

## **Table des matières**

Introduction .....	1
--------------------	---

### **Section 1 : Diffusion des résultats**

Évaluation du changement dans les connaissances et les attitudes chez les personnes participant à une réalisation participative de film et à un atelier d'éducation sur le VIH et le sida pour jeunes indigènes.....	3
<i>Rachel Landy</i>	

Interruption de traitement antirétroviral chez les peuples indigènes vivant avec le VIH au Canada – une étude Building Bridges dirigée collectivement .....	24
<i>Denise Jaworsky, Flo Ranville, Valerie Nicholson, Roberta Price, Carol Kellman, Elizabeth Benson, JanaRae Tom, Erin Ding, Janet Raboud, Hasina Samji, Renée Masching, Mona Loutfy, Anita C. Benoit, Robert S. Hogg, Evanna Brennan, Susan Giles, Anita Rachlis, Curtis Cooper, Nimâ Machouf, Chris Tsoukas, Mark Hull, on behalf of the Building Bridges Team and the Canadian Observational Cohort (CANOC) collaboration</i>	

La sagesse du Tonnerre .....	42
<i>Randy Jackson</i>	

« Elle me sécurise » : comprendre les effets de la thérapie à recours animalier dans une clinique de désintoxication à la méthadone.....	62
<i>Anna-Belle the Therapy Dog, Georgette Sharilyn Sewap, Colleen Anne Dell, Brenda McAllister, Jill Bachiu</i>	

### **Section 2 : Commentaires**

« Je suis ici et je ferai ce que je ferai » : Qu'est-ce que la séropositivité de longue date? .....	72
<i>Andrea F.P. Mellor, Natasha K. Webb, Sherri Pooyak, Val Nicolson, Chad Dickie, Sandy Lambert, Renee Monchalin, Stephanie Nixon, Marni Amirault, Renee Masching, Tracey Prentice, Canadian Aboriginal AIDS Network</i>	

# **Évaluation du changement dans les connaissances et les attitudes chez les personnes participant à une réalisation participative de film et à un atelier d'éducation sur le VIH et le sida pour jeunes indigènes**

*Rachel Landy*

## **RÉSUMÉ**

Bien que les initiatives d'éducation et de prévention du VIH et du sida par les arts auprès des jeunes indigènes gagnent en popularité, peu d'études sont faites sur leur utilisation, leur mise en œuvre, leur caractère opportun, leur efficacité et leur acceptabilité. L'objectif de la présente étude est d'évaluer les changements dans les connaissances et les attitudes des jeunes indigènes quant au VIH et au sida après leur participation à un atelier d'éducation sur le VIH et le sida basé sur les arts.

Onze jeunes de 11 ans à 17 ans s'identifiant comme indigènes ont participé à un atelier de réalisation participative de film de trois jours et demi qui se tenait dans le cadre d'un projet de recherche communautaire visant l'étude de l'utilisation des arts dans la prévention du VIH et du sida chez les jeunes indigènes du Labrador. La réalisation participative de film a été utilisée pour mobiliser les jeunes et ouvrir le dialogue sur le VIH et le sida, la santé sexuelle et la santé en général.

Un modèle de recherche utilisant des méthodes mixtes a été utilisé pour évaluer les changements dans les connaissances et les attitudes après l'atelier. Les jeunes ont rempli des questionnaires immédiatement avant et après l'atelier. Environ deux semaines plus tard, ces jeunes ont passé une entrevue portant sur leur expérience. La méthode d'analyse de contenu a été utilisée pour étudier les transcriptions d'entrevues pour rechercher les thèmes se rapportant aux changements dans les connaissances et les attitudes quant au VIH et au sida.

Les changements survenus quant aux connaissances et aux attitudes après l'atelier étaient statistiquement importants. En moyenne, après l'atelier, les participantes et participants avaient amélioré leur pointage quant aux connaissances sur le VIH de près de 22 %, et leur pointage quant à l'attitude de 18 %.

L'analyse des transcriptions d'entrevues a révélé que les personnes participantes : 1) avaient appris ce qu'est le VIH; 2) avaient appris comment se transmet le VIH; 3) s'étaient instruites sur la stigmatisation; 4) avaient opérationnalisé de nouvelles connaissances; 5) s'étaient instruites sur l'autoefficacité, les limites et les relations saines; 6) attribuaient au milieu créé par la réalisation participative de film les changements dans leurs connaissances et leurs attitudes.

Ces conclusions suggèrent que la réalisation participative de film est une stratégie prometteuse pour l'éducation et la prévention du VIH et du sida auprès des jeunes indigènes. L'amélioration des connaissances et des attitudes quant au VIH et au sida est essentielle pour aborder la

surreprésentation des jeunes personnes indigènes affectées et infectées par le VIH et le sida au Canada.

## CONTEXTE

Le présent manuscrit présente les conclusions de ma recherche doctorale, un projet de recherche communautaire où est explorée et évaluée l'utilisation des arts dans l'éducation et la prévention quant au VIH et au sida auprès de jeunes indigènes<sup>1</sup>. La coordonnatrice du projet sur le VIH et le sida au Labrador m'a approchée et m'a demandé de participer à la création, à la mise en œuvre et à l'évaluation d'un programme éducatif sur le VIH et le sida basé sur les arts pour la clientèle de jeunes indigènes de son milieu. Ensemble, nous avons cherché à créer un atelier basé sur les arts misant sur les forces, respectueux de la culture, éducatif et mobilisateur.

Au Canada, il existe un besoin d'offrir aux jeunes indigènes une éducation sur le VIH et le sida qui respecte la culture, qui mobilise et qui soit efficace, car les indigènes font face à un fardeau de morbidité disproportionné et notamment à une surreprésentation dans le taux d'infection au VIH (Adelson, 2005; Gracey et King, 2009; ASPC, 2014). L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) (2014) estime qu'au Canada, le taux d'infection au VIH chez la population indigène est plus que trois fois supérieur au taux d'infection de la population non indigène. L'ASPC estime qu'en plus d'être disproportionnellement affectés par le VIH, les peuples indigènes tendent à contracter le VIH à un âge prématuré (10 ans plus jeunes) et reçoivent souvent un traitement à un stade plus avancé de la maladie (Nowgesic, 2015) que la population en général (ASPC, 2014). Au Canada, les jeunes indigènes sont plus à risque de contracter le VIH que leurs homologues non indigènes (ASPC, 2014). En particulier, les jeunes indigènes « sont plus susceptibles de recevoir un diagnostic tardif, plus susceptibles de voir se déclarer rapidement une maladie aiguë, moins susceptibles de recevoir des soins médicaux optimaux, et ont un taux de survie écourté » (Smillie-Adjarkw et coll., 2013).

Les déterminants de la santé sont dictés par des facteurs biologiques, sociaux, politiques et environnementaux (Adelson, 2005; Loppie Reading et Wien, 2009; ASPC, 2014; Richmond et Ross, 2009). Les disparités de santé entre les populations indigènes et non indigènes sont associées à des facteurs comme l'héritage continu du colonialisme (Adelson, 2005; Gracey et King, 2009). Par exemple, la pauvreté, le racisme, la précarité de logement, la santé mentale et les accoutumances, les pensionnats, le traumatisme intergénérationnel et la perte d'autonomie, l'autogouvernance, les modes de vie traditionnels et les terres traditionnelles sont des facteurs contribuant à la détérioration de l'état de santé chez les peuples indigènes du Canada, notamment à l'augmentation du taux d'infection au VIH (ASPC, 2014).

