Analyse d'implantation d'une recherche-intervention sur le dépistage rapide du VIH dans la communauté gaie montréalaise

Ludivine Veillette-Bourbeau, Joanne Otis et Martin Blais
Université du Québec à Montréal

Robert Rousseau
Institut national de santé publique du Québec

Mark A. Wainberg
McGill University

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

Mots clés : *HRSH, dépistage rapide du VIH, intervention communautaire, analyse d'implantation*

Abstract: *Spot is an intervention research project that led to the implementation of a community-based rapid HIV testing service in Montreal's gay community. A case study was undertaken to describe the process through which Spot was implemented and the contextual factors that affected this process. Qualitative analysis allowed an implementation process comprised of several phases to be identified. These phases were shaped by stakeholders' motivations to engage in the project; complex partnership dynamics; challenges with regards to coordinating a multidisciplinary, intersectoral, intervention research project; and the day-to-day management of the intervention team.*

Keywords: *MSM, rapid HIV testing, community intervention, implementation analysis*

Correspondance à l'auteur : Ludivine Veillette-Bourbeau, Département de sexologie, Université du Québec à Montréal; courriel : veillette.ludivine@uqam.ca

LE DÉPISTAGE À RÉSULTAT RAPIDE DU VIH CHEZ LES HRSH

Au Canada, environ 18 % des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HRSH) séropositifs ignorent être infectés ([Agence de la santé publique du Canada, 2015](#)). Parmi les nouveaux diagnostics en 2014 au Québec, 27,9 % des HRSH n'avaient jamais eu recours au dépistage du VIH ([Institut national de santé publique du Québec, 2015](#)). Ces données suggèrent que l'offre de dépistage ne suffit pas à rejoindre les HRSH les plus susceptibles d'être infectés alors que le dépistage est une stratégie déterminante dans les efforts de prévention ([Dodd, Garnett, et Hallett, 2010](#); [Granich, et coll., 2010](#); [Weber, Tatoud, et Fidler, 2010](#)).

Le test de dépistage du VIH à résultat rapide pourrait favoriser l'accès au dépistage. Comparativement au test standard, il facilite la procédure technique en remplaçant la ponction veineuse par la ponction capillaire et donne accès au résultat pendant la même visite (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2010). Certaines barrières seraient minimisées, comme la crainte d'une prise de sang et l'anxiété liée à l'attente du résultat ([Spielberg et coll., 2003a](#)). L'utilisation du test rapide augmenterait le nombre de personnes qui connaissent leur statut sérologique et accélérerait la prise en charge des personnes infectées ([Champenois et coll., 2012](#); [Daskalakis et coll., 2009](#); [Guenter et coll., 2008](#)), en plus d'améliorer l'accès au dépistage pour les groupes plus vulnérables ([Champenois et coll., 2012](#); [Daskalakis et coll., 2009](#); [Erasquin et coll., 2009](#)).

LE PROJET SPOT : UNE OPTION POUR OPTIMISER LE DÉPISTAGE DU VIH AUPRÈS DES HRSH DE MONTRÉAL

Le projet Spot est une recherche-intervention multidisciplinaire et intersectorielle, mise en place entre 2009 et 2016, impliquant des chercheurs de plusieurs universités, du milieu médical, de la santé publique ainsi que du milieu communautaire. Spot s'inscrit dans une logique de recherche participative avec les communautés prônant le principe d'équité, la reconnaissance mutuelle des expertises des partenaires et leur implication à toutes les étapes de la recherche ([Israel, Schulz, Parker et Becker, 1998](#); [Otis, Bernier et Lévy, 2015](#)). Son modèle logique opérationnel est présenté à la [figure 1](#).

Le volet intervention comprend la mise en place d'un service de dépistage du VIH (rapide et standard), gratuit et anonyme, à l'intention des HRSH. La carte d'assurance maladie est requise comme numéro de référence afin de créer un code de participant confidentiel, mais n'est pas consignée au dossier. Ce service est offert en français et en anglais, dans un site communautaire situé dans le village gai de Montréal, par une équipe terrain composée de pairs (bénévoles à l'accueil et intervenants communautaires pour le counseling) et d'infirmiers. Ils sont encadrés par deux coordonnateurs travaillant de façon complémentaire (l'un responsable de la recherche et basé à l'université; l'autre, de l'offre de service et basé dans l'organisme partenaire). L'intervention proposée est d'environ 1 heure. Elle inclut l'accueil, le counseling pré-dépistage, le dépistage lui-même et le counseling post-dépistage. La procédure est basée sur les *Lignes directrices de dépistage du VIH dans*

Figure 1. Modèle logique de l'intervention Spot

¹ Stratégies de réduction des risques

les points de services à l'aide de la trousse de dépistage rapide (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2016). Les membres de l'équipe terrain ont reçu une formation sur l'admissibilité des usagers, le déroulement de l'intervention, l'utilisation des outils de recherche et l'utilisation de la trousse de dépistage rapide. Une rencontre du comité de gestion, composé des deux coordonnateurs et de l'équipe terrain, avait lieu mensuellement pour faire le point sur les difficultés rencontrées et les solutions envisagées.

Le volet recherche a permis d'analyser l'implantation de Spot et d'évaluer ses effets sur les usagers. Ils étaient alloués de façon systématique (1:1) soit à l'intervention menée par un infirmier seul, soit par le tandem intervenant communautaire et infirmier. Le présent article couvre la genèse de cette recherche-intervention et ses six premiers mois d'implantation.

FACTEURS CONTEXTUELS MODULANT L'IMPLANTATION D'INTERVENTIONS DE DÉPISTAGE RAPIDE DU VIH

Peu d'analyses d'implantation des interventions de dépistage rapide sont disponibles, même s'il est reconnu que ces études sont nécessaires pour mieux juger de leurs effets (Roberts, Grusky et Swanson, 2007) et que le succès d'une intervention de santé publique et son maintien dans le temps repose sur la capacité à identifier les conditions dans lesquelles elle est efficace (Steckler et Linnan, 2002). Les analyses décrivant de telles expériences sont rarement guidées par des modèles théoriques explicites et relèvent un portrait multiniveau mais fragmenté des facteurs freinant ou facilitant l'implantation des interventions.

Sur le plan personnel, l'épuisement professionnel (Clark, Bowles, Song et Heffelfinger, 2008) et le scepticisme des infirmiers à l'égard de la capacité du test rapide à accroître le nombre de personnes qui connaissent leur statut sérologique (Bogart et coll., 2010) sont rapportés comme barrières à l'implantation du dépistage rapide. Au contraire, l'accueil favorable du test rapide par le personnel (Sohoni, Gordon, Vahidnia et White, 2010) ainsi que l'engagement et la confiance mutuelle entre les membres de l'équipe de recherche (Gleason-Comstock et coll., 2006; Woods et coll., 2008) y sont favorables.

Sur le plan organisationnel, la difficulté des gestionnaires d'organismes communautaires à obtenir une formation à l'utilisation de la trousse rapide pour leurs intervenants (Clark et coll., 2008), des ressources infirmières insuffisantes et des contraintes de temps pour le dépistage rapide en milieu hospitalier (Arbelaez et coll., 2012) constituent des barrières à l'implantation. Le soutien et l'encadrement régulier des intervenants communautaires (Spielberg, Branson, Goldbaum, Kurth et Wood, 2003b), ainsi qu'une formation spécifique au counseling relatif au dépistage (Gleason-Comstock et coll., 2006) sont des facteurs qui facilitent l'implantation de telles interventions.

