

LE PROJET DE RENFORCEMENT DES CAPACITÉS AUTOCHTONES



en RECHERCHE COMMUNAUTAIRE

ÉVALUATION FINALE

Réalisée par :

J. Kevin Barlow, consultant principal
John Serkiz, associé

Rédigé pour :

Réseau canadien autochtone du sida

MARS 2001

TABLE DES MATIÈRES

SECTION I

| | |
|--|---------|
| Introduction | Page 3 |
| Contexte | Page 4 |
| But et objectifs du projet | Page 4 |
| Résultats | Page 5 |
| Observations relatives au processus..... | Page 6 |
| Recommandations..... | Page 12 |

SECTION II

| | |
|-------------------------------|---------|
| Résumé des constatations..... | Page 13 |
| Constatations du sondage..... | Page 14 |

ANNEXES

| | |
|--|----------|
| Tableau de rendement..... | Annexe A |
| Questionnaire | Annexe B |
| Description de travail du coordonnateur de projet..... | Annexe C |
| Cadre de référence du groupe de travail..... | Annexe D |
| Liste de chercheurs autochtones..... | Annexe E |

INTRODUCTION

Le présent document présentera les résultats d'une évaluation du processus utilisé pour concevoir un projet de renforcement des capacités autochtones en recherche communautaire (PRCARC). L'objectif final consiste à former des chercheurs autochtones qui peuvent répondre aux besoins en recherche de la collectivité autochtone du VIH/sida.

Ce projet accomplit essentiellement le premier pas en vue d'atteindre l'objectif final. C'est Santé Canada qui, en formant un partenariat avec le Réseau canadien autochtone du sida, a pris les mesures initiales en vue de combler ce besoin.

La participation autochtone a été très limitée dans le cadre des efforts antérieurs en recherche communautaire. Il sera difficile d'évaluer le succès de ce programme, car il n'est pas encore été mis en oeuvre. La dissémination d'information aux personnes appropriées s'est révélée un défi majeur au cours des tentatives précédentes.

COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL : (en ordre alphabétique)

| | |
|----------------------|---|
| Alex Archie | Santé Canada |
| Greg Brass | Urban Aboriginal Homelessness Project, United Native Nations, C.-B. |
| Ken Clement | Healing Our Spirit (remplace Duane Shuttleworth) |
| Brenda Elias | Université du Manitoba (remplace John O'Neil) |
| Arlo Yuzicapi-Fayant | Coordonnatrice de projet |
| Randy Jackson | Études supérieures, Université du Manitoba (M.A. en sociologie) |
| Namaste Marsden | Healing Our Spirit |
| Amrita Paul | Santé Canada |
| Naz Theriault | Ancien de Two Spirit |
| Art Zoccole | Réseau canadien autochtone du sida |

Quatre réunions se sont déroulées afin de répondre aux préoccupations soulevées par le RCAS selon lesquelles le Programme en recherche communautaire ne pouvait pas répondre aux besoins de la collectivité autochtone du VIH/sida avec une subvention annuelle de 800 K\$. Ces quatre réunions ont eu lieu aux endroits suivants : 1) du 5 au

7 nov. 2000, Winnipeg (Manitoba); 2) du 20 au 24 janv. 2001, Vancouver (C.-B.); 3) du 22 au 24 février 2001, Ottawa (Ontario); 4) les 22 et 23 mars 2001, Vancouver (C.-B.).

CONTEXTE

La présente évaluation a commencé en examinant l'ensemble de la documentation pertinente, qui a ensuite servi à créer un tableau de rendement afin de donner un aperçu du projet. (Annexe A)

La prochaine étape consistait à élaborer et à présenter un questionnaire aux personnes participant à ce processus. L'ensemble des neuf participants et la coordonnatrice de projet ont été interviewés par téléphone. Leurs réponses ont été utilisées pour servir de fondement à l'évaluation finale sur le processus utilisé pour concevoir le projet de renforcement des capacités autochtones en recherche communautaire.

La présente évaluation portait en majeure partie sur le processus, plutôt que sur les résultats. Deux intervieweurs ont communiqué avec chaque personne et les entrevues ont duré en moyenne de 20 à 35 minutes. Une copie du questionnaire est incluse à l'Annexe B.

BUT DU PROJET

Concevoir un programme de renforcement des capacités autochtones en recherche communautaire dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida.

OBJECTIFS DU PROJET

1. Examiner la documentation sur les besoins identifiés des intervenants communautaires autochtones sur le VIH/sida en rapport avec leur participation à la recherche communautaire (RC).
2. Rédiger des objectifs pour l'ensemble du programme à l'intérieur des paramètres de la RC.

3. Concevoir des composantes du programme qui abordent les besoins communautaires identifiés dans le domaine de la RC.
4. Élaborer un processus de présentation des demandes pour un programme de renforcement des capacités en RC. Cela comprendrait la demande de propositions et des calendriers appropriés, le formulaire de demande, les critères d'admissibilité et le processus d'examen.
5. Recommander à la Division des politiques, de la coordination et des programmes sur le VIH/sida une structure de mise en oeuvre du PRCARC qui comprendrait la coordination et l'administration financière du programme. Cela inclurait l'élaboration de critères pour la gestion du programme et la présentation de recommandations concernant l'administration du programme.
6. Déterminer un calendrier pour la mise en oeuvre du PRCARC et identifier une portion des fonds alloués pour l'année financière 2000-20001 qui pourrait être utilisée d'ici le 31 mars 2001.
7. Établir un plan d'évaluation du programme afin de déterminer le succès du PRCARC.
8. Préparer et publier des communiqués sur la conception du programme et l'annonce du programme définitif.

RÉSULTATS

1. Un PRCARC doté d'objectifs précis et un plan d'évaluation visant à déterminer le succès du programme.
2. Processus définitif de présentation des demandes, y compris les composantes énumérées sous l'objectif n° 4.
3. Recommandations officielles pour la mise en oeuvre du PRCARC.
4. Des communiqués sur l'élaboration et la conception du PRCARC en français et

Le projet de renforcement des capacités autochtones en recherche communautaire -- **Évaluation finale**
en anglais.

OBSERVATIONS RELATIVES AU PROCESSUS

Planification :

L'efficacité de la première et de la deuxième réunion suggère que ces réunions n'avaient pas été organisées adéquatement. Bon nombre de personnes étaient incertains par rapport à leur rôle, au processus, ce sur quoi les discussions étaient censées porter et certaines personnes percevaient des intentions cachées. La première réunion a été décrite par une personne comme étant «enlisée dans la boue», tandis qu'une autre personne estimait surtout qu'il fallait établir un climat de confiance. Un autre participant a recommandé que le début et la fin du processus aurait pu avoir été mieux circonscrits.