Les approches classiques en santé publique ne sont pas adéquates pour lutter contre le VIH et le sida au sein des populations indigènes, car elles ne prennent pas en compte les facteurs

---

<sup>1</sup> Les peuples indigènes vivant traditionnellement au Labrador incluent les Inuit (Nunatsiavut), les Inuit du Sud (NunatuKavut), et les Innus (la nation des Innus a été reconnue comme une Première Nation en 2002). Le terme *indigène* est utilisé dans le présent article de façon à inclure toute personne participant à la présente étude ayant déclaré être Autochtone, Inuit, Innu ou indigène.

particuliers (comme les conséquences du colonialisme) qui augmentent le risque de transmission et déterminent la santé de ces populations (Flicker et coll., 2014; Steenbeek, 2004). Pour diminuer le taux d'infection, il faut mettre en œuvre des stratégies novatrices qui font la promotion de la santé en s'attaquant aux facteurs et aux déterminants de la santé des indigènes qui augmentent le risque d'infection au VIH. En particulier, les stratégies de prévention pour les jeunes indigènes devraient adopter des approches de décolonisation et aborder les facteurs sociaux qui contribuent au risque élevé d'infection au VIH chez les jeunes indigènes (Flicker et coll., 2013).

Les initiatives basées sur les arts sont apparues comme étant des stratégies prometteuses pour promouvoir la santé auprès d'une diversité de populations ces dernières années (Boydell, Gladstone, Volpe, Allemang, et Stasiulis, 2012). Plusieurs formes d'art comme la peinture, la musique et le théâtre ont été utilisées dans des initiatives d'éducation à la santé pour expliquer des sujets comme l'accident vasculo-cérébral, l'hygiène des mains, les maladies cardiaques, la douleur chronique, l'utilisation du tabac et la santé sexuelle auprès de publics cibles constitués d'enfants, de jeunes, d'hommes, et de femmes partout dans le monde (Boydell et coll., 2012; Williams et Noble, 2008). L'utilisation d'initiatives d'éducation basées sur les arts est également en hausse dans les stratégies de prévention du VIH et du sida destinées aux jeunes indigènes au Canada et ces derniers y recourent (Flicker et coll., 2013; Ricci, Flicker, Jalon, Jackson, et Smillie-Adjarkwa, 2009; Fanian et coll., 2015; Lys, Gesink, Strike, et Larkin, 2018; Lys et coll., 2016; Ricci, Flicker, Jalon, Jackson, et Smillie-Adjarkwa, 2009).

Les programmes d'éducation sur le VIH et le sida basés sur les arts sont compatibles avec de nombreuses pratiques exemplaires pour l'éducation des jeunes indigènes quant au VIH et au sida. Ricci et ses collègues (2009) ont publié une revue systématique déterminant les « pratiques sages » en matière d'éducation et de prévention du VIH et du sida chez les jeunes indigènes; ces pratiques incluaient les approches basées sur les arts (p. 29). L'éducation par des pairs et les autres stratégies traitant des répercussions du colonialisme ont été établies comme étant des outils éducatifs efficaces auprès des jeunes indigènes et peuvent être incorporés dans une éducation basée sur les arts (Larkin et coll., 2007; Lys et coll., 2016; Majumdar, Chambers, et Roberts, 2004; Ricci et coll., 2009; Mikhailovich et Arabena, 2005; Wilson et coll., 2016). Lys et ses collègues (2016) ont créé un programme de prévention du VIH et de renforcement du leadership pour les filles indigènes dans les Territoires du Nord-Ouest où les arts sont utilisés comme méthode de mobilisation et d'autonomisation. Les programmes basés sur les arts peuvent également renforcer les relations sociales en impliquant de nombreux membres d'une collectivité (Riecken et coll., 2006). En outre, les programmes basés sur les arts peuvent favoriser l'autonomisation (Boydell et coll., 2012; Finley, 2008; Flicker et coll., 2014; Lys et coll., 2016b). Par exemple, Flicker et ses collègues (2014) rapportent que les jeunes indigènes participant à une initiative de prévention du VIH et du sida basée sur les arts ont trouvé l'expérience émancipatrice. Flicker et ses collègues déclarent que les « approches basées sur les arts offrent généralement aux personnes participantes une occasion : de participer également au processus de prise de décision; d'apprendre des aptitudes et les mettre en commun; de créer des contres-discours pour rendre visibles des aspects auparavant cachés ou tus de leur identité ou de leur expérience; de bâtir sur leurs identités ou pratiques culturelles ou de se les réapproprier » (2014, p. 19).

Bien qu'il existe de nombreuses initiatives utilisant les approches basées sur les arts pour l'éducation et la prévention concernant le VIH et le sida, il existe peu d'études traitant de leur utilisation, de leur mise en œuvre, de leur caractère opportun, de leur efficacité et de leur acceptabilité. L'évaluation de programmes basés sur les arts a défié certaines des stratégies classiques d'évaluation, en partie en raison de leur complexité et de la multiplicité des répercussions et des auditoires (Boydell et coll., 2012; Parsons et Boydell, 2012). Dans le présent projet de recherche, nous avons ensemble conçu et évalué une stratégie basée sur les arts (c.-à-d. la réalisation participative de film) pour la prévention et l'éducation sur le VIH et le sida auprès des jeunes indigènes. Le présent manuscrit présente une description de la stratégie basée sur les arts mise en œuvre, une évaluation du changement dans les connaissances et les attitudes des jeunes après l'atelier, et une exploration des perceptions des personnes participantes quant à leurs apprentissages sur le VIH et le sida à l'atelier.

## MÉTHODES

Afin d'évaluer les changements dans les connaissances et les attitudes durant la participation à l'atelier basé sur les arts, des stratégies de méthodes mixtes ont été utilisées pour la cueillette de données (Creswell, 2013; Tashakkori et Teddlie, 1998). Les sources de données comportaient les outils pour évaluer les connaissances et les attitudes quant au VIH et au sida avant et après l'atelier et des entrevues approfondies avec les personnes participantes après la fin des ateliers. L'utilisation d'une approche à méthodes mixtes permettait d'approfondir la compréhension des connaissances acquises par les jeunes et de leur changement d'attitude après leur participation à l'atelier.

Comme nous l'avons précédemment mentionné, la présente évaluation par des méthodes mixtes du changement dans les connaissances et les attitudes des personnes participantes fait partie d'un vaste projet de recherche communautaire où est étudiée l'utilisation, auprès des jeunes indigènes, des arts comme stratégie participative d'éducation sur le VIH et le sida dans le respect de la culture. Ce projet de recherche communautaire a été entrepris par l'auteure en partenariat avec l'équipe du projet sur le VIH et le sida à Happy Valley-Goose Bay, au Labrador. Les processus de recherche et de création de l'atelier ont été guidés par la coordonnatrice et le comité consultatif de ce projet, par des discussions avec les jeunes ainsi qu'avec d'autres acteurs de la collectivité et par les principes PCAP<sup>MD2</sup> (propriété, contrôle, accès et possession), et par une analyse des publications pertinentes.

Cette étude a reçu l'approbation éthique du comité d'éthique provincial sur la recherche en santé de Terre-Neuve-et-Labrador (NL HREB n° 14 147) et du comité d'éthique en recherche du NunatuKavut. L'information concernant cette étude a été partagée avec le Nunatsiavut tout au long du processus de recherche<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> PCAP<sup>MD</sup> est une marque déposée du Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN). <https://fnigc.ca/fr/pcapr.html>.

<sup>3</sup> Le comité d'éthique en recherche du Nunatsiavut n'étudie que les recherches menées sur les terres du Nunatsiavut. La Nation des Innus n'avait aucun processus officiel en matière d'éthique en recherche lors de la tenue de cette recherche.