Sur le plan interorganisationnel, la gestion des fonds assumée par une université plutôt que par l'organisme communautaire responsable de l'implantation peut constituer une barrière dans sa mise en place (Gleason-Comstock et coll., 2006). Diverses formes de partenariat entre les milieux communautaires et universitaires

semblent favorables à la réussite de l'implantation d'une intervention de dépistage, comme de travailler ensemble pour identifier des stratégies favorisant le dépistage (Erasquin et coll., 2009) ou de planifier en équipe le service de dépistage à implanter (Spielberg et coll., 2003b). La reconnaissance de l'expertise du milieu communautaire par les chercheurs universitaires (Gleason-Comstock et coll., 2006), la communication et la confiance bien établie entre les acteurs (Woods et coll., 2008), la mise en place de rencontres de suivi avec les acteurs impliqués durant l'implantation pour discuter des difficultés rencontrées, des préoccupations et des bénéfices perçus (Spielberg et coll., 2003b) sont aussi des facteurs qui ont facilité l'implantation de ces interventions.

Sur le plan des caractéristiques de l'intervention, l'utilisation d'une nouvelle technologie de dépistage (Gleason-Comstock et coll., 2006), le temps nécessaire à la réalisation du counseling (Hecht, Smith, Radonich, Kozlovskaya et Totten, 2011), l'absence d'un lieu confidentiel dans un organisme communautaire (Bogart et coll., 2010), la difficulté à rejoindre les participants pour donner le résultat du test de confirmation dans un contexte d'anonymat (Clark et coll., 2008; Spielberg et coll., 2003b), l'obligation de référer les participants pour un test de confirmation lorsque le dépistage est fait en clinique mobile (Liang et coll., 2005) et l'annonce d'un résultat positif en contexte de travail de proximité (Clark et coll., 2008) sont considérés comme des barrières à l'implantation. Au contraire, la rapidité et la fiabilité du test rapide, sa facilité d'entreposage en contexte de clinique mobile (Liang et coll., 2005) ainsi que son utilisation en travail de proximité (Clark et coll., 2008) sont favorables à l'implantation du dépistage rapide. Dans le contexte de recherche-intervention, la difficulté à expliquer la recherche aux participants, à effectuer la relance et à maintenir le service une fois le projet de recherche terminé sont des barrières à l'implantation et à la pérennisation de services de dépistage anonyme (Clark et coll., 2008; Gleason-Comstock et coll., 2006).

Cet article a pour objectifs de décrire et de théoriser le processus d'implantation d'un service de dépistage rapide du VIH (le projet Spot) en milieu communautaire, ainsi que les facteurs contextuels qui l'ont affecté.

MÉTHODOLOGIE

L'analyse d'implantation vise à expliquer l'évolution d'une intervention en documentant notamment les barrières et les facteurs facilitants qui y sont associés (Brousselle, Champagne, Contandriopoulos et Hartz, 2011). L'analyse des facteurs contextuels à l'implantation d'une intervention peut s'appuyer sur les théories du changement organisationnel qui regroupent des facteurs d'ordre personnel, organisationnel, interorganisationnel et environnemental (Brousselle et coll., 2011; Champagne, 2002; Scheirer, 1981), auxquels s'ajoutent les caractéristiques de l'intervention (Rogers, 2003).

L'étude de cas constitue la stratégie de recherche la plus appropriée pour l'analyse d'implantation (Brousselle et coll., 2011; Scheirer, 1994; Yin, 2003). Nous avons réalisé une étude de cas unique à niveaux d'analyse imbriqués. Le cas est

l'implantation de l'intervention Spot en milieu communautaire et trois niveaux d'analyse sont pris en compte : 1) le processus d'implantation; 2) les barrières et facteurs facilitant perçus par les coordonnateurs et les co-chercheurs lors de la planification du projet; et 3) les barrières et facteurs facilitants perçus par les coordonnateurs et l'équipe terrain lors de l'implantation.

L'analyse résulte d'une triangulation de méthodes : l'entretien qualitatif (source principale), l'analyse documentaire de traces écrites et l'observation participante. L'expérience d'implantation a été captée du point de vue des chercheurs, des coordonnateurs et de l'équipe terrain, et non du point de vue des usagers venus se faire dépister à Spot. Les critères de sélection pour les chercheurs étaient d'être impliqués dans le développement du projet et de faire partie de comités de recherche différents. Pour les bénévoles, il fallait avoir été présents à l'accueil de Spot au moins 48 heures sur une période de trois mois. Les trois membres de l'équipe terrain (intervenants et infirmiers) et les deux coordonnateurs ont été interrogés. L'échantillon a été constitué par contraste afin d'« assurer la présence dans l'échantillon d'au moins un représentant (de préférence deux) de chaque groupe pertinent au regard de l'objet de l'enquête » (Pires, 1997, p. 157–158). L'échantillon final est composé de 10 personnes (sur une possibilité de 49), dont l'expérience dans le domaine du VIH varie de 1 an à 23 ans. De septembre 2009 à janvier 2010, des entretiens individuels semi-dirigés d'environ une heure ont été réalisés. Le corpus des traces écrites est composé de courriels, de comptes rendus de réunions, de documents de travail et de protocoles de recherche. L'observation participante a été réalisée en occupant le rôle de bénévole à l'accueil du local Spot à raison de 4 heures par semaine, pour une période de 7 mois. Cette présence permettait d'observer chaque intervenant, de manière à le voir évoluer dans son contexte et dans la réalisation de tâches autres que celles liées à l'interaction directe avec un usager (qui ne peuvent être observées pour des raisons éthiques).

La codification des entrevues a été réalisée à l'aide du logiciel NVivo, suivant la méthode d'analyse de théorisation ancrée (Laperrière, 1997; Strauss et Corbin, 2004). Aucune grille d'analyse prédéfinie n'a été utilisée, puisque la théorisation ancrée privilégie l'émergence des catégories conceptuelles du corpus. La saturation empirique a été jugée atteinte lorsqu'aucun autre matériel n'était nécessaire pour établir les catégories conceptuelles (Pires, 1997). Le but premier était de faire ressortir les facteurs modulant l'implantation du projet Spot. Toutefois, le processus d'implantation a semblé s'opérer en plusieurs phases et les facteurs contextuels ont pu y être associés comme facteurs d'influence.

RÉSULTATS

Spot : un processus d'implantation en cinq phases, modulé par des facteurs contextuels

L'analyse des données par théorisation ancrée a permis de dégager un processus d'implantation composé de cinq phases étalées de mai 2007 à janvier 2010, soit

l'initiation, l'attente, la planification tactique, la planification opérationnelle et l'implantation. Ce processus d'implantation a été modulé par des facteurs contextuels de nature personnelle, organisationnelle, interorganisationnelle et liés aux caractéristiques de l'intervention, qui se sont regroupés sous cinq catégories conceptuelles : les motivations des acteurs à s'engager dans le projet, la complexité du partenariat multidisciplinaire et intersectoriel, les défis de la coordination d'un tel projet, l'organisation du travail et les pratiques au quotidien. Le [tableau 1](#) présente les facteurs contextuels en interrelation avec les phases du processus d'implantation. Des extraits de verbatim sont présentés au [tableau 2](#).