La question de la disponibilité de la documentation pertinente n'a pas semblé avoir une incidence importante. De nombreuses personnes ont reconnu leurs limitations et le fait qu'ils partaient de zéro. Cela a été un point tournant majeur, car le programme pouvait partir à neuf.

Il n'est pas clair si les documents ou les leçons apprises dans le contexte du groupe de travail autochtone sur la recherche et la surveillance du VIH avec l'ancien LLCM ont été mis à contribution. Bon nombre des enjeux soulevés concernant le processus du PRCARC, à propos du matériel et de la composition du groupe, semblent être des enjeux vécus par cet autre groupe de travail.

Le processus et les résultats :

La grande majorité des participants s'est dite satisfaite du processus et des résultats. Par ailleurs, la plupart des participants reconnaissaient qu'il fallait toujours effectuer un suivi, une mise au point ou qu'il y avait certaines questions auxquelles il fallait toujours répondre.

Fait intéressant, malgré les niveaux de satisfaction par rapport au processus, la majorité des participants ont signalé que le calendrier n'était pas adéquat et qu'ils se sont sentis pressés et ont éprouvé des pressions. En dépit de l'attribution d'une cote numérique élevée ou de l'énonciation d'une réponse affirmative, presque tous les répondants ont nuancé leurs réponses en fournissant des exemples illustrant comment le processus aurait pu être amélioré.

L'efficacité des quatre réunions principales a été compromise encore plus parce que ce ne sont pas toutes les personnes qui ont assisté aux quatre réunions; certaines personnes ont éprouvé des pressions associées à leur charge de travail et, par conséquent, n'ont pas pu lire la documentation à temps ou n'avaient pas reçu le matériel assez rapidement ou du tout. Deux membres ont été remplacés à mi-projet. Un participant a souligné qu'il était très facile de constater qui avait ou n'avait pas lu la documentation.

Coordination du projet :

Le processus a été encore entravé par l'arrivée de la coordonnatrice de projet durant les huit dernières semaines. Plusieurs personnes ont déclaré que son rôle particulier n'était pas clair. Les tâches principales semblaient inclure plus de travaux administratifs et de rédaction et l'aspect d'animation du groupe a été compromis, non seulement en raison d'un rôle mal défini, mais par la présence de co-présidents qui adoptaient des approches très différentes.

Le résultat de cette dynamique a semblé accroître la pression, et, parfois, les enjeux étaient exprimés avec beaucoup de difficulté par le groupe.

L'insatisfaction avec cet aspect n'était toutefois pas généralisé, et certaines personnes accueillaient favorablement les discussions incohérentes, la dynamique de groupe et estimaient que cela faisait partie du processus de renforcement des capacités au sein du groupe.

Selon des commentaires particuliers sur la coordonnatrice de projet, on estimait qu'elle réalisait un travail exemplaire, qu'elle possédait une expérience adéquate et qu'elle contribuait des connaissances pertinentes. D'autres personnes ont également évoqué des faiblesses au niveau de l'animation de groupe, qui était parfois assumée par les co-présidents ou la coordonnatrice de projet.

Coordination nationale en recherche communautaire (RC) :

La présence d'une coordination nationale semblait extrêmement positive. Ce fait est également appuyé par la création d'un poste de coordonnateur de projet national en RC. La question semble être qui jouera un rôle dans les démarches futures. Des exemples particuliers suggèrent le RCAS, un comité directeur solide, le groupe de travail actuel en version élargie et Santé Canada.

Les avantages d'une coordination nationale incluaient entre autres la capacité de surmonter de nombreux obstacles déjà rencontrés. Par exemple, pour faire face aux faibles taux de réponse, il serait possible d'approcher les groupes ou les régions et/ou de les appuyer pour examiner des questions de RC particulières. Les pairs qui effectuent l'examen pourraient être recrutés d'une manière plus efficace et rapide.

Il a également été suggéré d'identifier des façons de faire participer les membres du groupe de travail dans le processus principal de RC afin de renforcer leurs capacités.

Besoins de suivi :

1) Questions techniques : Un autre commentaire clé suggère que l'on avait répondu à certaines questions en ne se fondant pas entièrement sur l'expérience. Même si les membres de la collectivité possédaient des connaissances du point de vue de la collectivité, certains aspects semblaient exiger une perspective technique. Cela indique qu'il faudra aborder cet enjeu à un moment donné dans l'avenir.

Parallèlement à ces commentaires, des observations soulignaient des présentations ou des liens à des sources externes, comme la collectivité autochtone ou des comités de bourses d'études, auraient pu aidé à répondre aux questions d'une manière qui aurait pu être plus efficace et plus facile à mettre en application.

En ce qui a trait à l'absence d'expertise, la plupart des personnes reconnaissaient les limitations en raison du fait qu'aucun expert autochtone sur le VIH/sida (recherche) n'était actuellement disponible. C'est essentiellement sur quoi portait le processus.

Le groupe s'appuyait surtout sur les antécédents diversifiés autour de la table. Plusieurs personnes ont mentionné particulièrement la valeur d'avoir John O'Neil au sein du groupe et sa remplaçante, Brenda Elias. Cependant, certains commentaires négatifs ont été formulés. Il est nécessaire de souligner qu'il doit y avoir un équilibre entre la collectivité et le monde de la recherche. Des chercheurs autochtones sont disponibles, mais la plupart ne possèdent pas d'expérience dans le domaine du VIH/sida.

De nombreuses questions ont été adressées particulièrement à John O'Neil et

ultérieurement à Brenda Elias, car ils possédaient une expérience en recherche. En général, les commentaires portaient sur le besoin de liens plus étroits avec les chercheurs, les personnes qui ont participé au processus principal et celles qui ont participé à l'attribution des bourses d'études. L'expérience était absente de certains aspects.

Cependant, les membres autochtones considéraient qu'ils avaient également des contributions valables à apporter, que ne possédaient pas les chercheurs universitaires et le gouvernement, autrement dit, qu'ils étaient des professionnels en soi. Ils connaissent leurs collectivités. Il est impératif d'atteindre un équilibre entre les milieux universitaires, le gouvernement et les membres de la collectivité autochtone.

Outre cela, deux personnes ont souligné l'aspect de renforcement des capacités ou les occasions d'apprentissage pour toutes les personnes participant aux réunions de ce processus. Des suggestions particulières identifiaient les affectations comme une manière d'améliorer la compréhension de ces divers environnements.

2) Surveillance et évaluation : En ce qui concerne le présent document, les commentaires sont favorables à sa rédaction, particulièrement afin de déterminer ou de mieux comprendre « comment » disséminer l'information à propos du programme, « comment » aborder la possibilité d'un autre faible taux de réponse et où apporter des améliorations ou des ajustements au programme à la fin de la première année.