## *L'atelier*

L'atelier s'est tenu à Happy Valley-Goose Bay afin d'être accessible au plus grand nombre de jeunes possible. Happy Valley-Goose Bay est la plus importante communauté du centre du Labrador, et compte une population d'environ 6 408 personnes, dont 2 965 (46,3 %) se déclaraient Autochtones dans le recensement de 2016 (Statistique Canada, 2017). En 2016, environ 6,3 % de la population se déclaraient Autochtones; 31,2 % se déclaraient Inuit; et 13,8 % se déclaraient Métis<sup>4</sup> (Statistique Canada, 2017). Par ailleurs, le bureau du projet du Labrador sur le VIH et le sida est situé à Happy Valley-Goose Bay, bien que ses programmes soient offerts dans de nombreuses régions du Labrador.

La forme d'art a été déterminée en consultant de façon informelle les jeunes de la région, ces consultations étant organisées par des partenaires de recherche et menées par les responsables de la coordination de groupe. Il était demandé aux jeunes de classer selon leur intérêt différentes formes d'art dont la peinture, le hip-hop, la réalisation de film, la sculpture, le tambour, et d'y ajouter leurs propres suggestions. L'intérêt prédominant chez les jeunes était la réalisation de film. Nous avons donc mis sur pied un atelier participatif de trois jours et demi pour apprendre à réaliser un film et s'instruire sur le VIH et le sida, lequel atelier a eu lieu lors d'un week-end prolongé.

Des jeunes dont l'âge variait de 11 à 26 ans et se déclarant indigènes ont été invités à participer à l'étude. Le recrutement s'est fait de bouche à oreille. Une affiche annonçant le recrutement a été diffusée par le biais de listes de diffusion locales, dans les édifices à vocation communautaire en ville et sur Facebook. Onze jeunes se déclarant indigènes (3 garçons et 8 filles) et dont l'âge variait de 11 à 17 ans ont participé à l'atelier (8 jeunes avaient environ l'âge de commencer les études secondaires, 3 jeunes avaient environ l'âge de finir les études secondaires). Avant de commencer l'étude, chacune et chacun des participants a donné par écrit son consentement éclairé dans un formulaire également signé par sa tutelle légale. Les participantes et participants recevaient une carte-cadeau de 25 \$ en guise de remerciement pour leur participation à l'atelier.

L'atelier était divisé en deux volets; une séance d'éducation sur le VIH et le sida, animée par le personnel éducatif de Healing Our Nations<sup>5</sup>, et la réalisation de film. La répartition des participantes et participants étaient faite, selon leur groupe d'âge, entre les deux séances distinctes conçues et animées par le personnel éducatif de Healing Our Nations. Les séances d'éducation comportaient de l'information sur les limites, les relations saines, l'alcool et les autres drogues, les infections transmissibles sexuellement et par le sang; ainsi qu'une présentation de base sur le VIH et le sida, le passage de la séropositivité au sida, de même que la transmission, la prévention et le traitement du VIH. Les séances comportaient également des activités artisanales, des jeux éducatifs et des discussions ouvertes. La stigmatisation n'a pas été

---

<sup>4</sup> Il fut un temps où le terme Métis était utilisé pour désigner les membres du NunatuKavut; ce terme est désuet. Les membres du NunatuKavut se définissent comme étant des Inuit du Sud.

<sup>5</sup> Healing Our Nations est un organisme indigène d'éducation sur le VIH et le sida établi dans l'est canadien.

explicitement abordée par le personnel éducatif, mais elle est devenue un sujet de discussion parmi les participantes et participants lors de l'atelier.

Le reste de l'atelier consistait à acquérir des aptitudes pour la réalisation de film, à s'engager dans des activités visant à renforcer l'esprit d'équipe et à permettre aux membres de se connaître, de partager des repas et des casse-croûtes et de participer à des cercles de partage dirigés par les aînées et aînés. L'atelier de réalisation de film a bénéficié des services professionnels d'une facilitatrice et de deux facilitateurs, dont deux étaient des jeunes (de moins de 30 ans) indigènes de l'extérieur du Labrador. Le travail de facilitation consistait à offrir des instructions techniques et de l'équipement et à faciliter chacun des ateliers de groupe pour réaliser un film. Les jeunes ont appris à planifier la réalisation d'un film de même que comment le filmer (réaliser des prises de vue), le réaliser, le diriger et le monter. La majeure partie de chaque journée était consacrée à apprendre à réaliser un film (l'annexe A contient l'horaire de l'atelier).

En petits groupes de trois à six personnes, les jeunes ont réalisé quatre courts-métrages. Les participantes et participants avaient d'abord fait un remue-méninges collectif sur une liste de sujets. Puis des sujets de film ont été éliminés de la liste et les jeunes se sont répartis en petits groupes en fonction des sujets qui avaient retenu leur intérêt. En tout, trois films ont été réalisés : « Tested » [*Dépisté*], « Young Genius » [*Jeune génie*], et « Our Body is a Treehouse » [*Notre corps est une maison dans un arbre*]. Une quatrième production, portant le nom « Condom in Grandma's Bag » [*Un condom dans le sac de grand-mère*], a été réalisée par les aînés.

Les deux premières œuvres ont été écrites, filmées, réalisées et montées par des jeunes. « Tested » a été réalisé par quatre jeunes filles et abordait les thèmes de la stigmatisation, du dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang, et du rôle de soutien des amitiés. « Young Genius » a été réalisé par deux participantes et deux participants, et ce film avait pour thèmes l'intimidation et le soutien familial. « Our Body is a Treehouse », une production de Claymation, était écrit, réalisé et créé par une participante et deux participants. Ce film était inspiré de la phrase « Notre corps est une maison dans un arbre. », utilisée par l'éducatrice sur le VIH dans sa présentation sur les limites et les relations saines. Un des jeunes a travaillé sur deux films. Il faisait partie du groupe qui a réalisé le film Claymation, et a aussi participé à la réalisation du film des aînés, « Condom in Grandma's Bag », où il jouait le rôle de l'intervieweur, questionnant les personnes aînées sur ce qu'elles savaient auparavant sur le VIH, et ce qu'elles savaient maintenant. À la fin de l'atelier, les jeunes ont donné leurs instructions pour que le montage final soit ensuite finalisé par l'équipe de facilitation. Les facilitateurs ont également ajouté à la fin des films les génériques, une description du projet de recherche et un mot de remerciement pour le financement du projet.

## Outils

Deux outils ont été combinés pour créer les questionnaires avant et après l'atelier afin d'évaluer le changement dans les connaissances et les attitudes quant au VIH. Un questionnaire validé de 18 questions sur les connaissances concernant le VIH (Carey et Schroder, 2002) qui est, « pour l'usage interne, cohérent, stable, sensible aux changements résultant d'interventions, et approprié pour les populations peu instruites » a été utilisé pour évaluer le changement dans les

connaissances sur le VIH (Carey et Schroder, 2002). Nous avons également utilisé une échelle d'attitudes sur les croyances, un questionnaire sur l'attitude validé de 10 questions tiré de *l'Assessment Instruments for Measuring Student Outcomes: Grades 7 – 12*, pour évaluer le changement d'attitude (Popham et coll., 1992). Les participantes et participants devaient répondre par « vrai », « faux » ou « ne sais pas » à chacun des énoncés dans les deux outils. Ces outils ont été choisis parce que leur utilisation avait été satisfaisante dans le précédent projet du Labrador sur le VIH et le sida pour évaluer des séances d'information scolaires (non basées sur les arts).