Phase 1 : l'initiation du projet

La première phase est l'initiation du projet, impliquant principalement les chercheurs. Dans le cadre d'une possibilité de financement voulant encourager des interventions innovatrices permettant de réduire la transmission du VIH, des chercheurs en virologie ont sollicité des acteurs du milieu communautaire et des chercheurs du domaine psychosocial. Si la formulation du problème du point de vue virologique, de santé publique et la pertinence du projet étaient bien argumentées dans la demande de subvention, la planification opérationnelle ainsi que les rôles et tâches de chacun n'y étaient que vaguement abordés. Cette première phase a été marquée par l'influence majeure de facteurs personnels tels la motivation des acteurs à s'engager dans le projet.

La volonté de s'engager par devoir envers la communauté gaie

Communs à tous les acteurs, le sentiment de devoir envers la communauté gaie et le désir de s'engager ont été parmi les plus fortes motivations. Pour certains chercheurs, la mise en place d'un service innovateur de dépistage rapide en milieu communautaire était une façon de redonner à la communauté, compte tenu de sa générosité à participer à de nombreuses études.

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

Pour une majorité de chercheurs, la conviction de la valeur ajoutée de Spot comme stratégie de prévention a été une motivation importante. Pour eux, un tel service offert en milieu communautaire plutôt qu'en clinique constituait une réponse plus efficace aux problèmes d'accès au dépistage, rejoignait des HRSR moins présents dans les services de santé habituels et leur offrait une meilleure expérience de dépistage. Par son caractère multidisciplinaire et intersectoriel, Spot était également perçu comme une occasion de transformer la recherche interventionnelle dans la communauté gaie. Ce facteur d'ordre personnel a été très favorable à toutes les phases du projet, ralliant des acteurs aux intérêts et méthodes de recherche différents.

Phase 2 : l'attente

Suite au dépôt de la demande de subvention, une phase d'attente a été rencontrée. Une fois la subvention obtenue, le projet n'a pas progressé : une certaine confusion

Tableau 1. Facteurs contextuels et phases du processus d'implantation de Spot¹

[illegible]

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

x	x	Le « faire ensemble » dans un contexte de recherche-intervention multidisciplinaire et intersectoriel : valeur ajoutée et défis du projet Spot
x	x	La mise en place tardive d'un contrat de collaboration
x	x	Des difficultés de communication
x	x	Un calendrier serré et le manque de temps pour le respecter
x	x	Le respect mutuel et la reconnaissance des expertises
x	x	Un engagement ferme des acteurs communautaires, reconnu et apprécié par les autres chercheurs
x	x	3. Les défis inhérents à la coordination d'un projet d'intervention en contexte de recherche multidisciplinaire et intersectorielle

4. L'organisation du travail de l'équipe terrain

x	x	Une formation initiale qui met en confiance
x	x	Un modèle de gestion qui favorise l'autonomie dans le quotidien
x	x	Une supervision jugée insuffisante, compensée par le soutien entre intervenants	
x	x	Des conditions et un environnement de travail atypiques, dans un climat agréable et ouvert aux ajustements

5. Les pratiques au quotidien

x	x	L'ouverture et l'empathie envers les usagers qui facilitent l'intervention, mais la barrière de la langue ou des difficultés à gérer le temps et certaines situations qui y nuisent
x	x	La qualité des interventions est modulée par la compétence des intervenants à faire face à certaines caractéristiques individuelles des usagers	
x	x	Des modalités de recherche qui alourdissent la démarche d'intervention

¹Les flèches représentent la phase où les facteurs ont été rencontrés et le gris représente le moment où le facteur a été plus important.

Tableau 2. Extraits de verbatims

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

La volonté de s'engager par devoir envers la communauté gaie

« D'une part, c'est toute mon implication depuis [le début de l'infection] dans le dossier VIH. [...] J'ai travaillé beaucoup et étroitement avec la communauté gaie, je me sens redevable. Toutes les expériences, tous les savoirs que j'ai acquis – parce qu'ils ont été très généreux ces hommes-là – tout ce que je sais de la communauté gaie je l'ai appris par ce que les gars nous ont raconté ou nous ont dit. » (Co-chercheur)

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

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

La volonté de s'engager par filiation à la communauté gaie

« La deuxième raison ben moi-même étant gai, je trouvais ça intéressant. C'est sûr que c'est un service auquel j'aurais probablement eu à avoir affaire si je n'avais pas participé en tant que travailleur » (Intervenant 1)

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

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

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

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

« [...] ce qui fait sa beauté de ce projet-là, ça met en commun un paquet d'expertises différentes. Mais c'est ça aussi le défi de mettre plein de gens avec des regards différents, des agendas différents, je dirais, et des intérêts différents [...] » (Membre de la coordination)

La mise en place tardive d'un contrat de collaboration

« Vraiment c'a été l'imprécision ou le manque de clarté. Ça été [...] le fait qu'on ne sait pas qui doit faire quoi. » (Co-chercheur)

Des difficultés de communication

« Je crois que tout le monde avait la volonté de travailler ensemble, mais rendu à le faire, il y a des gens qui ont été heurtés et il y a des gens qui ont, il y a eu des moments très difficiles et qui ne se sont pas passé en négociation douce, mais plutôt parfois en confrontation. » (Co-chercheur)

Tableau 2. Continué**2. Malgré une volonté commune, un partenariat multidisciplinaire et intersectoriel complexe**

Un calendrier serré et le manque de temps pour le respecter

« [...] ce qui est complexe, c'est que c'est quand même un projet parmi tant d'autres. Et c'est difficile des fois de composer avec ça. » (Co-chercheur)

Le respect mutuel et la reconnaissance des expertises

« Je pense que, pour moi, c'est un exemple de comment un tel projet et une telle diversité de personnes impliquées peut enrichir; je sais que ça enrichit beaucoup mon travail, ça a aidé à enrichir ma compréhension au niveau biomédical et au niveau du dépistage. » (Co-chercheur)

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

« Une chose aussi qui fait la différence beaucoup je pense, [il] croit beaucoup à ce projet-là; [son organisme] en a fait un projet phare, un projet important, ça paraît. [...] Il a orienté tous ses efforts autour de ça, il a réussi à mobiliser toutes ses ressources. » (Co-chercheur)

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

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

« [...] tous les aspects sur lesquels finalement j'avais comme peu d'emprise, où j'arrivais mal à comprendre, ben finalement j'ai comme trouvé quelqu'un qui coordonne des projets de recherche depuis longtemps et qui a pu m'aider. » (Membre de la coordination)

4. L'organisation du travail de l'équipe terrain

Une formation initiale qui met en confiance

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

« Non, j'ai trouvé que c'était complet [la formation]. On savait à quoi on s'attendait, puis on n'était pas pris au dépourvu la première journée. » (Intervenant terrain)

Un modèle de gestion qui favorise l'autonomie dans le quotidien

« J'aime bien aussi le côté autonome que ça nous donne. Oui ils sont disponibles [membres du comité de gestion], mais ils ne sont pas tout le temps là au local. [...] j'ai peut-être plus tendance à prendre des initiatives. » (Intervenant terrain)

(Continué)

Tableau 2. Continué**4. L'organisation du travail de l'équipe terrain**

Une supervision jugée insuffisante, compensée par le soutien entre intervenants

« Mettons un participant que je sais qu'il est difficile, je sais que le counseling était difficile et que cette situation-là peut se produire avec les autres intervenants, et là on discute. » (Intervenant terrain)

Des conditions et un environnement de travail atypiques, dans un climat agréable et ouvert aux ajustements