Quant à savoir qui s'acquittera de ces tâches, le RCAS était appuyé par la majorité comme ayant un rôle clé à jouer, tandis que d'autres estimaient qu'il était critique de faire participer ces trois parties à ce processus. Ceux qui ont suggéré que le groupe de travail pouvait jouer un rôle, estimaient également qu'il fallait élargir la composition du groupe de travail pour deux raisons :

- 1) Minimiser la charge de travail des membres restants lorsqu'une personne quitte pour des raisons quelconques;
- 2) Fournir l'aspect de renforcement de capacités ou d'éducation pour les personnes invitées à siéger au groupe de travail.

Même si Santé Canada a l'obligation ou le devoir de surveiller la mise en oeuvre, il est

clair, d'après les réponses fournies, qu'il doit exister un rôle pour la participation de la collectivité, et peut-être toutes les parties, au sein de ce groupe de travail.

Cependant, certaines personnes estimaient que le groupe de travail s'était acquitté de sa tâche, qu'il serait tenu au courant des produits finis, mais que son rôle devait prendre fin. Il a également été suggéré qu'à l'avenir, il faudrait avoir une représentation des trois groupes autochtones, comme il avait été mentionné que les peuples inuit et métis ne faisaient pas partie du groupe de travail.

La question de la rotation doit également tenir compte des leçons apprises par le groupe de travail du LLCM, qui avait connu un roulement considérable des membres sans raison positive manifeste .

Dissémination de l'information :

La question la plus pressante qui doit être abordée, en raison d'une absence de demandes, est la dissémination de l'information. Le domaine qui n'a pas été abordé est, fait intéressant, le principal enjeu absent des tentatives précédentes en RC. La question toujours en suspens est la dissémination efficace, aux destinataires appropriés, d'information sur les programmes. Les commentaires suggéraient que la collectivité du VIH/sida est au courant de la RC, mais que la collectivité autochtone ne l'est pas.

Au moment de la rédaction du présent rapport, le programme des bourses de stages d'été est en voie d'être établi. Une personne a commenté que le montant alloué au projet d'été est très minime. Deux autres personnes ont exprimé des préoccupations sur l'admissibilité à ces bourses, étant donné que le programme ne peut pas être réservé exclusivement aux Autochtones.

Renforcement des partenariats :

Il y avait, fondamentalement, un enjeu ou une perception récurrente de contrôle et de définition du partenariat. En plus d'un but souvent mal défini, ce que certains éprouvaient au moment des discussions au sujet du PNRDS, on exprimait souvent l'opinion qu'il fallait développer la portion de renforcement des capacités seulement.

Il fallait insister plus fortement sur l'articulation des avantages et du but de ce

partenariat, d'une manière ouverte, transparente, car certains suggéraient que Santé Canada avait des intentions cachées. D'autre part, Santé Canada considérait que le ministère devait justifier sa version du partenariat.

Certains commentaires suggéraient que, d'une part, Santé Canada avait probablement appris plus auprès des membres autochtones, en ce qui a trait aux besoins d'élaboration de programmes et que, d'autre part, les membres autochtones avaient acquis des connaissances au sujet de Santé Canada et d'autres aspects des processus de financement et de recherche. Il s'agit-là d'un aspect du renforcement des capacités.

Pour clore le sujet du « processus », il est évident que l'on n'avait pas porté suffisamment d'attention à cet important élément fondamental. Des commentaires comme «des intentions cachées», «contrôle», «adopter une attitude défensive», «forcer la main», «aller trop loin», «établir la confiance», etc., suggéraient que, même si le groupe s'était réuni et avait atteint son objectif, il subsistait encore des pierres d'achoppement.

Afin d'améliorer ce domaine, de nombreuses personnes ont suggéré que l'établissement d'un climat de confiance était en fait la première étape majeure. Les représentants du gouvernement doivent reconnaître que la collectivité autochtone a, depuis longtemps, eu des relations néfastes avec la politique gouvernementale. Une méthode transparente doit s'établir et le gouvernement doit comprendre le contexte historique et la manière dont les peuples autochtones abordent les enjeux.

Même si cela ne semble pas comme du temps productif, en fait, une fois que l'élément du climat de confiance est en place, le processus peut progresser à bonne allure.

Les peuples autochtones ont aussi tendance à discuter «autour» d'un sujet et certaines personnes font appel à un raisonnement déductif ou inductif. Il faut faire preuve de patience et il est nécessaire de garder à l'esprit qu'il s'agit d'un renforcement des capacités-- pour la collectivité autochtone. Peut-être en va-t-il de même également pour les représentants du gouvernement et du milieu universitaire.

Personne n'a semblé profité autant qu'il aurait été possible de l'approche utilisée.

Même si la plupart des personnes éprouvaient de la satisfaction et laissaient le processus où il en était au départ, certains ont suggéré que les boucliers doivent s'abaisser et il semble que, une fois que certains aspects de la clarification des rôles et des buts ont été atteints, ils ont été capables de réaliser des progrès.

RECOMMANDATIONS

1. Que les aspects liés à la planification soient améliorés afin de définir les rôles plus clairement, pour tous les postes concernés.
2. Que Santé Canada reconnaisse le besoin d'accorder la priorité au renforcement des capacités, dans l'établissement de partenariats avec la collectivité autochtone. Ces mesures doivent inclure des efforts particuliers afin de : a) établir un climat de confiance; b) fonctionner d'une manière ouverte et transparente; c) reconnaître le besoin et la valeur de la perspective «communautaire»; et d) conserver une approche flexible.
3. Que le RCAS fasse une utilisation accrue des capacités autochtones de recherche, lorsque cela est possible, même si de nombreux chercheurs autochtones ne sont pas des experts dans le domaine du VIH/sida.
4. Que les prochaines étapes soient abordées dans le cadre d'un mécanisme national de coordination quelconque qui s'appuie sur les efforts et les contributions des trois parties participant au PRCARC, notamment les milieux universitaires, le gouvernement et la collectivité autochtone du VIH/sida.
5. Que le poste de coordonnateur national de projet en RC soit établi de manière à travailler sous l'autorité de ce mécanisme national de coordination.
6. Qu'une stratégie de communications soit mise au point le plus tôt possible et qu'elle cible les autorités autochtones de l'éducation, les départements d'études autochtones, les organismes provinciaux et territoriaux, les conseils de tribu, les conseils de bande, la collectivité inuit, les associations locales de métis, les organismes autochtones de représentation nationale et provinciale, les conseils autochtones de santé, les organismes autochtones de service sur le sida, la presse écrite autochtone, l'APTN, le réseau national autochtone de la santé, l'Institut de la santé des Autochtones en commençant par la liste des chercheurs autochtones incluse à l'Annexe E.