Un programme semi-structuré d'entrevues a été créé pour explorer les expériences des jeunes à l'atelier et pour approfondir la compréhension quant aux changements dans les connaissances et les attitudes survenus durant l'atelier. Le programme des entrevues comportait des questions sur les raisons ayant motivé les jeunes à participer à l'atelier, leurs expériences à l'atelier, leurs connaissances sur le VIH et le sida, et la réalisation de film en tant que stratégie éducative sur le VIH et le sida.

### **Collecte de données**

Les personnes participantes ont répondu de façon autonome à toutes les questions sur le prétest lors du premier rassemblement pour l'atelier, et au posttest quand le week-end tirait à sa fin. Ces deux tests étaient jumelés par un numéro d'identifiant unique. L'information se rattachant à l'anonymisation des personnes participantes, l'ensemble des données et le matériel de l'atelier ont été rangés en sécurité sous clé dans mon bureau.

Environ deux semaines après l'atelier, les personnes participantes ont été invitées à passer une entrevue sur leur expérience de l'atelier. Les onze jeunes ont passé une entrevue individuelle ou par deux, selon leurs préférences. Deux fratries ont choisi de participer ensemble au processus d'entrevue. Celles-ci étaient conversationnelles et duraient de trente à quatre-vingt-dix minutes. Elles étaient enregistrées numériquement, puis transcrites. Je commençais les entrevues en projetant aux participantes et participants (ainsi qu'à leurs parents ou leur tutelle légale, lorsque leur présence le permettait) leur film et en leur demandant s'il avait été finalisé selon les plans établis par le groupe et si on désirait y apporter d'autres changements. Dans la plupart des cas, les parents ou la tutelle légale, après avoir assisté au visionnement de film, quittaient ensuite la pièce. Dans deux cas, les parents ou la tutelle légale ont assisté à toute l'entrevue. Ils se sont, dans ces deux cas, retirés dans un coin de la pièce pendant ma conversation avec la personne participante.

### **Analyse des données**

Les réponses des tests avant et après l'atelier ont été saisies et analysées à l'aide de l'outil R Project, un logiciel d'analyse statistique (2013). Pour l'étude du changement dans le niveau de connaissances au cours de l'atelier, les réponses exactes au questionnaire sur les connaissances recevaient le pointage « 1 », et les réponses inexactes et celles où la case « ne sais pas » était cochée se voyaient attribuer le pointage « 0 ». Le pointage maximum possible pour un questionnaire dont toutes les réponses étaient bonnes était de dix-huit. Dans le questionnaire sur



les attitudes, le pointage « 1 » était attribué si la réponse exprimait un accord avec un énoncé qui comportait un risque manifeste de transmission, et le pointage « 0 » était attribué si la réponse ne tenait pas compte du risque de transmission. Le nombre de réponses exactes était compté et le pointage maximum possible pour un questionnaire était de dix points. Les pointages des tests passés avant et après l'atelier sur les connaissances et les attitudes étaient compilés et analysés séparément. Un test paramétrique de Student pour échantillons appariés a été utilisé pour comparer les pointages moyens. Le seuil de signification a été fixé à  $p < 0,05$ .

J'ai utilisé une approche conventionnelle d'analyse de contenu pour coder les données de l'entrevue qui étaient axées sur le changement dans les connaissances et dans l'attitude. (Hsieh et Shannon, 2005; Hesse-Biber et Leavy, 2010; Miles, Huberman, et Saldana, 2013). Les entrevues étaient enregistrées et transcrites (en entier). Chaque transcription a été lue de nombreuses fois pour obtenir le sens global des données (expériences des jeunes). Microsoft Word a été utilisé pour gérer les données et pour l'encodage. Les phrases et les termes individuels où il était question de l'acquisition de connaissances et de changements d'attitudes quant au VIH et au sida ont été encodés. Ces codes ont ensuite servi à créer les thèmes présentés.

## LES RÉSULTATS

### *Les connaissances et les attitudes quant au VIH avant et après l'atelier basé sur les arts*

En raison de la petite taille de l'échantillon, les données ont été examinées pour déterminer s'il était possible d'en tirer des inférences statistiques. Le test de normalité de Shapiro-Wilk indique que les pointages tant sur les connaissances que sur les attitudes quant au VIH provenaient de distributions normales (le coefficient de concordance quant au VIH étant établi, pour les connaissances, à  $W [10] = 0,929$ ;  $p = 0,441$ ; et pour les attitudes, à  $W [10] = 0,896$ ;  $p = 0,197$ ). Les résultats des tests des rangs signés de Wilcoxon soutiennent également l'augmentation importante des pointages après l'intervention en faisant abstraction de la normalité des différences (connaissances sur le VIH :  $p = 0,006$ ; attitudes concernant le VIH [0,013]).

En moyenne, les participantes et participants ont répondu correctement à 5,7 (ÉT : 2,45) des 18 questions du prétest sur les connaissances quant au VIH et à 9,6 (ÉT : 2,88) au posttest. Les participantes et participants ont, en moyenne, répondu correctement à 5,7 (ÉT : 3,13) des 10 questions du prétest sur les attitudes quant au VIH et à 7,5 (ÉT : 2,59) questions au posttest<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> Chez l'une des personnes participantes, il y avait une augmentation de 18 points entre les résultats au prétest et au posttest, car elle avait répondu « ne sais pas » à chaque énoncé du prétest. Cette augmentation inhabituelle de 18 points était une donnée aberrante. Les pointages obtenus par cette personne au test avant et après l'atelier ne se démarquaient pas particulièrement (de la moyenne); l'amélioration de 18 points après l'atelier représente presque 3 écarts-types au-dessus de l'amélioration moyenne (écart réduit = 2,78). En incluant la donnée aberrante, les moyennes au prétest et au posttest sur les connaissances étaient respectivement de 5,2 (ÉT : 2,89) et de 9,4 (ÉT : 2,84) sur le questionnaire quant aux connaissances, et respectivement de 5,2 (ÉT : 3,43) et de 7,6 (ÉT : 2,50) sur le questionnaire quant aux attitudes. La donnée aberrante est exclue des analyses approfondies.

Les tests paramétriques de Student pour échantillons appariés indiquent que les changements dans les pointages au prétest et au posttest sont statistiquement significatifs ( $t_{(9)} = 8,093$ ;  $p < ,001$ ). Les pointages des personnes participantes quant aux connaissances sur le VIH ont augmenté en moyenne d'environ 4 réponses exactes après l'atelier ( $DM = 3,9$ ;  $ÉT = 1,52$ ; 95 % IC [2,8; 5,0]).

Le pointage sur l'attitude des personnes participantes concernant le VIH a augmenté en moyenne d'environ 2 réponses exactes après l'atelier ( $DM = 1,8$ ;  $ÉT = 1,55$ . 95 % IC [0,7; 2,9]). Il s'agit d'une importante amélioration ( $t_{(9)} = 3,674$ ;  $p = ,005$ ) (voir le tableau 1 ci-dessous).