Un horaire changeant

« Les horaires... une des choses qu'on a trouvé dur, c'est toutes les fins de semaine. » (Intervenant terrain)

Un climat de travail agréable et des relations interpersonnelles harmonieuses

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

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

« Ça je te dirais que c'est le côté qui me stress le plus. Quand ça arrive [...] où c'est full occupé, puis qu'on n'a pas de personne à l'accueil, c'est un peu plus rushant. » (Intervenant terrain)

5. Les pratiques au quotidien

« Ouin, euh... ben c'est ça, comme j'avais parlé tantôt, il y avait le côté anglophone là qui, vu que je n'avais pas d'expérience et qu'on n'a pas non plus pratiqué tant que ça en anglais, euh que ça été difficile. » (Intervenant terrain)

La qualité des interventions est modulée par la compétence des intervenants à faire face à certaines caractéristiques individuelles des usagers

« Donc, je te dirais que ça permet d'être plus concis au niveau du counseling. Les gens qui connaissent bien le VIH, bon tu leur parles, puis ils comprennent ce que tu dis, ils comprennent le pourquoi, c'est quoi le rationnel. » (Intervenant terrain)

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

Des modalités de recherche qui alourdissent la démarche d'intervention

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

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

Tableau 2. Continué**5. Les pratiques au quotidien**

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

régnait parmi les acteurs alors qu'aucun ne se sentait légitime de prendre la direction du projet. L'urgence de déposer les demandes aux comités d'éthique pour accéder aux fonds a poussé l'équipe à préciser la planification opérationnelle de la recherche-intervention. Cette phase a été modulée par des facteurs de nature interorganisationnelle, relevant principalement de la collaboration entre les acteurs. Malgré une volonté commune, le partenariat multidisciplinaire et intersectoriel a représenté des défis.

La mise en place tardive d'un contrat de collaboration

L'absence d'un contrat de collaboration et le manque de clarté dans la distribution des rôles et tâches sont les principaux facteurs expliquant la phase d'attente. Aux phases suivantes, un contrat de collaboration implicite s'est établi au sein de l'équipe à travers des occasions de travail collectif et à la réduction des tensions au sein de l'équipe.

Phase 3 : la planification tactique

Vient ensuite la phase de planification tactique où le coordonnateur de la recherche a été engagé et cinq comités ont été formés, les acteurs y étant répartis selon leur expertise (figure 2). Cette phase a été l'occasion de mieux organiser le travail, par la précision du devis de recherche en fonction des exigences des comités éthiques, la conception des instruments de mesure et de la campagne de communication, ainsi que la planification du déroulement de l'intervention. Cette première phase de planification a été marquée par les défis, mais aussi la valeur ajoutée du partenariat multidisciplinaire et intersectoriel. Ainsi, ces facteurs relèvent principalement des caractéristiques de l'intervention elle-même et de facteurs interorganisationnels.

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

L'aspect multidisciplinaire et intersectoriel du projet a été un facteur d'engouement et d'adhésion des acteurs au projet. En revanche, tous ont affirmé que cet aspect était un défi autant qu'une valeur ajoutée considérant le grand nombre d'acteurs impliqués, la variabilité des expériences antérieures de travail en partenariat et

Figure 2. Organigramme du projet Spot

la difficile négociation entre des acteurs provenant de cultures scientifiques et de milieux de pratiques différents.

Des difficultés de communication

Le manque de communication entre les acteurs a joué négativement aux phases de planification. Du côté de la gestion des finances, on souligne le manque de clarté quant au partage des responsabilités financières. Certaines dépenses ont dû être assumées par des partenaires, comme l'achat de matériel médical ou l'aménagement du local, alors qu'ils ne s'attendaient pas à en être responsables. D'autre part, certains chercheurs déplorent le travail indépendant en divers comités qui ne permet pas d'avoir une vision de tous les aspects du projet. Des divergences d'opinions sur la façon de procéder ont été rencontrées dans l'un des comités, donnant lieu à quelques confrontations. Compte tenu de l'urgence d'arriver à des résultats, des décisions ont été prises sans l'accord de tous, créant des tensions lors de réunions subséquentes. Ces tensions ont nui au climat de travail et ont miné la motivation des acteurs. Pour éviter ces conflits ultérieurement, les chercheurs ont dû discuter ouvertement de ce type de conflits dès qu'ils se sont présentés.

Le respect mutuel et la reconnaissance des expertises

Malgré ces obstacles, la confiance et le respect entre les membres de l'équipe ont permis que les collaborations se poursuivent. Les acteurs communautaires ont senti la volonté de l'équipe de recherche de les impliquer dans les décisions relatives au projet. Des collaborations enrichissantes entre les chercheurs universitaires provenant de différents domaines ont donné lieu à une reconnaissance mutuelle et à une valorisation des expertises, permettant de tirer profit de chacune d'elles dans la réalisation d'un but commun.

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

La coordination du projet lors des phases de planification tactique et opérationnelle a été difficile dans le contexte d'une recherche-intervention multidisciplinaire et intersectorielle. On rapporte qu'il aurait été nécessaire d'avoir deux

ressources à la coordination de la recherche du projet : l'une pour les aspects scientifiques et l'autre pour les aspects administratifs et logistiques. La lourdeur et la complexité de la mise en place de l'offre de services ont reporté le poids de la coordination scientifique sur l'équipe de chercheurs, alors que le coordonnateur s'est centré sur les aspects administratifs et logistiques. La mise en place des ententes de partenariat et la gestion des fonds interinstitutionnels ont été identifiées comme les plus grands défis. La lourdeur de ces procédures a occasionné des retards dans certains remboursements aux partenaires et soulevé leur mécontentement.

Un autre défi a été la difficulté à recruter un infirmier. D'une part, la pénurie d'infirmiers au Québec rendait le recrutement plus ardu; d'autre part, en raison de la nature déléguée de l'acte de dépistage au Québec, il fallait assigner un répondant clinique pour assurer la supervision du personnel infirmier dans un milieu de pratique inhabituel. Cette situation a retardé de quelques mois l'ouverture du local communautaire.

Sur le plan clinique, la mise en place du dépistage lui-même a été un défi (matériel médical nécessaire, procédures de transport et d'analyse des échantillons, etc.). Grâce à la mobilisation de ressources externes expérimentées en recherche clinique et à l'implication des chercheurs-cliniciens, une infrastructure fonctionnelle a finalement été mise en place.

Phase 4 : la planification opérationnelle

La phase de planification opérationnelle a été le moment de développer concrètement le service de dépistage à implanter : des ententes de partenariat entre les universités et le milieu communautaire ont été signées, le site communautaire a été mis en place, des stratégies de recrutement ont été déployées, l'embauche du personnel a été réalisée et la formation de l'équipe terrain a été assurée. Se sont joints à l'équipe les intervenants, infirmiers et bénévoles. Des facteurs contextuels de tous ordres ont marqué cette phase. Ils reflètent le processus d'organisation du travail de l'équipe terrain et renvoient aux interactions entre cette équipe et la coordination pendant la période de formation.

La volonté de s'engager par filiation à la communauté gaie

Les intervenants ont aussi fait part de leurs motivations à s'impliquer dans le projet, ce facteur personnel jouant un rôle favorable aux phases de planification opérationnelle et d'implantation. Les intervenants communautaires faisant eux-mêmes partie de la communauté gaie, agissant ainsi à titre de pairs-aidant, se sont sentis interpellés par le projet.