RÉSUMÉ DES CONSTATATIONS

1. L'enjeu prioritaire est l'élaboration et la mise en oeuvre d'une stratégie de communications. Cela peut être considéré comme le lien manquant dans les efforts antérieurs de RC visant la collectivité autochtone. Cette stratégie doit inclure des progrès relativement à la création d'un poste de coordonnateur national de projets en RC, une méthode de coordination via le RCAS (ou un sous-groupe) qui peut ou non inclure tous les membres du groupe de travail actuels. Des exemples particuliers de communication étaient : un site Web, un envoi postal et, assurément, une composante d'évaluation à la fin de la première année pour apporter des améliorations et des ajustements au besoin. Une liste de certains chercheurs autochtones est incluse à l'Annexe E.
2. Le renforcement de partenariats entre le gouvernement et les collectivités autochtones exige une meilleure compréhension de la façon dont les peuples autochtones voient les choses. Il doit être reconnu que le renforcement des capacités pour les participants peut et doit se produire. En fait, cela doit faire partie des attentes. L'accent doit être placé sur la clarification des rôles, la transparence, la diminution des perceptions d'intentions cachées et la reconnaissance que les membres de la collectivité autochtone ont des contributions valables à apporter qui peuvent accroître la probabilité d'efficacité des programmes.
3. Plus de temps se traduira par des résultats et un processus plus cohésifs. Tous les participants étaient satisfaits du processus, mais un aspect clé du processus était le temps alloué à l'atteinte des résultats. Compte tenu des contraintes de temps et des limitations et du fait que l'on doit s'attendre à un renforcement des capacités, il semblerait que le temps aura pu être plus productif si l'on avait mis les cartes sur la table, précisé les rôles et établi un climat de confiance afin d'atteindre des résultats réalisables. Il est nécessaire d'établir une planification efficace, qui comprendrait des buts et des objectifs clairs et mesurables.
4. Conserver le partenariat entre Santé Canada et le RCAS afin d'aborder les besoins en matière de suivi. Des efforts particuliers doivent être consacrés en

vue d'approcher les personnes liées aux universités et aux bourses d'études en vue de déterminer si tous les aspects de ce programme peuvent être exécutés efficacement.

5. L'animation de groupe et des rôles clairs doivent être articulés et mis en oeuvre particulièrement durant un processus qui est géré en vertu de telles contraintes de temps.

CONSTATATIONS DU SONDAJE

Le texte qui suit présente les résultats d'entrevues téléphoniques réalisées auprès des participants du groupe de travail et de la coordonnatrice de projet.

QUI :

Afin de déterminer qui a participé à ce processus, les questions portaient sur la façon dont les personnes ont commencé à participer, quelles compétences ils contribuaient et s'ils avaient acquis des connaissances au cours de leur participation à ce processus.

1. Comment vous a-t-on recruté pour participer à ce groupe de travail?

La plupart des participants avaient été invités par Santé Canada pour siéger au groupe de travail. Cinq membres provenaient de la collectivité autochtone et entretenaient des liens solides avec le domaine du VIH/sida. Deux membres provenaient de Santé Canada. Deux membres provenaient du milieu universitaire et participaient à des travaux de recherche. La coordonnatrice de projet est arrivée durant les huit dernières semaines du projet.

2. Quelle force particulière, du domaine de la recherche, avez-vous personnellement apporté à ce processus?

Certaines personnes avaient déjà participé à un projet de recherche, d'autres avaient récemment participé à de la RC. La participation au processus du PNRDS, le fait de faire partie d'un groupe d'initiés, contribuaient aux éléments requis du point de vue d'un enquêteur, tout comme une vaste expérience dans le cadre du programme jumeau.

D'autres personnes possédaient des antécédents universitaires ou une formation. L'expérience dans un programme en recherche communautaire et la participation à des enjeux sur le VIH/sida chez les Autochtones étaient représentés. Certains avaient de l'expérience en matière d'orientation spirituelle. D'autres étaient d'avis qu'ils étaient l'«objet de la recherche» par opposition à être des «chercheurs».

3. Quelles compétences avez-vous personnellement acquises au cours de ce processus?

Apprentissage concernant les processus de financement du gouvernement, c.-à-d. le processus interne de Santé Canada. La déontologie de la recherche. Excellent exemple d'un processus bidirectionnel. L'importance d'établir des partenariats forts entre le gouvernement et la collectivité.

La terminologie et le vocabulaire du domaine de la recherche, la rédaction de questions techniques, l'étude sur l'humain. Meilleure compréhension des enjeux de recherche auxquels est confrontée la collectivité autochtone. Création d'un processus d'attribution de bourses.

4. Un domaine particulier d'expertise était-il absent?

Une expérience plus directe avec la RC. Certaines personnes reconnaissaient l'absence d'expert autochtone sur le VIH/sida. Un équilibre entre les porte-parole de la collectivité et les porte-parole de la recherche. Plusieurs personnes ont dit que rien ne manquait. Plusieurs personnes ne comprenaient pas le processus de recherche ou confondaient le programme autochtone et la RC. L'animation du processus. De meilleurs liens avec les universités et les programmes de bourses et de subventions universitaires. Plus d'expertise avancée dans les processus de subventions. Expertise autochtone en RC.

5. Si oui, comment cette absence a-t-elle été abordée par le groupe de travail?

Un programme de stages d'été pour corriger l'absence d'expertise autochtone en RC. On s'appuyait sur les antécédents variés et parfois sur l'expertise particulière des membres du groupe de travail. On a utilisé d'autres ressources pertinentes afin de ne

pas réinventer la roue. On s'est appuyé sur le partenariat entre Santé Canada et le RCAS pour aborder les questions de contraintes de temps et des pressions. Le contrat stipulait un document d'évaluation. Rappels de rester sur le sujet.

6. Sur une échelle de 1 à 5, (1 faible, 5 élevé), dans quelle mesure les résultats seront-ils capables de commencer à combler les besoins en recherche de la collectivité autochtone du VIH/sida?

La note moyenne était de **4**. Une personne n'a assigné aucune note.

QUAND :

Le calendrier prévu pour ce processus devait être évalué à partir de deux points de vue principaux : a) la durée et b) les méthodes de présentation. Autrement dit, le processus devait déterminer non seulement la quantité de temps disponible mais aussi comment il fallait l'utiliser pour atteindre les objectifs.