	Moyenne Prétest N = 10	Moyenne Posttest N=10	Différence moyenne [DM] (Prétest/Posttest) N=10	95 % IC	Variable à tester ( $T_9$ )	Valeur de p (P)
Connaissances sur le VIH	$\bar{x} = 5,7$	$\bar{x} = 9,6$	DM = 3,9; ÉT = 1,52	(2,8; 5,0)	$t_9 = 8,09$	$p < 0,001$
Attitudes quant au VIH	$\bar{x} = 5,7$	$\bar{x} = 7,5$	DM = 1,8; ÉT = 1,55	(0,7; 2,9)	$t_9 = 3,67$	$p = 0,005$

**Tableau 1. Comparaison des pointages obtenus par les personnes participantes au prétest et au posttest sur les connaissances et les attitudes en ce qui concerne le VIH**

### Thèmes émergents quant aux connaissances et aux attitudes concernant le VIH

Les données de l'analyse qualitative du contenu de l'entrevue permettent d'améliorer la compréhension des conclusions quantitatives en offrant une vision élargie, approfondie et contextuelle des données quantitatives. Elles permettent également d'effectuer une comparaison des données et des conclusions pour chacune des méthodes de récolte de données (Creswell, 2013). Les conclusions de l'analyse qualitative soutiennent les conclusions quantitatives, car elles suggèrent que les personnes participantes se sont instruites sur le VIH et le sida au cours de l'atelier. Elles sont par ailleurs appuyées par le fait que beaucoup de jeunes ont attribué leur apprentissage à leur participation à l'atelier.

En matière de changements dans les connaissances sur le VIH et le sida, une analyse qualitative de contenu des entrevues a permis de faire ressortir les thèmes suivants : 1) les personnes participantes ont appris ce qu'est le VIH, 2) les personnes participantes ont appris les modes de transmission du VIH, 3) les personnes participantes se sont instruites sur la stigmatisation, 4) les personnes participantes ont opérationnalisé de nouvelles connaissances, 5) les personnes participantes se sont instruites sur les limites et les relations saines, 6) les personnes participantes

ont attribué les changements dans leurs connaissances et leurs attitudes à l'environnement créé par la réalisation participative de film.

*1) Les personnes participantes ont appris ce que sont le VIH et le sida.*

Les personnes participantes possédaient des connaissances variées sur le VIH et le sida avant l'atelier. Plusieurs jeunes ont déclaré ne pas savoir ce qu'étaient le VIH et le sida avant de participer à cet atelier. D'autres connaissaient les autres infections transmissibles sexuellement et par le sang, mais ne connaissaient pas le VIH et le sida avant l'atelier.

I : D'accord, c'était la première fois que tu entendais parler du VIH? D'accord, avais-tu entendu parler d'autres infections transmissibles sexuellement avant?

P : Bien, je connais la chlamydia, genre.

*2) Les personnes participantes ont appris les modes de transmission du VIH.*

Lorsqu'on leur a posé des questions sur leurs apprentissages lors de cet atelier, beaucoup de jeunes ont déclaré avoir appris sur la transmission du VIH. Par exemple, un groupe de jeunes a décidé de centrer son film sur l'éducation concernant la transmission du VIH :

Nous avons appris qu'il y a seulement trois façons<sup>7</sup> d'attraper le VIH. Alors nous avons utilisé ça dans notre film. Comme au début on ne savait pas... la plupart de nous ne savaient pas ce que c'était. Alors on a simplement, une fois que nous avons appris sur ce sujet, décidé de faire notre film basé sur ça parce que beaucoup de personnes ne savent pas ce que c'est.

Beaucoup de jeunes, en plus d'apprendre comment se transmet le VIH, ont appris comment il n'est *pas* transmis.

I : Qu'est-ce que tu as appris [sur le VIH et le sida]?

P : Bien, je ne savais pas que quand tu touches aux gens, tu ne peux pas l'avoir.

*3) Les personnes participantes se sont instruites sur la stigmatisation*

Même si elle n'a pas été spécifiquement abordée dans les séances d'information sur le VIH et le sida, la stigmatisation à l'égard du VIH, du sida, des infections transmissibles sexuellement et par le sang et du dépistage ressortait dans les discussions au cours de l'atelier de même que dans les films et les entrevues. L'une des jeunes personnes faisait un lien entre la réduction de la stigmatisation, l'absence de crainte de contracter le VIH et l'augmentation de ses connaissances sur sa transmission :

---

<sup>7</sup> Les « trois façons » auxquelles il est fait allusion sont par le sang, par le lait maternel, et par le sperme ou les sécrétions vaginales ou anales.

Même si tu as le VIH ou un truc comme ça, tu n'as pas à avoir peur de l'attraper ni rien parce que ça peut juste s'attraper par des moyens bien précis, et on ne devrait pas se moquer [des gens porteurs] parce qu'il arrive que des personnes en soient porteuses sans même le savoir.

Certaines jeunes personnes ont signalé qu'elles profitaient de l'occasion de faire des films pour en instruire d'autres sur le VIH les attitudes exemptes de stigmatisation :

Le film aide les gens à comprendre, genre, en parlant du fait qu'on ne peut pas l'attraper simplement en touchant quelqu'un... nous aidons les gens à apprendre que c'est correct d'être proche du monde, qu'on ne peut pas juste exclure [les autres].

Une autre jeune personne racontait : « On a appris différentes façons par lesquelles tu peux attraper le VIH, comment ne pas l'attraper, et à passer au dépistage. » Certains jeunes faisaient un lien entre la stigmatisation et les raisons motivant certaines gens à ne pas se faire tester pour le VIH et le sida.

I : Penses-tu que c'est un gros problème que les gens ne veulent pas passer au dépistage parce que...?

P : Ils pensent qu'on se moquera d'eux.

I : Oui? Penses-tu que ça arrive?

P : Oui.

I : Oui? Et alors que veux-tu dire aux gens en faisant ce film, quel était ton message?

P : Que si une personne a le VIH ou des IST, elle ne devrait pas s'éloigner parce que tu ne peux pas, genre... je ne sais pas comment l'expliquer.

I : Tu fais un bon travail. Parce que tu ne peux pas... genre, tu ne peux pas l'attraper?

P : Oui.

I : De?

P : Ce n'est pas comme la grippe ou rien de ça.

#### *4) Opérationnalisation des connaissances*

Plusieurs de ces jeunes ont réalisé des films qui opérationnalisait leurs nouvelles connaissances au cours de l'atelier. Plusieurs avaient l'impression d'avoir le devoir d'éduquer les autres sur ce qui leur était auparavant inconnu. L'occasion de réaliser un film leur a servi pour éduquer leur public sur le VIH et le sida. Par exemple, un groupe a fait un film appelé « Tested ».

P : Bon, on a fait un film dans lequel on intimidait une fille parce qu'elle avait passé un test pour le VIH et alors on commençait à faire courir des rumeurs sur ça [...] et sur d'autres trucs.

I : Pourquoi pensais-tu que c'était important de faire ce film?

P : Pour que les gens sachent ne pas se moquer des gens et des trucs.

I : Et est-ce que c'était à cause de choses que tu as apprises à l'atelier?

P : Oui.

I : Comme quoi?

P : Comme ce qu'on a appris, qu'il y a seulement trois façons d'attraper le VIH alors on l'a mis dans notre film. Comme au début on ne savait pas, la plupart de nous ne savaient pas ce que c'était, alors on a juste, quand on a appris ce que c'était, décidé de faire notre film basé sur ça parce que beaucoup de monde ne sait pas ce que c'est.

I : Savais-tu quelque chose sur le VIH avant?

P : Non.

I : C'était la première fois que tu en entendais parler?

P : Oui.

Également, une autre jeune a décrit l'opérationnalisation de ses nouvelles connaissances dans son quotidien en racontant une interaction au terrain de jeu après l'atelier et avant l'entrevue de recherche.

P : Vendredi, [un garçon au terrain de jeu] me dit genre « touche-moi pas, j'ai le VIH. » Je lui ai répondu, je lui ai expliqué que tu ne peux pas l'attraper, que je ne peux pas attraper le VIH en [le] touchant.

