmerman, M.A. et Checkoway, B.N. 1995. « Empowerment as a multi-level construct : perceived control at individual, organizational and community levels ». *Health Education Research*, vol. 10, no. 3, p. 309-327.
- Serovich, J.M., Kimberly, J.A. et Greene, K. 1998. « Perceived family member reaction to women's disclosure of HIV-positive information ». *Family Relations*, vol. 47, no. 1, p. 15-22.
- Simoni, J.M., Demas, P., Mason, H.R.C., Drossman, J.A. et Davis, M.L. 2000. « HIV disclosure among women of african descent : associations with coping, social support, and psychological adaptation ». *AIDS and Behavior*, vol. 4, no. 2, p. 147-158.
- Smith, K.W., Avis, N.E. et Assmann, S.F. 1999. « Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research : a meta-analysis ». *Quality of Life Research*, vol. 8, no. 5, p. 447-459.
- Société canadienne du sida. 2004. *Divulgence de la séropositivité après l'arrêt Cueurrier : ressources pour les organismes communautaires de lutte contre le sida*. Santé Canada, 77 p.
- Sowell, R.L., Seals, B.F., Phillips K.D. et Julious, C.H. 2003. « Disclosure of HIV infection : how do women decide to tell? » *Health Education Research*, vol. 18, no. 1, p. 32-44.
- Sterne, J., Hernàn, M., Ledergerber, B., Tilling, K. et Weber, R. 2005. « Long-term effectiveness of potent antiretroviral therapy in preventing AIDS and death : a prospective cohort study ». *The Lancet*, vol. 366, no. 9483, p. 378-384.
- Teti, M., Rubinstein, S., Lloyd, L., Aaron, E., Merron-Brainerd, J., Spenser, S., Rickseccker, A. et Gold, M. 2007. « The protect and respect program : a sexual risk reduction intervention for women living with HIV/AIDS ». *AIDS and Behavior*, vol. 11 (Suppl. 1), S106-S116.
- Trottier, G., Fernet, M., Otis, J., Pelletier, R., Boucher, M., Lévy, J.J., Bastien, R., Samson J. et Lapointe, N. 2005. *Les expériences de vie des femmes séropositives depuis l'avènement des nouvelles thérapies contre le VIH/Sida*. Québec : Université Laval, 25 p.
- Tucker, S.A. 1993. « Evaluating interactive instructional technologies : a cognitive model ». Educational Resources Information Center (ERIC), p. 1047-1082.
- Turner, G. et Shepherd, J. 1999. « A method in search of a theory : peer education and health promotion ». *Health Education Research - Theory and Practice*, vol. 14, no. 2, p. 235-247.
- Tyler, R.W. 1942-1950. *Basic principles of curriculum and instruction*. Chicago : University of Chicago Press.

- United States Agency for International Development (USAID). 2005. Comprendre et contrer le stigmatisme du VIH : guide du formateur. 228 p.
- Vézina, C. 2008a. Criminalisation de la transmission et de l'exposition au VIH : une question de santé publique, conférence prononcée lors des États généraux « HARSAH » - Section 2 : Responsabilité, criminalisation et éthique, Montréal, 8 mai 2008.
- Vézina, C. 2008b. Condamnation criminelle en l'absence de cause : Comment la justice québécoise peut-elle rendre des jugements de valeurs?, Montréal, 2p.
- Vézina, C. 2008c. Criminalisation de l'exposition et de la transmission du VIH : un état des lieux sur les enjeux de dévoilement et de risque, conférence prononcée pour le Regroupement professionnel des sexologues du Québec, Montréal, 17 octobre 2008.
- Wallerstein, N. 1992. « Powerless, empowerment, and health : Implications for health promotion programs ». *American Journal of Health Promotion*, vol. 6, no. 3, p. 197-205.
- Weaver, K.E., Antoni, M.H., Lechner, S.C., Durán, R.E.F., Penedo, F., Fernandez, M.I., Ironson, G. et Schneiderman, N. 2004. « Perceived stress mediates the effects of coping on the quality of life of HIV-positive women on highly active antiretroviral therapy ». *AIDS and Behavior*, vol. 8, no. 2, p.175-183.
- Weiss, E., Whelan, D. et Rao Gupta, G. 2000. « Gender, sexuality and HIV : making a difference in the lives of young women in developing countries ». *Sexual and Relationship Therapy*, vol. 15, no. 3, p. 233-245.
- Wilkinson, A. 1997. « Empowerment : theory and practice ». *Personnel Review*, p. 40-57.
- Wingood, G.M., DiClemente, R.J., Mikhail, I., Lang, D.L., Hubbard McCree, D., Davies, S.L., Hardin, J.W., Hook, E.W. et Saag, M. 2004. « A randomized controlled trial to reduce HIV transmission risk behaviors and sexually transmitted diseases among women living with HIV : The WILLOW Program ». *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 37(Suppl. 2), S58-S67.
- Zimmerman, M.A. 1995. « Psychological empowerment : issues and illustrations ». *American Journal of Community Psychology*, vol. 23, no. 5, p. 581-599.
- Zimmerman, M.A. 2000. « Empowerment theory : Psychological, organizational and community levels of analysis ». In J. Rappaport et Seidman, E. (Eds.), *The Handbook of Community Psychology*. New York : Plenum Press.