7. Le calendrier était-il adéquat?

OUI : 4 réponses

NON : **5 réponses**

INCERTAIN : 1 réponse

Mais, même si elles ont répondu oui, de nombreuses personnes ont dit que le calendrier était trop limité et bousculé. Certains sujets demeuraient en suspens. Bon nombre de personnes ont indiqué qu'une ou deux réunions de plus auraient pu être utiles.

8. Avez-vous été capable de consulter votre groupe d'intérêt ou d'autres personnes durant ce processus? L'avez-vous fait?

La plupart ont dit oui, cependant on ne connaît pas les moyens de consultation ni les personnes consultées. D'autres ont répondu qu'ils n'avaient pas vraiment procédé à des consultations, étant donné que les délais posaient problème, que cette question ne s'appliquait pas ou que leur mandat l'interdisait.

9. En moyenne, combien d'heures par semaine avez-vous consacrées à ce processus?

En additionnant les heures, y compris le personnel du gouvernement et du projet, environ **127 heures** par semaine étaient consacrées à ce processus, en plus des quatre réunions principales qui duraient chacune deux journées entières et temps nécessaire aux déplacements.

Les exemples de temps consacré au projet comprenaient des discussions à propos du projet, les déplacements, les conversations téléphoniques, l'examen de la documentation, les courriels, la rédaction, etc.

Si l'on inclut le temps des employés gouvernementaux et du personnel de projet rémunérés, le total serait de **51,5 heures** par semaine, en plus des quatre réunions. Les heures consacrées par les quatre bénévoles du comité variaient de 2,5 à 30 heures par semaine chacun.

COMMENT :

Afin de déterminer comment étaient employées les heures consacrées au projet, on a posé les questions suivantes.

1. Pouvez-vous décrire votre compréhension de l'utilisation du processus?

Pour ce qui est de la catégorie des réponses négatives, bon nombre de personnes ont affirmé qu'elles ne comprenaient pas clairement et qu'elles confondaient le projet avec le processus du PNRDS, qu'il était parfois entravé par les représentants du gouvernement ou qu'il s'agissait d'un processus de Santé Canada.

Quant aux réponses affirmatives, certaines personnes le comprenaient très bien et le résumaient comme suit : «deux sujets étaient traités : 1) renforcement des capacités pour Santé Canada dans la façon dont ils abordent la programmation autochtone et 2) établir un pont entre la recherche universitaire et les organismes communautaires.»

11. Les quatre réunions principales ont-elles été suffisantes pour exécuter les tâches proposées?

De nouveau, de nombreuses réponses contenaient des messages ambigus comme un oui et non, ou on les qualifiait en présentant des réalités vécues, c.-à-d. que certaines personnes n'ont pas pu assister aux 4 réunions ou que des tâches n'avaient pas pu être terminées. Des suggestions mentionnaient qu'il aurait pu être préférable de tenir 2 réunions de plus ou qu'une utilisation plus productive de la première réunion (et peut-être de la deuxième) aurait pu suffire.

12. Sur une échelle de 1 à 5 (1 faible, 5 élevé), quel est votre degré de satisfaction par rapport au processus?

Malgré les contraintes de temps, la moyenne était de **4**.

13. Veuillez décrire ce qui, selon vous, a le mieux fonctionné?

La plupart des personnes ont évoqué les réunions mêmes, ainsi que l'engagement des membres, comme les points saillants. La dynamique de ces réunions a permis d'avoir des échanges adéquats et respectueux. L'information déjà rédigée sur la RC conventionnelle a également aidé, tout comme le fait d'avoir un objectif commun.

14. Qu'avez-vous le moins aimé au sujet du processus?

Certains commentaires négatifs portaient généralement sur la notion de «nous» contre «eux», les perceptions d'intentions cachées, des questions de contrôle, les conflits de personnalités, les discussions animées, la prise de position de certains et pourquoi certaines personnes présentes n'avaient pas d'antécédents de recherche. D'autres commentaires défavorables étaient liés aux contraintes de temps qui créaient des difficultés pour certains (qui ne travaillaient pas dans le domaine du VIH/sida) concernant le calendrier et l'absence de communication à la fin.

La première réunion...le point de mire était d'établir un climat de confiance et d'expliquer qu'il s'agissait d'un partenariat. La dernière réunion, lorsque l'on a dit qu'un aspect était interdit par Santé Canada parce que le programme s'adressait exclusivement aux peuples autochtones.

Enfin, il ne représentait pas l'ensemble des 3 groupes autochtones (les Inuit et les Métis étaient absents) et des attentes injustes avaient été placées sur la collectivité

autochtone pour élaborer un programme en un court laps de temps, tandis que cela a pris des années à mettre au point dans la population générale.

15. Que désireriez-vous changer si ce type de processus devait se répéter?

Les principaux changements étaient : 1) plus de ministères gouvernementaux afin qu'ils puissent acquérir une compréhension plus générale des enjeux et des contributions autochtones; 2) une rétroaction autochtone plus importante, avec un choix amélioré de personnes, tant sur le plan des antécédents de recherche que de la sensibilisation culturelle; 3) les membres du comité devraient être rémunérés parce qu'il s'agit d'un outil de Santé Canada à son intention; et 4) une meilleure clarification des rôles de partenariats.

QUOI :

Le but de la présente section consistait à identifier ce qui a été utilisé pour élaborer les résultats prévus et la compréhension des personnes sur les prochaines démarches à effectuer.

16. Sur une échelle de 1 à 5, (1 faible, 5 élevé), quel est le degré d'adéquation du matériel d'information visant à répondre aux besoins du projet?

La moyenne était de **3**. Une personne n'a pas répondu, une deuxième a dit que cela ne s'appliquait pas).

Note : Fait intéressant, certaines personnes ont dit qu'il n'y avait aucun matériel d'information, tandis que d'autres mentionnaient des documents particuliers qu'ils avaient trouvé utiles.

17. Sur une échelle de 1 à 5, (1 faible, 5 élevé) quel est votre degré de satisfaction par rapport aux résultats?

La moyenne était de **4**. La plupart des personnes étaient satisfaites des résultats, même si de nombreux répondants ont déclaré que certains sujets devaient être

étudiés de manière plus approfondie.

18. Selon vous, y a-t-il des enjeux en suspens sur lesquels il faudrait se pencher?

Une stratégie de communications, favoriser l'accès au programme par les Autochtones et le faire progresser à l'étape suivante. Un facteur clé est le financement restreint qui aura un impact sur le travail que l'on doit accomplir de façon réaliste. Deux programmes séparés sont en voie d'être élaborés et certains membres du groupe de travail pourront désirer participer au programme en RC. Un suivi par rapport aux liens avec l'université. La définition ou le concept de partenariat... ressemblait plus à un effort coopératif qu'à un partenariat.