I : Donc l'intimidateur<sup>8</sup> disait que tu ne devrais pas le toucher? Ou c'était le garçon qui disait ça?

P : Le garçon, c'était vendredi, quand je suis allée à l'école; ce garçon me disait genre « Touche-moi pas, j'ai le VIH » et moi je [répondais] genre, « Je ne peux pas attraper le VIH en te touchant. »

I : Et qu'est-ce qu'il a répondu à ça?

P : Il a dit « Oh... oh, je ne savais pas ça », ouais.

##### *5) L'autoefficacité, les limites et les relations saines*

Un autre thème qui est ressorti des entrevues était l'idée d'avoir des limites, y compris la notion d'appartenance et de contrôle de son propre corps. Les jeunes ont utilisé la métaphore « notre corps est une maison dans un arbre » de leur séance d'éducation sur le VIH et le sida dans l'un des films. Plusieurs jeunes ont expliqué, en parlant de leurs apprentissages durant l'atelier, avoir appris que le contrôle de leur corps était quelque chose leur appartenant. « Nous avons appris que notre corps est un genre de maison dans un arbre, genre tu as des règlements. » Une autre jeune personne a déclaré « Les enfants et les ados peuvent faire leurs propres choix sur ce qu'ils ou elles font de leur corps. » Une autre jeune faisait un lien entre cette métaphore et le fait d'avoir du respect pour elle-même. En particulier, elle trouvait qu'il était important d'avoir des limites quand elle entreprendrait des relations [sexuelles] à l'avenir. Elle a raconté :

P : J'ai appris que ton corps est une maison dans un arbre, que tu dois respecter ton corps et pour ma part, j'aimerais autant être avec quelqu'un que je connais et tout ça avant qu'on [ait une relation] sérieuse.

I : Alors tu avais une bonne relation avec quelqu'un avant.

P : Et j'établirai des limites.

---

<sup>8</sup> Cette participante avait précédemment qualifié un autre jeune d'« intimidateur ».

## *6) Le changement dans les connaissances et les attitudes découlant d'une participation à la réalisation participative de film*

L'ensemble des jeunes ont affirmé avoir fait des apprentissages sur le VIH et le sida à l'atelier. Plusieurs jeunes disaient avoir appris sur le VIH et le sida du personnel éducatif et d'autres facilitateurs, plusieurs disaient avoir appris de leurs pairs par le processus de réalisation participative de film, et d'autres encore ont décrit avoir appris des films des autres groupes.

I : Savais-tu certaines de ces choses avant?

P : La seule chose que je savais sur ça, c'est que tu pouvais seulement l'attraper, genre, par une relation sexuelle et tout ça.

I : Et alors as-tu déjà pensé à l'intimidation pour les gens qui passent au dépistage ou qui pourraient avoir le VIH?

P : Non.

I : Non? Tu n'as jamais pensé à ça avant? C'était juste quelque chose auquel vous avez pensé en parlant tout le monde ensemble?

P : Oui.

## **DISCUSSION**

Les conclusions de cette étude suggèrent que pendant la réalisation participative de film et l'atelier d'éducation sur le VIH et le sida, les jeunes ont augmenté leur niveau de connaissances et amélioré leurs attitudes quant au VIH et au sida. Le changement après l'atelier était significatif en ce qui concerne le pointage des connaissances sur le VIH ( $t_{(9)} = 8,093; p < .001$ ) et le pointage des attitudes sur le VIH ( $t_{(9)} = 3,674; p = .005$ ). Les données d'entrevue soutenaient les conclusions quantitatives et développaient à partir de ces conclusions en offrant des détails sur ce que les personnes participantes avaient l'impression d'avoir appris à l'atelier.

L'analyse des entrevues indiquait que les participantes et participants avaient des connaissances variées sur le VIH avant l'atelier. Tant les résultats des questionnaires que ceux des entrevues confirmaient que les jeunes, en plus de s'instruire sur l'existence du VIH, avaient appris comment il se transmet. Même si les connaissances avaient considérablement augmenté après l'atelier, les niveaux de connaissances demeuraient faibles avec un taux moyen de réponses exactes de 53,3 % au posttest sur les connaissances concernant le VIH, une augmentation approximative de 21,7 % du taux de réponses exactes. Le pointage quant à l'attitude des personnes participantes envers le VIH et le sida avait en moyenne augmenté de 18,0 % après leur participation à l'atelier pour un taux moyen de réponses exactes de 75,0 %. Le changement d'attitudes semblait relié à l'apprentissage sur la transmission du VIH, y compris sur les liquides corporels contenant le virus. Le fait que le niveau de connaissances demeurait faible pourrait entre autres être attribuable au fait que la séance d'éducation sur le VIH n'était pas conçue spécifiquement pour que les questions concernant le dépistage y soient abordées.

Giles (2014) a mené une évaluation similaire sur une intervention éducative en milieu scolaire non basée sur les arts concernant le VIH et le sida au Labrador. Son étude incluait 91 jeunes dont

l'âge variait de 11 à 17 ans et dont 54 se déclaraient indigènes (59,3 %). Les personnes participantes à son étude ont, en moyenne, amélioré leurs pointages de 13,3 % dans un questionnaire similaire sur les connaissances, et de 2,2 % dans le même questionnaire sur les attitudes après une séance d'information en classe d'une heure et demie (Giles, 2014). Les personnes participant à notre atelier de réalisation participative de film ont démontré une plus importante amélioration dans leur pointage à la fois sur les connaissances et sur les attitudes comparativement à une population similaire participant à une séance d'éducation non basée sur les arts.

Les jeunes participant à cet atelier de réalisation participative de film et d'éducation sur le VIH et le sida ont établi un lien entre la stigmatisation et le dépistage du VIH. L'amélioration des connaissances sur le VIH est essentielle pour améliorer les attitudes quant au VIH et ultimement réduire la stigmatisation. Par exemple, la connaissance de ce qui constitue et de ce qui ne constitue pas un mode de transmission du VIH peut affecter les attitudes envers les personnes vivant avec le VIH. De plus, la stigmatisation se rapportant au VIH peut entraver l'accès aux services de prévention, y compris le dépistage du VIH (Lys et coll. 2016) et le traitement du VIH. Considérant le risque élevé d'infection au VIH des personnes indigènes et le fait que l'infection est souvent décelée à un stade avancé (Nowgesic, 2015), il est essentiel de réduire la stigmatisation se rapportant au VIH. Les conclusions de la présente étude montrent que les jeunes participant à cet atelier de réalisation participative de film et d'éducation sur le VIH et le sida ont augmenté leurs connaissances sur le VIH et amélioré leurs attitudes quant au VIH après l'atelier, ce qui a eu pour effet de réduire la stigmatisation sur le VIH chez ces jeunes.

Même si les participantes et participants à l'étude ont considérablement augmenté leurs connaissances et leurs attitudes quant au VIH, les pointages évaluant leurs connaissances et leurs attitudes demeuraient faibles. Ceci suggère que la réalisation participative de film comme stratégie a réussi en ce qui concerne l'éducation sur le VIH et le sida, mais démontre aussi la nécessité d'une mobilisation et d'initiatives d'éducation continues auprès de cette population.

Il y a peu d'études où sont examinés les changements dans les connaissances et les attitudes quant au VIH au sein de cette population canadienne. Bien que les pratiques exemplaires suggèrent que l'éducation pour prévenir le VIH commence avant 15 ans (Ricci et coll., 2009), de nombreuses initiatives et évaluations quant à l'éducation sur le VIH n'incluent pas les jeunes de moins de 15 ans. Les conclusions de la présente étude suggèrent que la réalisation participative de film est une stratégie d'éducation sur le VIH efficace.