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

Un autre facteur personnel a eu une influence positive à cette phase. Spot a représenté pour les intervenants une occasion de développement professionnel stimulante. Plusieurs y ont vu la possibilité de mettre en valeur leur expérience antérieure dans le domaine de la prévention du VIH en milieu communautaire et leur expertise auprès des HRSH. Un intervenant a rapporté vivre une expérience

valorisante, percevant une satisfaction des usagers à l'égard du temps, de l'écoute et de la réflexion sur leur prise de risque suscitée par le counseling offert. Spot était aussi une occasion d'apprendre de nouvelles façons de faire le counseling dans un milieu de pratique différent et de gagner une meilleure compréhension de la réalité des HRSH et du VIH.

Un calendrier serré et le manque de temps pour le respecter

Une des principales barrières rencontrées lors des phases de planification relève des caractéristiques de l'intervention elle-même, soit le manque de temps pour réaliser les tâches prévues. Plusieurs chercheurs et responsables de la mise en place du site rapportent qu'il a été difficile de s'engager pleinement parce que Spot n'était pas le seul projet à leur agenda. Le manque de temps et le calendrier serré ont aussi rendu le partenariat difficile (facteur interorganisationnel), les acteurs peu habitués à travailler ensemble ont eu peu de temps pour s'approprier, pour comprendre leurs préoccupations de recherche ou pour résoudre les divergences d'opinions.

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

Malgré les contraintes de temps et la surcharge de travail, l'implication du principal partenaire communautaire a été majeure dans le développement et l'implantation de Spot. Présent dès la genèse, il a fait de ce projet une priorité. L'engagement de cet organisme communautaire à toutes les phases du projet et la mobilisation de ses ressources ont d'ailleurs suscité la reconnaissance de tous les chercheurs. Ce facteur interorganisationnel positif a principalement joué à la phase de planification opérationnelle, mais aussi à la phase d'implantation.

Une formation initiale qui met en confiance

Dans un contexte où les lignes directrices pour l'administration de la trousse de dépistage rapide du VIH au Québec (MSSS, 2016) étaient encore en développement, la formation de l'équipe terrain à l'administration de cette trousse et au counseling adapté a été un défi. Toutefois, la collaboration avec les instances gouvernementales responsables a grandement facilité le travail de la coordination (facteurs interorganisationnel). Les intervenants et infirmiers mentionnent unanimement que la formation initiale a été claire, adéquate et pertinente. Tout en leur permettant d'être bien préparés aux tâches qu'ils devaient accomplir, les intervenants ont rapporté s'être sentis plus confiants et compétents pour offrir le counseling (facteur personnel). Cependant, certains auraient souhaité une formation plus longue, avec plus de mises en situation, particulièrement en anglais, une langue seconde pour eux. Ils auraient aussi aimé consacrer davantage de temps à l'exploration des stratégies de gestion des risques sexuels adaptés à différents profils d'HRSH.

Phase 5 : l'implantation du service

La dernière phase est l'implantation du service, se caractérisant par deux périodes : 1) rodage de l'intervention et des conditions de travail et 2) ajustements

selon les leçons tirées. Durant cette phase, le comité de gestion a été formé avec pour mandat l'encadrement des pratiques de l'équipe terrain. Les facteurs contextuels modulant cette dernière phase du processus d'implantation sont de tous ordres : ils relèvent de l'encadrement des pratiques des intervenants ainsi que de l'organisation de leur environnement et conditions de travail. Ils concernent principalement la coordination et l'équipe terrain et relèvent d'enjeux organisationnels inhérents aux caractéristiques même de l'intervention.

Un modèle de gestion qui favorise l'autonomie dans le quotidien

C'est à la phase d'implantation que le modèle de cogestion de Spot a influencé la mise en œuvre de l'intervention. Les coordonnateurs ne travaillant pas au site même de l'intervention, les intervenants ont pu jouir d'une grande autonomie. Cette autonomie a été appréciée et a favorisé la prise d'initiatives dans les tâches quotidiennes (facteur organisationnel). Malgré cette absence physique, intervenants et infirmiers ont souligné la facilité à rejoindre la coordination, ce qui a été une condition interorganisationnelle facilitatrice permettant de résoudre rapidement les problèmes.

Une supervision jugée insuffisante, compensée par le soutien entre intervenants

En revanche, les intervenants auraient souhaité avoir plus de rencontres de supervision pour discuter de leurs pratiques professionnelles et avoir des rétroactions, en particulier sur le counseling et l'annonce d'un test réactif au VIH. Toutefois, la facilité à communiquer entre eux a favorisé le soutien et la discussion de ces pratiques, palliant ainsi le manque de supervision (facteur organisationnel).

Des conditions et un environnement de travail atypiques, dans un climat agréable et ouvert aux ajustements

Un horaire changeant

Les intervenants ont trouvé difficile de travailler les fins de semaine et d'avoir des horaires variables d'une journée à l'autre. Après avoir communiqué leur insatisfaction aux coordonnateurs, des ajustements ont été apportés.

Un climat de travail agréable et des relations interpersonnelles harmonieuses

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

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

Durant l'implantation, des ressources limitées pour accomplir toutes les tâches ont provoqué des retards dans le calendrier et imposé un certain stress sur les ressources en place. La gestion de l'équipe de bénévoles a aussi causé certains soucis. Le roulement important parmi les bénévoles impliqués et l'instabilité dans leur présence à l'accueil ont été un facteur de stress, provoquant parfois certaines

inconsistances dans la prise de rendez-vous et occasionnant une surcharge de travail pour les intervenants.

L'ouverture et l'empathie envers les usagers qui facilitent l'intervention, mais la barrière de la langue ou des difficultés à gérer le temps et certaines situations qui y nuisent

Comme facteur personnel, les intervenants ont rapporté que la maîtrise de soi et l'écoute active ont facilité leur travail. Leur empathie a permis la mise en confiance et l'ouverture des usagers. Si certains intervenants rapportaient ne pas être très à l'aise au début, au fil du temps, ils ont mentionné être plus systématiques et s'améliorer. La difficulté à parler anglais avec les usagers anglophones a été rapportée comme une barrière. On a aussi mentionné la difficulté à gérer le temps alloué à l'intervention ou à aborder certaines questions ou situations, celles-ci étant en contradiction avec ses valeurs personnelles.

La qualité des interventions est modulée par la compétence des intervenants à faire face à certaines caractéristiques individuelles des usagers

Certaines caractéristiques personnelles des usagers ont facilité le travail des intervenants. Les usagers comprenant bien les principes de leur participation à cette recherche-intervention et, ouverts à parler de leur situation, rendaient le déroulement de la rencontre plus harmonieux. À l'inverse, plusieurs situations demandaient un ajustement constant de la part des intervenants : le manque de connaissances des usagers sur les modes de transmission du VIH, l'anxiété liée au désir d'accéder rapidement au test et au résultat, un usager ne présentant pas de facteurs de risque ou, à l'opposé, un profil de risque complexe, un usager hésitant à se confier ou, au contraire, exprimant des besoins de counseling qui dépassait les compétences des intervenants ou le contexte de dépistage. Pour les intervenants, ces situations exigeaient des compétences plus spécialisées et rendaient le counseling plus difficile à réaliser.