19. Comprenez-vous clairement la façon dont ce programme peut être mis en oeuvre efficacement?

La majorité a déclaré **Oui**.

Orientation ou coordination nationale, dissémination par l'intermédiaire du RCAS. Un document d'évaluation à la fin de la première année, du type «comment diffuser des renseignements au sujet du programme» et «comment corriger un faible taux de réponse potentiel», etc. Entame maintenant le programme des bourses de stages d'été. Besoin de communication entre Santé Canada et le RCAS.... Santé Canada doit partager des renseignements à propos du nombre de demandes présentées, etc. Il faut toujours répondre à certaines questions entourant les demandes de bourses d'études universitaires.

20. Est-ce qu'un groupe particulier devrait jouer un rôle clé dans la surveillance de la mise en oeuvre du programme? Si oui, veuillez suggérer qui.

OUI : **9 répondants**

NON: 0 répondants

QUI : Certains répondants ont identifié plus d'un groupe pour la surveillance. La **majorité ont identifié le RCAS** comme leur premier ou seul choix. Les autres réponses incluaient : le PNRDS, les représentants universitaires, un consultant indépendant, les trois parties représentées dans le

processus actuel et Santé Canada.

21. Sur une échelle de 1 à 5 (1 faible, 5 élevé), croyez-vous que le groupe de travail devrait jouer un rôle dans la surveillance de la mise en oeuvre?

La moyenne était de **3**. Une personne n'a pas répondu.

Des exemples de rôles potentiels incluaient éventuellement la révision des propositions ou seulement durant la première ou la deuxième année. Le besoin de l'élargir a été soulevé. D'autres ont dit non ou qu'il s'agissait du rôle de Santé Canada.

22. Sur une échelle de 1 à 5, (1 faible, 5 élevé), estimez-vous que le groupe de travail devrait être consulté en vue d'aborder les besoins de suivi?

La moyenne était de **4**.

23. Selon vous, quel est le défi le plus important lorsque l'on tente de mettre en oeuvre un programme efficace?

De nombreux commentaires reliaient cet élément à l'objectif global, de trouver des Autochtones ayant un intérêt à long terme en RC et sur le VIH/sida. Plusieurs personnes ont insisté sur le besoin de communication.

D'autres ont exprimé les limitations relatives à la durée du programme par rapport aux divers besoins autochtones. Il faut assurer l'accessibilité et la pertinence ainsi qu'aborder les questions d'appartenance, de contrôle et d'accès.

24. Y a-t-il des commentaires finals que vous désirez partager?

Certaines personnes ont soulevé l'enjeu d'une bonne animation, plusieurs ont dit qu'ils avaient appris du processus en déclarant qu'il s'agissait d'un bon modèle d'un partenariat réussi. D'autres ont déclaré que les besoins et les fonds restreints auront un impact limité. On a besoin d'une histoire vivante de l'ensemble de la recherche particulière aux Autochtones ou de la recherche visant à répondre à des questions particulières ainsi que d'une coordination nationale. On a également réitéré que le processus avait été précipité, qu'il aurait dû y avoir des téléconférences, que l'on

aurait dû consulté les universités et que le niveau de dévouement était impressionnant. L'élaboration de programme a été extrêmement rapide et critique, ce processus a aidé à élaborer des paramètres de compréhension, besoin de faire attention de ne pas effectuer des recherches interminables sur les personnes, mais il y a également un besoin d'effectuer de la recherche pour ramener les personnes à la vie.

ANNEXE A

| PROJET DE RENFORCEMENT DES CAPACITÉS AUTOCHTONES EN RECHERCHE COMMUNAUTAIRE - TABLEAU DE RENDEMENT | | | |
|--|---|---|--|
| MISSION : Chercheurs autochtones formés qui peuvent répondre aux besoins de recherche de la collectivité autochtone du VIH/sida. | | | |
| COMMENT (Ressources) | QUI? (Public) | QUE DÉSIRONS-NOUS ET POURQUOI? (Résultats) | |
| ACTIVITÉS | | COURT TERME | LONG TERME |
| <ul style="list-style-type: none"> • former un groupe de travail pour conseiller, approuver et recommander. • examiner la documentation sur les besoins identifiés. • planifier et organiser 4 réunions. • bien informer la collectivité autochtone du VIH/sida. • présenter des recommandations à Santé Canada, à la DGPPS sur la structure administrative, les allocations actuelles de l'AF et un calendrier de financement. • élaborer des objectifs généraux de programme à l'intérieur des paramètres en RC. • concevoir un programme qui aborde les besoins identifiés. • élaborer un processus complet de présentation des demandes. • élaborer une évaluation de programme. • rédiger des communiqués sur les progrès et la conception définitive du programme. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Collectivité autochtone du VIH/sida. 2. Collectivité autochtone. 3. Membres du RCAS. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Programme de recherche communautaire complet. 2. Renforcement des capacités qui inclut : perfectionnement des compétences; mentorat; réseautage et partenariat. 3. Recommandations officielles à Santé Canada (DGPPS) sur la mise en oeuvre du PRCARC. | <p>A répondu aux besoins de recherche identifiés de la collectivité autochtone du VIH/sida par de la recherche appropriée sur le plan culturel et sûre du point de point de la méthodologie.</p> |

| AVONS-NOUS EU UN IMPACT? À QUELS CHANGEMENTS ASSISTERONS -NOUS? QUEL EST LA PORTÉE DU CHANGEMENT? | | | |
|--|---|--|--|
| RESSOURCES | PUBLIC | MESURES À COURT TERME | MESURES À LONG TERME |
| 300K \$ chaque année pendant 3 ans. | <ul style="list-style-type: none"> - Collectivité autochtone du VIH/sida. - Étudiants universitaires autochtones (2^e année +). - Chercheurs non autochtones. - Santé Canada. | <ul style="list-style-type: none"> • nombre accru de stages de formation d'été en capacités liées à la recherche. • nombre accru de chercheurs autochtones. • nombre accru de demandes. • nombre accru de partenariats. • écarts plus étroits dans les données autochtones sur le VIH/sida. • programmes fondés sur les données actuelles. | <ul style="list-style-type: none"> • compréhension accrue des besoins en recherche. • compétences accrues pour les chercheurs autochtones. • sensibilisation accrue des chercheurs non autochtones envers les cultures autochtones. • interventions améliorées en éducation, en prévention, en soins, en traitement et en soutien. • taux réduits d'infection au VIH chez les Autochtones. • réduction des cas de sida chez les Autochtones. |

ANNEXE B

QUESTION SUR LE PRCARC

QUI :

1. Comment avez-vous été recruté pour siéger à ce groupe de travail?
2. Quel force particulière, du domaine de la recherche, avez-vous personnellement apporté à ce processus?
3. Quelles compétences avez-vous personnellement acquises au cours de ce processus?
4. Un domaine particulier d'expertise était-il absent?
5. Si oui, comment cette absence a-t-elle été abordée par le groupe de travail?
6. Sur une échelle de 1 à 5, (1 faible, 5 élevé), dans quelle mesure les résultats seront-ils capables de commencer à combler les besoins en recherche de la collectivité autochtone du VIH/sida?