### **Opérationnalisation du changement dans les connaissances et les attitudes**

Si les données quantitatives démontrent qu'il y a eu un changement considérable à la fois en matière de connaissances et d'attitudes quant au VIH chez les personnes participantes, les résultats de leurs entrevues fournissent une compréhension autrement nuancée quant aux changements dans les connaissances et les attitudes découlant de l'atelier.

L'un des aspects que le questionnaire concernant les connaissances sur le VIH ne permet pas de capturer est la façon dont les jeunes ont pu opérationnaliser leurs nouvelles connaissances sur le

VIH. Par exemple, une jeune racontait une interaction qu'elle avait eue au terrain de jeu de son école entre l'atelier et l'entrevue subséquente, et son compte-rendu attestait de ses connaissances sur le VIH et de son assurance à les utiliser pour défier un « intimidateur ». Une autre jeune a dit vouloir établir ses limites dans ses relations futures. Beaucoup de jeunes ont exprimé leur désir d'éduquer leurs pairs en leur transmettant leurs nouvelles connaissances par leurs films. Les jeunes opérationnalisèrent leurs nouvelles connaissances, dans ce cas-ci, par la réalisation de film avec le désir d'éduquer leurs pairs. Globalement, ces conclusions suggèrent que les jeunes ont acquis de l'autonomie par leur participation à l'atelier. Ces conclusions sont en ligne avec d'autres qui ont montré que les initiatives participatives de promotion de la santé basées sur les arts donnaient de l'autonomie aux personnes participantes, les jeunes et les femmes indigènes y compris (Boydell et coll., 2012; Finley, 2008; S. Flicker et coll., 2014; Prentice, 2015). En outre, ces conclusions sont prometteuses puisque la recherche suggère qu'une augmentation des sentiments d'autonomisation, d'estime de soi et d'autoefficacité peut apporter des qualités protectrices en ce qui concerne l'infection au VIH (King, 1999; Lys et Reading, 2012; Prentice, 2015; ONUSIDA, 2014).

## LIMITATIONS

La présente était une étude descriptive de prétests et de posttests évaluant les changements dans les connaissances et les attitudes quant au VIH et au sida. Le modèle de cette étude est limité afin d'évaluer le changement dans le temps. Le changement mesuré après l'atelier pourrait ne pas être entièrement imputable à la participation à l'atelier. Cette étude est également limitée par le fait que le changement dans les connaissances et les attitudes a seulement été mesuré immédiatement après l'atelier. Une évaluation continue sur de longs intervalles fournirait de l'information sur la rétention des apprentissages acquis lors de l'atelier.

Les conclusions de cette étude ne sont pas généralisables en raison de la petitesse de l'échantillon jugé non représentatif (n=11) de personnes qui ont choisi d'y participer et de l'absence de groupe témoin. De plus, la petite taille de l'échantillon ne permettait pas d'analyser les données selon le genre ou l'âge des participants. Également, il nous a été impossible de présenter, concernant l'ethnicité, d'autres éléments que le fait que les personnes participantes se déclaraient indigènes; idéalement, les jeunes auraient pu se déclarer Innu, Inuit, Autochtone ou Métis, par exemple. Cependant, l'importance du changement dans les connaissances et les attitudes suggère qu'il serait utile de mener une étude similaire avec un nombre de participants constituant un échantillon représentatif.

Également, le questionnaire de connaissances concernant le VIH (HIV-KQ) ne permet qu'une évaluation limitée des connaissances concernant « l'histoire naturelle, le cours clinique ou le traitement du VIH et du sida » (Carey et Schroder, 2002, p. 6). Ainsi s'ajoute aux limitations du questionnaire le fait qu'il n'aborde que les vecteurs sexuels de transmission, et n'inclut pas d'autres vecteurs telle l'utilisation de drogues par injection, le mode de transmission du VIH le plus courant chez les indigènes dans la population canadienne (Carey et Schroder, 2002; ASPC, 2014). Enfin, cet outil d'évaluation des connaissances sur le VIH n'a pas été conçu spécifiquement pour être utilisé auprès de jeunes indigènes.



## CONCLUSION

Cette étude est la première à évaluer les changements dans les connaissances et les attitudes chez les jeunes indigènes qui ont pris part à la réalisation participative de film comme stratégie de prévention du VIH et du sida. Les jeunes ont considérablement amélioré leurs connaissances et leurs attitudes quant au VIH et au sida pendant leur participation à l'atelier. Ces conclusions suggèrent que la réalisation participative de film est une stratégie prometteuse pour l'éducation et la prévention du VIH et du sida auprès des jeunes indigènes. L'amélioration des connaissances et des attitudes et la réduction de stigmatisation en découlant sont essentielles pour réduire la surreprésentation des jeunes indigènes parmi les personnes affectées et infectées par le VIH et le sida au Canada.

## ANNEXE A : Horaire de l'atelier

Atelier sur l'éducation à la santé et la réalisation d'un film sur le VIH et le sida

Vendredi, de 17 h à 21 h

- 17 h : introduction
- Cercle d'ouverture
- Jeux de mouvements
- Ouverture par les personnes âgées
- Activité brise-glace
- Prétest
- 18 h à 18 h 30 : souper
- 18 h 30 : groupe A : atelier sur le VIH; groupe B : ententes collectives
- 20 h 20 : cercle de clôture
- 

Samedi, de 10 h à 16 h

- Cercle d'ouverture et activité brise-glace
- Groupe A : ententes collectives; groupe B : atelier sur le VIH
- 12 h 30 : lunch
- 13 h : jeux de mouvements
- Planification du film
- 15 h : cercle de la parole avec les personnes âgées
- 15 h 40 : cercle de clôture

Dimanche, de 10 h à 16 h

- Cercle d'ouverture et activité brise-glace
- Tournage de film
- 12 h 30 : lunch
- 13 h : jeux de mouvements
- Tournage de film (suite)
- 15 h : cercle de la parole avec les personnes âgées
- 15 h 40 : cercle de clôture

Lundi, de 10 h à 16 h

- Rassemblement matinal
- Jeux brise-glace
- Montage de films
- 12 h 30 : lunch
- 13 h : jeux de mouvements
- Montage de films (suite)
- 14 h : projection de films – travaux en cours
- 14 h 30 : Cercle de la parole collectif
- Posttest et conclusion
- Fermeture par les personnes âgées