Des modalités de recherche qui alourdissent la démarche d'intervention

Le contexte même de recherche-intervention a été un défi à l'implantation. Le questionnaire utilisé dans le cadre de l'étude a aidé les intervenants à structurer et à orienter leur counseling. Par contre, il a été jugé long et inadapté à certaines situations, comme la réalité des hommes en couple. Certaines questions manquaient de clarté et, pour quelques usagers, les questions étaient difficiles à comprendre. La partie auto-administrée du questionnaire a posé problème chez les usagers qui avaient de la difficulté à lire. Ces éléments ont eu un impact sur la durée de la rencontre.

Sur un autre plan, le fait que le projet soit présenté comme anonyme et que la carte d'assurance maladie soit demandée pour générer le code du participant a soulevé des inquiétudes chez les usagers. Le souci de préserver l'anonymat a créé une autre difficulté nuisant au suivi : le numéro de téléphone n'étant pas demandé, il était impossible de confirmer le rendez-vous. En dernier lieu, l'allocation systématique entre deux conditions expérimentales a été difficile à coordonner sur le

terrain, en plus d'imposer une sous-utilisation des intervenants puisqu'ils faisaient le counseling une fois sur deux.

DISCUSSION

Cette étude de cas avait pour objectifs de décrire et de théoriser le processus d'implantation du projet Spot et d'identifier les facteurs contextuels qui l'ont affecté. L'analyse d'implantation a permis d'atteindre ces objectifs au moyen d'une analyse par théorisation ancrée d'entretiens qualitatifs, complétée par l'observation participante et l'analyse de traces écrites. Si certains facteurs contextuels ont pu échapper à l'analyse des données en raison du nombre d'entrevues réalisées (10), l'échantillonnage par contraste a néanmoins assuré la représentation d'une diversité d'acteurs et d'expériences.

Cinq phases d'implantation ont été identifiées. La première est l'initiation du projet, où le principal enjeu a été la mobilisation d'acteurs avec un but commun, mais aux attentes, intérêts et expertises différentes. Une phase d'attente a suivi, marquée par des lacunes en matière de communication ayant compromis la prise de *leadership*. Deux phases de planification (tactique et opérationnelle) ont ensuite été observées. Pendant ces phases, les enjeux ont été centrés sur l'absence d'un protocole opérationnel et d'un contrat de collaboration, des contraintes de temps et liées au contexte même de la recherche. La cinquième phase a été l'implantation du projet Spot, marquée par l'apprentissage et la mise en application d'un nouveau mode de dépistage et de counseling dans des conditions de travail influencées par le contexte de la recherche.

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

Les facteurs contextuels agissant comme barrières ou facilitateurs à l'implantation du projet Spot se regroupent autour de cinq catégories conceptuelles : les motivations des acteurs; le partenariat en contexte de recherche-intervention multidisciplinaire et intersectorielle; la coordination dans un tel contexte; l'organisation du travail et les pratiques de l'équipe terrain au quotidien. Ces catégories conceptuelles découlent de la méthodologie utilisée pour analyser les données (théorisation ancrée, approche inductive sans catégories prédéterminées). Cette catégorisation, telle qu'illustrée au [tableau 1](#), fait ressortir l'influence de facteurs personnels, organisationnels, interorganisationnels et liés aux caractéristiques de la recherche-intervention elle-même sur les diverses phases du processus d'implantation. Les principales barrières aux diverses phases de l'implantation sont de nature interorganisationnelle, par exemple, le défi de la coordination d'une recherche-intervention en contexte intersectoriel, plus particulièrement la gestion des fonds interinstitutionnels, un obstacle aussi rapporté par [Gleason-Comstock et coll. \(2006\)](#). L'absence de définition des rôles dans un partenariat entre des groupes communautaires et des chercheurs universitaires est aussi une barrière rapportée en contexte de recherche communautaire ([Flicker et coll.](#),

2008, 2009), qui peut être minimisée par la mise en place d'un contrat de collaboration stipulant les rôles et tâches de chacun (Clément, Tourigny et Doyon, 1999). En revanche, la reconnaissance des expertises ainsi que l'engagement et la mobilisation du partenaire communautaire ont été des éléments favorables à l'implantation d'une intervention de dépistage, une observation aussi posée par d'autres (Gleason-Comstock et coll., 2006).

Certains facteurs interorganisationnels ont joué un double rôle, comme la mobilisation d'une équipe multidisciplinaire et intersectorielle qui a agi comme facilitateur alors que cet aspect novateur a suscité l'enthousiasme des acteurs, et comme barrière, puisqu'il a fallu concilier avec des pratiques et des points de vue différents. Malgré ces obstacles, des facteurs personnels tels les motivations des acteurs sont venus atténuer ces effets négatifs et ont expliqué leur implication soutenue dans le projet Spot. Les dynamiques partenariales découlant du contexte multidisciplinaire et intersectoriel témoignent des défis rencontrés durant la planification, mais l'implantation du service démontre le succès de cette collaboration. Cette implantation est teintée par les caractéristiques de cette recherche-intervention auxquels la gestion du projet et le quotidien de l'équipe terrain se sont adaptés.

Leçons tirées et recommandations

D'une part, du point de vue de la recherche, la planification a priori du projet semble essentielle. Elle passe par la conception d'un protocole opérationnel décrivant l'intervention à implanter et par l'élaboration d'un contrat de collaboration définissant les rôles et tâches de chacun. La présence de ces deux éléments aurait sans doute permis d'éviter la phase d'attente rencontrée au début du projet, ainsi que les retards dans l'implantation. Un autre élément en cause dans ces retards est le temps considérable qu'a nécessité la gestion des fonds interinstitutionnels. Une période de temps raisonnable allouée à la planification (tactique et opérationnelle) du projet semble donc nécessaire. D'autre part, certains acteurs ont occupé une multitude de rôles : chercheurs, planificateurs de l'intervention et parties prenantes de l'évaluation. Un des avantages d'être parties prenantes a été de pouvoir tirer des leçons et ainsi mieux s'ajuster en cours de route. Toutefois, le fait d'identifier des lacunes dans la planification et la mise en place du projet Spot a fait émerger des critiques, générant certaines tensions dans l'équipe. Un parallèle intéressant est à faire avec le concept *insider-outsider*, où l'on dichotomise la position du chercheur en termes d'engagement versus la distanciation envers l'objet de l'étude (Girard, 2015). Dans la culture de la recherche communautaire où la participation de la communauté dans le processus de la recherche est valorisée, il est commun de voir les acteurs impliqués à titre de partie prenante, particulièrement en analyse d'implantation où leur expérience devient source de données. On souligne l'avantage de porter plutôt son attention sur le trait d'union dans le concept d'*insider-outsider*, plutôt que d'en voir la tension. De ce point de vue, on considère la production de connaissances de façon plus dynamique (Girard, 2015). Cette conception est intéressante en évaluation, puisque le processus

d'implantation est aussi vu de manière dynamique et que c'est par l'analyse de l'implantation qu'on pourra en distinguer les subtilités.

D'autre part, du point de vue de la mise en place de l'intervention, la formation initiale des intervenants a été aidante et rassurante dans le contexte de la nouveauté de l'intervention. En revanche, l'encadrement et le soutien des intervenants semblent avoir été insuffisants. Étant donné la lourdeur de l'intervention offerte, il aurait été important d'offrir aux intervenants plus de temps d'échange. Finalement, un environnement chaleureux, fonctionnel, non médical et anonyme que les usagers aiment fréquenter et où il est agréable de travailler a été une valeur ajoutée.