1 2 3 4 5

QUAND :

7. Le calendrier prévu était-il adéquat?

OUI NON INCERTAIN

8. Avez-vous été capable de consulter votre groupe d'intérêt ou d'autres personnes durant ce processus? L'avez-vous fait?
9. En moyenne, combien d'heures par semaine avez-vous consacrées à ce processus?

COMMENT :

10. Pouvez-vous décrire votre compréhension de l'utilisation du processus?
11. Les quatre réunions principales ont-elles été suffisantes pour exécuter les tâches proposées?
12. Sur une échelle de 1 à 5 (1 faible, 5 élevé), quel est votre degré de satisfaction par rapport au processus?

1 2 3 4 5

13. Veuillez décrire ce qui, selon vous, a le mieux fonctionné?
14. Qu'avez-vous le moins aimé au sujet du processus?
15. Que désireriez-vous changer si ce type de processus devait se répéter?

QUOI :

16. Sur une échelle de 1 à 5, (1 faible, 5 élevé), quel est le degré d'adéquation du matériel d'information visant à répondre aux besoins du projet?

1 2 3 4 5

17. Sur une échelle de 1 à 5, (1 faible, 5 élevé), quel est votre degré de satisfaction par rapport aux résultats?

1 2 3 4 5

18. Selon vous, y a-t-il des enjeux en suspens sur lesquels il faudrait se pencher?
19. Comprenez-vous clairement la façon dont ce programme peut être mis en oeuvre efficacement?
20. Est-ce qu'un groupe particulier devrait jouer un rôle clé dans la surveillance de la mise en oeuvre du programme? Si oui, veuillez suggérer qui.

OUI NON QUI : _____

21. Sur une échelle de 1 à 5 (1 faible, 5 élevé), croyez-vous que le groupe de travail devrait jouer un rôle dans

Le projet de renforcement des capacités autochtones en recherche communautaire -- **Évaluation finale**

la surveillance de la mise en oeuvre?

1 2 3 4 5

22. Sur une échelle de 1 à 5, (1 faible, 5 élevé), estimez-vous que le groupe de travail devrait être consulté en vue d'aborder les besoins de suivi?

1 2 3 4 5

23. Selon vous, quel est le défi le plus important lorsque l'on tente de mettre en oeuvre un programme efficace?
24. Y a-t-il des commentaires finals que vous aimeriez partager?

ANNEXE C

Coordonnateur de projet - Description de travail

Le texte qui suit est une description de travail et de projet pour le consultant travaillant au groupe de travail du Programme de renforcement des capacités autochtones en recherche communautaire.

Description des tâches

- ▶ Recueillir et disséminer des renseignements sur le groupe de travail du projet de renforcement des capacités autochtones en recherche communautaire ainsi que sur ses buts et objectifs.
- ▶ Rédiger des documents sur toutes les composantes du programme, y compris les applications et les lignes directrices pour chaque programme, du Programme de renforcement des capacités autochtones en recherche communautaire, aux fins d'examen et d'approbation par le groupe de travail.
- ▶ Réserver des vols, de l'hébergement et des salles de réunion pour le groupe de travail, en respectant les directives financières établies dans l'entente de contribution et le budget du projet.
- ▶ Prendre les arrangements nécessaires pour la dissémination rapide des communications et des documents liés à ce projet au groupe de travail.
- ▶ Fournir du soutien pour la réalisation des tâches reliées à ce projet, en suivant les directives du personnel du Réseau canadien autochtone du sida Inc. (sur les conseils du groupe de travail du Programme de renforcement des capacités autochtones en recherche communautaire) dans le cadre de travaux liés à ce projet.
- ▶ Collaborer pour procéder à la surveillance et à l'évaluation des progrès de ce projet et les affaires du groupe de travail.
- ▶ Établir des liens avec les chercheurs universitaires et non universitaires en recherche communautaire pour obtenir des renseignements et des sources d'information liés aux composantes du programme.
- ▶ Préparer tous les rapports écrits et les procès-verbaux découlant des réunions du groupe de travail, tous les procès-verbaux doivent être terminés et disséminés avant la réunion suivante.

Le projet de renforcement des capacités autochtones en recherche communautaire -- **Évaluation finale**

- ▶ Rédiger un rapport et une évaluation de consultation sur le projet et les livrer aux bureaux du Réseau

...Description de travail (suite)

- canadien autochtone du sida avant la date d'achèvement du projet.
- ▶ Toutes les tâches qui peuvent survenir dans le cadre de l'exécution de ce projet qui sont liés au projet mais qui ne sont pas mentionnées dans la présente description de travail.

Imputabilité et structure d'autorité

Le coordonnateur de projet sera responsable de toutes les tâches précédemment mentionnées.

Tous les postes budgétaires devront être portés à l'attention du consultant national de programme/projet et les décisions finales seront prises par le bureau du RCAS.

La responsabilité de toutes les décisions finales relatives au projet incombent au Réseau canadien autochtone du sida et à son directeur exécutif.

Le consultant acheminera des communications au bureau du RCAS, par l'entreprise du consultant national de programme/projet, sous forme de mises à jour et de rapports situation écrits tels que demandés par le groupe de travail et le consultant national de programme/projet.

Compétences et exigences

- Rédaction technique concise pour les composantes de programme.
- Solides compétences en rédaction.
- Expérience dans l'élaboration de lignes directrices et d'applications de programme dans le domaine du VIH/sida.
- Connaissance des enjeux liés à la recherche communautaire dans les collectivités autochtones du Canada.
- Connaissance et expérience de travail dans le domaine informatique pour assurer les communications avec le groupe de travail.
- Compréhension des principes et des théories de recherche.
- Capacité de travailler dans les délais fixés pour ce projet.

ANNEXE D

Groupe de travail sur le projet de renforcement des capacités autochtones en recherche communautaire

Cadre de référence

Contexte :

En réponse aux recommandations se dégageant de consultations auprès d'intervenants autochtones et non autochtones clés, la Division des politiques, de la coordination et des programmes sur le VIH/sida a alloué une somme annuelle pouvant atteindre jusqu'à 300K \$ pour mettre en oeuvre un programme de renforcement des capacités autochtones en recherche communautaire sur le VIH/sida d'une durée de trois ans. Le renforcement des capacités en recherche communautaire (RC) comprend des activités liées au perfectionnement des compétences, au mentorat, au réseautage et à l'établissement de partenariats.