## RÉFÉRENCES

- Adelson, N. (2005). « The embodiment of inequity: Health disparities in Aboriginal Canada ». *Revue canadienne de santé publique*, 96(Suppl 2), S45–S61. Récupéré de : <http://www.jstor.org/stable/41994459>
- ASPC. (2014). *Actualités en épidémiologie du VIH/sida – Chapitre 8 : Le VIH/sida chez les Autochtones au Canada*. Ottawa : ASPC.
- Baydala, L. T., Worrell, S., Fletcher, F., Letendre, S., Letendre, L., et Ruttan, L. (2013). « “Making a place of respect”: Lessons learned in carrying out consent protocol with First Nations Elders ». *Progress in Community Health Partnerships: Research, Education, and Action*, 7(2), 135–143. doi:10.1353/cpr.2013.0015
- Boydell, K. M., Gladstone, B. M., Volpe, T., Allemang, B., et Stasiulis, E. (2012). « The production and dissemination of knowledge: A scoping review of arts-based health research ». *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 13(1). doi:[10.17169/fqs-13.1.1711](https://doi.org/10.17169/fqs-13.1.1711)
- Boydell, K. M., Volpe, T., Cox, S., Katz, A., Dow, R., Brunger, F., . . . Zlotnik-Shaul, R. (2012). « Ethical challenges in arts-based health research ». *The International Journal of the Creative Arts in Interdisciplinary Practice*, 11(1), 1–17.
- Carey, M. P., et Schroder, K. E. (2002). « Development and psychometric evaluation of the brief HIV knowledge questionnaire ». *AIDS Education and Prevention: Official Publication of the International Society for AIDS Education*, 14(2), 172–182. doi.org/10.1521/aeap.14.2.172.23902
- Creswell, J. W. (2013). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.
- Fanian, S., Young, S. K., Mantla, M., Daniels, A., et Chatwood, S. (2015). « Evaluation of the K ts' iihłta (“We Light the Fire”) Project: building resiliency and connections through strengths-based creative arts programming for Indigenous youth ». *International Journal of Circumpolar Health*, 74(1), 27672. doi:10.3402/ijch.v74.27672
- Finley, S. (2008). « Arts-based research ». Dans J. G. Knowles, et A. L. Cole (éd.), *Handbook of the arts in qualitative research: Perspectives, methodologies, examples, and issues* (pp. 71–81). Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.
- Flicker, S., Danforth, J. Y., Wilson, C., Oliver, V., Larkin, J., Restoule, J., . . . Prentice, T. (2014). « “Because we have really unique art”: Decolonizing research with Indigenous youth using the arts ». *International Journal of Indigenous Health*, 10(1), 16–34. doi:[10.18357/ijih.101201513271](https://doi.org/10.18357/ijih.101201513271)

- Flicker, S., Danforth, J., Kongsom, E., Wilson, C., Oliver, V., Jackson, R., . . . Mitchel, C. (2013). « “Because we are natives and we stand strong to our pride”: Decolonizing HIV prevention with Aboriginal youth in Canada using the arts ». *Canadian Journal of Aboriginal Community-Based HIV/AIDS Research*, 5, 4–24. [doi:10.18357/ijih.101201513271](https://doi.org/10.18357/ijih.101201513271)
- Giles, M. (2014). *Impact of an HIV/AIDS sexual health education program for youth in southern Inuit communities* (thèse de maîtrise). Memorial University of Newfoundland, St John’s.
- Gracey, M., et King, M. (2009). « Indigenous health part 1: Determinants and disease patterns ». *The Lancet*, 374(9683), 65–75. doi:10.1016/S0140-6736(09)60914-4
- Hesse-Biber, S. N., et Leavy, P. (2010). *The practice of qualitative research*. Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.
- Hsieh, H. F., et Shannon, S. E. (2005). « Three approaches to qualitative content analysis ». *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277–1288. doi:15/9/1277
- King, R. (1999). « Sexual behavioural change for HIV: Where have theories taken us? » (ONUSIDA/99.27E). Genève, Suisse : ONUSIDA.
- Larkin, J., Flicker, S., Koleszar-Green, R., Mintz, S., Dagnino, M., et Mitchell, C. (2007). « HIV risk, systemic inequities, and Aboriginal youth: Widening the circle for HIV prevention programming ». *Revue canadienne de santé publique*, 98(3), 179–182. Récupéré de : <http://www.jstor.org/stable/41994907>
- Loppie Reading, C., et Wien, F. (2009). *Health inequalities and social determinants of Aboriginal peoples’ health*. Prince George, Colombie-Britannique : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.
- Lys, C., et Reading, C. (2012). « Coming of age: How young women in the Northwest Territories understand the barriers and facilitators to positive, empowered, and safer sexual health ». *International Journal of Circumpolar Health*, 71, 1–9. doi:10.3402/ijch.v71i0.18957
- Lys, C., Logie, C. H., MacNeill, N., Loppie, C., Dias, L. V., Masching, R., et Gesink, D. (2016). « Arts-based HIV and STI prevention intervention with northern and Indigenous youth in the Northwest Territories: Study protocol for a non-randomised cohort pilot study ». *BMJ Open*, 6(10), 1-7. doi:10.1136/bmjopen-2016-012399
- Majumdar, B. B., Chambers, T. L., et Roberts, J. (2004). « Community-based, culturally sensitive HIV/AIDS education for Aboriginal adolescents: Implications for nursing practice ». *Journal of Transcultural Nursing: Official Journal of the Transcultural Nursing Society / Transcultural Nursing Society*, 15(1), 69–73. doi:10.1177/1043659603260015

- Mikhailovich, K., et Arabena, K. (2005). « Evaluating an indigenous sexual health peer education project ». *Health Promotion Journal of Australia*, 16(3), 189-193. doi:10.1071/HE05189
- Miles, M. B., Huberman, A. M., et Saldana, J. (2013). *Qualitative data analysis* Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.
- Nowgesic, E. F. (2015). *Antiretroviral Therapy Access, Acceptance and Adherence among Urban Indigenous Peoples Living with HIV in Saskatchewan: The Indigenous Red Ribbon Storytelling Study* (dissertation doctorale). Université de Toronto, Toronto.
- ONUSIDA. (2014). *Social and behaviour change programming*. Genève, Suisse : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA).
- Parsons, J. A., et Boydell, K. M. (2012). « Arts-based research and knowledge translation: Some key concerns for health-care professionals ». *Journal of Interprofessional Care*, 26(3), 170-172. doi:10.3109/13561820.2011.647128
- Popham, W., Hall, E., Tonks, D., Hetrick, M., Alexander, F., Bloom, R., et Weiner, M. (1992). « Assessment instruments for measuring student outcomes. grades 7–12. booklet 6 ». *Atlanta (USA): Division of Adolescent and School Health. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*
- Prentice, T. (2015). *Visioning health: Using the arts to understand culture and gender as determinants of health for HIV-positive Aboriginal women (PAW)* (dissertation doctorale). Université d'Ottawa : Ottawa.
- Ricci, C., Flicker, S., Jalon, O., Jackson, R., et Smillie-Adjarkwa, C. (2009). « Prévention du VIH chez les jeunes Autochtones : Examen de portée globale ». *Revue canadienne de recherche communautaire autochtone sur le VIH et le sida*, 2, 24–37.
- Richmond, C. A., et Ross, N. A. (2009). « The determinants of First Nation and Inuit health: A critical population health approach ». *Health & Place*, 15(2), 403–411. doi:10.1016/j.healthplace.2008.07.004
- Riecken, T., Conibear, F., Michel, C., Lyall, J., Scott, T., Tanaka, M., . . . Strong-Wilson, T. (2006). « Resistance through re-presenting culture: Aboriginal student filmmakers and a participatory action research project on health and wellness ». *Canadian Journal of Education/Revue canadienne de l'éducation*, 29(1), 265–286. doi:10.2307/20054156
- Steenbeek, A. (2004). « Empowering Health Promotion ». *Journal of Holistic Nursing*, 22(3), 254-266. doi:10.1177/0898010104266714
- Tashakkori, A., et Teddlie, C. (1998). *Mixed methodology: Combining qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks, California: Sage Publications Inc.

Williams, O., et Noble, J. M. (2008). « ‘Hip-hop’ stroke: A stroke educational program for elementary school children living in a high-risk community ». *Stroke*, 39(10), 2809–2816. doi:10.1161/STROKEAHA.107.513143

Wilson, C., Oliver, V., Flicker, S., Prentice, T., Jackson, R., Larkin, J., ... et Mitchell, C. (2016). « ‘Culture’ as HIV prevention: Indigenous youth speak up! ». *Gateways: International Journal of Community Research and Engagement*, 9(1), 74-88. doi:10.5130/ijcre.v9i1.4802