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

La présente étude de cas a permis de dégager un modèle d'implantation de service de dépistage rapide du VIH dans la communauté gaie empiriquement fondé (tableau 1). Ce modèle conceptuel présente les facteurs pouvant influencer l'implantation de ce type d'innovation dans des contextes similaires. D'une part, ce modèle conceptuel conçoit l'implantation d'une innovation comme un processus dynamique, influencé par le contexte d'implantation, les caractéristiques du milieu et les acteurs qui la mettront en œuvre. Dans ce contexte dynamique, prévoir un dispositif permettant le monitoring de l'implantation pour détecter rapidement les difficultés rencontrées et s'y adapter semble essentiel. Les facteurs contextuels influençant l'implantation ont également ce caractère dynamique et n'auront pas le même effet selon leur moment d'apparition dans le processus d'implantation. D'autre part, le partenariat joue un rôle important dans le processus d'implantation d'une innovation comme Spot. Malgré les tensions pouvant être occasionnées par la négociation entre partenaires, une reconnaissance des expertises de chacun et une confiance mutuelle sont des facteurs clés permettant l'atteinte les objectifs fixés.

REMERCIEMENTS

Le Dr **Wainberg** est décédé accidentellement en avril 2017. C'est un honneur pour nous de l'avoir eu comme co-chercheur principal sur le projet Spot et comme co-auteur sur cet article.

RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada. (2015). *Résumé : estimations de l'incidence de la prévalence, et de la proportion non diagnostiquée au VIH au Canada, 2014*. Repéré à <http://www.catie.ca/sites/default/files/2014-HIV-Estimates-in-Canada-FR.pdf>
- Arbelaez, C., Wright, E. A., Losina, E., Millen, J. C., Kimmel, S., Dooley, M., . . . et Walensky, R. P. (2012). Emergency provider attitudes and barriers to universal HIV testing in the emergency department. *Journal of Emergency Medicine*, 42(1), 7–14. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2009.07.038> Medline:19828278

- Bogart, L. M., Howerton, D., Lange, J., Setodji, C. M., Becker, K., Klein, D. J. et Asch, S. M. (2010). Provider-related barriers to rapid HIV testing in U.S. urban non-profit community clinics, community-based organizations (CBOs) and hospitals. *AIDS and Behavior*, 14(3), 697–707. <https://doi.org/10.1007/s10461-008-9456-3> Medline:18770022
- Brousselle, A., Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P. et Hartz, Z. (2011). *L'évaluation : concepts et méthodes. Deuxième édition mise à jour*. Montréal, Québec: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Champagne, F. (2002). *La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé*. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Étude no.39. (N° de catalogue CP32-79/39-2002F-IN). Repéré à <http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/CP32-79-39-2002F.pdf>
- Champanois, K., Le Gall, J.-M., Jacquemin, C., Jean, S., Martin, C., Rios, L., . . . et Yazdanpanah, Y. (2012). ANRS-COM*TEST: description of a community-based HIV testing intervention in non-medical settings for men who have sex with men. *BMJ Open*, 2(2), e000693. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000693> Medline:22466158
- Clark, H. A., Bowles, K. E., Song, B. et Heffelfinger, J. D. (2008). Implementation of rapid HIV testing programs in community and outreach settings: perspectives from staff at eight community-based organizations in seven U.S. cities. *Public Health Reports*, 123(Suppl 3), 86–93. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2567008/>. <https://doi.org/10.1177/003335490812305311> Medline:19166092
- Clément, M.-E., Tourigny, M. et Doyon, M. (1999). Facteurs liés à l'échec d'un partenariat entre un organisme communautaire et un CLSC : une étude exploratoire. *Nouvelles Pratiques Sociales*, 12(2), 45–64. Repéré à <http://www.cachc.ca/wpcontent/uploads/downloads/2012/03/Facteurs-li%C3%A9s-%C3%A0-l%C3%A9chec-dun-partenariat-entre-un-organisme-communautaire-et-un-CLSC.pdf>. <https://doi.org/10.7202/000053ar>
- Daskalakis, D., Silvera, R., Bernstein, K., Stein, D., Hagerty, R., Hutt, R., . . . et Marmor, M. (2009). Implementation of HIV testing at 2 New York City bathhouses: from pilot to clinical service. *Clinical Infectious Diseases*, 48(11), 1609–1616. <https://doi.org/10.1086/598979> Medline:19400690
- Dodd, P. J., Garnett, G. P. et Hallett, T. B. (2010). Examining the promise of HIV elimination by test and treat in hyperendemic settings. *AIDS (London, England)*, 24(5), 729–735. <https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e32833433fe> Medline:20154580
- Flicker, S., Savan, B., McGrath, M., Kolenda, B. et Mildenberger, M. (2008). “If you could change one thing...” What community-based researchers wish they could have done differently. *Community Development Journal: An International Forum*, 43(2), 239–253. <https://doi.org/10.1093/cdj/bsm009>
- Flicker, S., Wilson, M., Travers, R., Bereket, T., McKay, C., van der Meulen, A., . . . et Rourke, S. B. (2009). Community-based research in AIDS-service organizations: what helps and what doesn't? *AIDS Care*, 21(1), 94–102. <https://doi.org/10.1080/09540120802032650> Medline:19085225
- Girard, G. (2015). *Insider-outsider, une posture intenable? Retour sur des enjeux de positions dans une recherche sur l'homosexualité et le sida*. Dans J. Otis, M. Bernier et J. J. Lévy (éds.), *La recherche communautaire VIH/sida. Des savoirs engagés* (1ère éd., p. 343–358). Montréal : Presses de l'Université du Québec.

- Gleason-Comstock, J., Streater, A., Calhoun, C. B., Simpson, H. L., Rolack, R. et Norman, S., Jr. (2006). Development of a community-based participatory research effort to evaluate conventional HIV testing (CHT) and HIV rapid testing (HRT). *Journal of HIV/AIDS & Social Services*, 5(3-4), 201–219. https://doi.org/10.1300/J187v05n03_13
- Granich, R., Crowley, S., Vitoria, M., Smyth, C., Kahn, J.G., Bennett, R., . . . et Williams, B. (2010). Highly active antiretroviral treatment as prevention of HIV transmission: review of scientific evidence and update. *Current Opinion in HIV and AIDS*, 5(4), 298–304. <https://doi.org/10.1097/COH.0b013e32833a6c32> Medline:20543604
- Gunter, D., Greer, J., Barbara, A., Robinson, G., Roberts, J. et Browne, G. (2008). Rapid point-of-care HIV testing in community-based anonymous testing program: a valuable alternative to conventional testing. *AIDS Patient Care and STDs*, 22(3), 195–204. <https://doi.org/10.1089/apc.2007.0137> Medline:18290752
- Hecht, C. R., Smith, M. D., Radonich, K., Kozlovskaya, O. et Totten, V. Y. (2011). A comparison of patient and staff attitudes about emergency department-based HIV testing in 2 urban hospitals. *Annals of Emergency Medicine*, 58(Suppl 1), S28–32.e1, 4. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2011.03.020> Medline:21684404
- Institut national de santé publique du Québec. (2015). *Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec. Rapport annuel 2014*. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2066_programme_surveillance_vih.pdf
- Israel, B. A., Schulz, A. J., Parker, E. A. et Becker, A. B. (1998). Review of community-based research: assessing partnership approaches to improve public health. *Annual Review of Public Health*, 19(1), 173–202. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.19.1.173> Medline:9611617
- Laperrière, A. (1997). La théorisation ancrée (grounded theory) : démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer et A. P. Pires (éds.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 309–340). Montréal, Québec: Gaëtan Morin.
- Liang, T. S., Erbeling, E., Jacob, C. A., Wicker, H., Christmyer, C., Brunson, S., . . . et Ellen, J. M. (2005). Rapid HIV testing of clients of a mobile STD/HIV clinic. *AIDS Patient Care and STDs*, 19(4), 253–257. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15857197>. <https://doi.org/10.1089/apc.2005.19.253> Medline:15857197
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2016). *Guide québécois de dépistage des ITSS : Supplément-Dépistage du VIH dans les points de service à l'aide de trousses de dépistage rapide*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-308-04W.pdf>
- Otis, J., Bernier, M. et Lévy, J. J. (2015). *La recherche communautaire VIH/sida. Des savoirs engagés*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Pires, A. P. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer et A. P. Pires (éds.), *La recherche qualitative, enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 113–169). Montréal, Québec: Gaëtan Morin.
- Roberts, K. J., Grusky, O. et Swanson, A.-N. (2007). Outcomes of blood and oral fluid rapid HIV testing: a literature review, 2000–2006. *AIDS Patient Care and STDs*, 21(9), 621–637. <https://doi.org/10.1089/apc.2006.0196> Medline:17919089