L'objectif du programme consiste à développer des capacités en recherche communautaire chez les représentants et les chercheurs autochtones provenant des milieux universitaires et non universitaires. Le programme se fonde sur la définition suivante :

la recherche communautaire est une forme de recherche où les principes de participation et de collaboration communautaires sont appliqués en utilisant des méthodes de recherche scientifiquement reconnues.

À titre de partenaires en vertu de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida (SCVS), Santé Canada et le Réseau canadien autochtone du sida (RCAS) se sont engagés à garantir la norme la plus élevée en matière d'excellence dans le domaine de la recherche communautaire. Ce programme permettra de perfectionner les compétences des représentants de la collectivité autochtone et des chercheurs

professionnels de la collectivité autochtone à entreprendre de la recherche communautaire sur le VIH/sida. La production de recherche qui est sûre sur le plan méthodologique et qui est pertinente pour les collectivités permettra aux personnes de relever les défis présentés par l'épidémie de VIH.

Afin de répondre aux besoins identifiés dans le domaine de la recherche au sein de la collectivité autochtone, Santé Canada et le RCAS ont déterminé de former un groupe de travail officiel afin de concevoir un programme de renforcement des capacités autochtones en recherche communautaire qui est pertinent pour la collectivité autochtone. Les membres du groupe de travail seront nommés par Santé Canada et le RCAS. Le RCAS coordonnera les activités du groupe de travail.

Mandat :

Concevoir un programme de renforcement des capacités autochtones en recherche communautaire en vertu de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida.

Rôles et responsabilités :

1. Passer en revue la documentation sur les besoins identifiés des intervenants communautaires autochtones sur le VIH/sida en rapport avec leur participation à la recherche communautaire. Les exemples de documentation incluent la consultation autochtone en recherche communautaire du PNRDS, la consultation en recherche de prévention des programmes de prévention et d'action communautaires sur le VIH, la consultation en recherche communautaire du PNRDS à Victoria et les résultats d'initiatives financées avec des fonds renouvelables 1999-2000 pour la recherche autochtone.
2. Rédiger des objectifs pour l'ensemble du programme à l'intérieur des paramètres établis pour la recherche communautaire.
3. Concevoir les composantes du programme qui aborderont les besoins communautaires identifiés dans le domaine de la recherche communautaire.
4. Élaborer un processus de présentation des demandes pour le programme de renforcement des capacités en recherche communautaire. Cela comprendrait la demande de propositions et des délais appropriés, un formulaire de

demande, des critères d'admissibilité et le processus d'examen des demandes.

5. Recommander à la Division des politiques, de la coordination et des programmes sur le VIH/sida une structure de mise en oeuvre du programme de renforcement des capacités autochtones en recherche communautaire qui comprendrait la coordination et l'administration financière du programme. Cela inclurait la détermination des critères d'administration du programme et la présentation de recommandations concernant l'administration du programme. (Voir la pièce jointe A pour obtenir les critères de Santé Canada à intégrer dans les critères élaborés par le groupe de travail.)
6. Déterminer un calendrier de mise en oeuvre du programme de renforcement des capacités autochtones en recherche communautaire et identifier la portion des fonds alloués pour l'année financière 2000-2001 qui pourrait être utilisée d'ici le 31 mars 2001.
7. Établir un plan d'évaluation de programme afin de déterminer le succès du programme de renforcement des capacités en recherche communautaire.
8. Préparer et publier des communiqués sur la conception du programme et l'annonce du programme définitif.

Résultats :

1. Un programme de renforcement des capacités autochtones en recherche communautaire doté d'objectifs précis et d'un plan d'évaluation visant à déterminer le succès du programme.
2. Processus définitif de présentation des demandes, y compris les composantes énumérées sous l'objectif n° 4.
3. Recommandations officielles pour la mise en oeuvre du programme de renforcement des capacités autochtones en recherche communautaire.
4. Des communiqués sur l'élaboration et la conception du programme de renforcement des capacités autochtones en recherche communautaire en

français et en anglais.

Membres :

1. Le groupe de travail se composera d'un total de 8 personnes. Tous les membres jouiront du plein droit de vote. La composition du groupe de travail sera représentative des secteurs suivants : gouvernement fédéral; organisme national autochtone non gouvernemental sur le VIH/sida; la collectivité du VIH/sida; et le milieu de la recherche professionnelle. Tous les membres seront nommés en fonction de leurs connaissances et de leur expérience et non en fonction de leur affiliation à des organismes politiques, démographiques ou communautaires. Le groupe de travail comprendra les membres suivants :
 - 2 personnes nommées par le RCAS;
 - 2 personnes nommées par Santé Canada;
 - 2 personnes provenant de la collectivité autochtone du VIH/sida;
 - 2 personnes provenant du milieu de la recherche professionnelle autochtone.

Nota : La préférence sera accordée aux chercheurs et aux membres de la collectivité autochtone.

2. La nomination des membres entrera en vigueur en octobre et se prolongera jusqu'à la conception du programme de renforcement des capacités en recherche communautaire.
3. Tous les membres seront nommés en fonction de leurs connaissances et de leur expérience dans le contexte de la collectivité autochtone. Les critères sont les suivants :
 - connaissance des enjeux liés au VIH/sida et des questions connexes;
 - connaissance des principes et des pratiques de la recherche communautaire;
 - expérience dans la recherche en milieu universitaire ou non universitaire;
 - liens confirmés avec la collectivité du VIH/sida;
 - expérience confirmée dans l'élaboration et l'évaluation des

Le projet de renforcement des capacités autochtones en recherche communautaire -- **Évaluation finale**

programmes;

- connaissance des stratégies de développement communautaire;
- connaissance des programmes de financement gouvernementaux.

4. Le groupe de travail nommera un président.

Le 18 septembre 2000.

ANNEXE E

CHERCHEURS AUTOCHTONES :

D^r Jeff Reading

Earl Nowgesic, épidémiologiste

Kim Scott

Max Saulis

D^r David Newhouse, Université Trent

Lisa Stirling, Ph.D. Ed

Donna Goodleaf, Ph.D. Ed

Richard Jock

Dawn Martin-Hill, Université McMaster

Marlene Brant-Castellano (a travaillé au rapport de la CRPA)

Joanne Archibald, FN House of Learning, Université de Colombie -Britannique

Larry Chartrall, Université d'Ottawa, Faculté de droit

Larry Little Bear, Université de Lethbridge

Sajeek Henderson

Marie Battiste