- Rogers, E. M. (2003). Attributes of innovations and their rate of adoption. Dans E. M. Rogers (éds.), *Diffusion of innovations* (pp. 219–266). Toronto: Free press.
- Scheirer, M. A. (1981). *Program implementation: The organizational context*. Beverly Hills: Sage publications.
- Scheirer, M. A. (1994). Designing and using process evaluation. Dans J. S. Wholey, H. P. Hatry et K. E. Newcomer (éds.), *Handbook of practical program evaluation* (pp. 40–68). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Sohoni, A., Gordon, D. M., Vahidnia, F. et White, D. A. (2010). Emergency department staff satisfaction with rapid human immunodeficiency virus testing. *Academic Emergency Medicine*, 17(5), 561–565. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2010.00719.x> Medline:20536813
- Spielberg, F., Branson, B. M., Goldbaum, G. M., Lockhart, D., Kurth, A., Celum, C. L., . . . et Wood, R. W. (2003a). Overcoming barriers to HIV testing: preferences for new strategies among clients of a needle exchange, a sexually transmitted disease clinic, and sex venues for men who have sex with men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 32(3), 318–327. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12626893>. <https://doi.org/10.1097/00126334-200303010-00012> Medline:12626893
- Spielberg, F., Branson, B.M., Goldbaum, G.M., Kurth, A. et Wood, R.W. (2003b). Designing an HIV counseling and testing program for bathhouses: the Seattle experience with strategies to improve acceptability. *Journal of Homosexuality*, 44(3-4), 203–220. https://doi.org/10.1300/J082v44n03_09 Medline:12962183
- Steckler, A. et Linnan, L. (2002). *Process evaluation for public health interventions and research*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Strauss, A. et Corbin, J. (2004). *Les fondements de la recherche qualitative. Techniques et procédures de développement de la théorie enracinée*. Fribourg: Academic Press Fribourg.
- Srausquin, J. T., Duan, N., Grusky, O., Swanson, A.-N., Kerrone, D. et Rudy, E. T. (2009). Increasing the reach of HIV testing to young Latino MSM: results of a pilot study integrating outreach and services. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 20(3), 756–765. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19648703>
- Weber, J., Tatoud, R. et Fidler, S. (2010). Postexposure prophylaxis, preexposure prophylaxis or universal test and treat: the strategic use of antiretroviral drugs to prevent HIV acquisition and transmission. *AIDS (London, England)*, 24(Suppl 4), S27–S39. <https://doi.org/10.1097/01.aids.0000390705.73759.2c> Medline:21042050
- Woods, W. J., Erwin, K., Lazarus, M., Serice, H., Grinstead, O. et Binson, D. (2008). Building stakeholder partnerships for an on-site HIV testing programme. *Culture, Health & Sexuality*, 10(3), 249–262. <https://doi.org/10.1080/13691050701793806> Medline:18432424
- Yin, R. K. (2003). *Case study research: Design and methods*. Beverly Hills: SAGE Publications.

PRÉSENTATION DES AUTEURS

Ludivine Veillette-Bourbeau est agente de recherche au département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal. Elle détient un diplôme de premier cycle en sexologie et une maîtrise en santé communautaire. Elle s'intéresse principalement à la recherche communautaire dans le domaine VIH/sida. Elle travaille principalement auprès d'hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et de personnes vivant avec le VIH. Ses intérêts de recherche portent sur la santé sexuelle, la prévention du VIH, ainsi que le développement, l'implantation et l'évaluation de programme d'intervention.

Joanne Otis, Ph. D. en santé publique, est professeure au département de sexologie de l'UQAM depuis 1991 et a été titulaire de la Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé de 2005 à 2014. Ses travaux de recherche portent sur l'accès aux services de santé, ainsi que sur l'analyse des facteurs psychosociaux et socioculturels associés à la santé sexuelle. Ils portent aussi sur le développement, la validation culturelle, l'implantation et l'évaluation des interventions. Elle travaille auprès de diverses populations : adolescents en milieu scolaire, hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et personnes vivant avec le VIH. Elle se distingue par ses travaux de recherche participative avec les communautés en partenariat avec les organismes communautaires VIH/sida au Québec, au Canada et à l'international.

Martin Blais, Ph. D. en sociologie, est professeur au département de sexologie de l'UQAM depuis 2005. Il s'intéresse principalement aux facteurs sociaux et culturels qui influencent les choix amoureux et sexuels, la santé mentale et sexuelle, ainsi que l'inclusion sociale et le bien-être des personnes de la diversité sexuelle. Ses travaux de recherche portent principalement sur les jeunes lesbiennes, gais, bisexuel(les), transidentifié(e)s ou en questionnement, les hommes gais et bisexuels, ainsi que sur la diversification des biographies sexuelles et relationnelles et ses conditions sociales et culturelles d'émergence.

Robert Rousseau est depuis 2002, consultant et formateur aux programmes nationaux de formation, unité des ITSS à l'Institut national de santé publique du Québec. Il fut, de 2002 à 2015, directeur général de RÉZO, un organisme de prévention du VIH/ITSS et de promotion de la santé et du mieux-être auprès des hommes gais et bisexuels de Montréal. Pendant plus de 22 ans, il a siégé à de nombreux comités intersectoriels québécois et canadiens s'intéressant à la question de l'amélioration de l'accès aux services de santé pour les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. De 2012 à 2015, il a été nommé à la présidence de la Table des organismes montréalais de lutte contre le VIH/sida.

Le Dr **Mark A. Wainberg** (1945–2017) était directeur du Centre SIDA McGill et professeur en médecine et en microbiologie et immunologie à l'université McGill. Il était le récipiendaire de nombreuses distinctions honorifiques internationales et nationales notamment de l'Ordre du Canada et de l'Ordre national du Québec, en reconnaissance de ses réalisations avant-gardistes, y compris pour le développement d'un médicament antirétroviral (3TC) reconnu pour avoir sauvé des millions de vies à l'échelle mondiale. Il a aussi grandement contribué à la recherche sur les résistances aux médicaments. Il était aussi un activiste engagé dans la défense des droits des personnes vivant avec le VIH.