

## FORMULAIRE D'ÉVALUATION DES TÉMOIGNAGES (MIELS-QUÉBEC)<sup>8</sup>

Date du témoignage : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Adresse (complète) : \_\_\_\_\_  
Prénom du témoinnant : \_\_\_\_\_  
Nombre de témoignages : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Nom de votre organisme : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Type de clientèle : \_\_\_\_\_  
Personne responsable : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Nombre de personnes rejointes par l'activité : \_\_\_\_\_  
Âge : \_\_\_\_\_

*Cette évaluation est importante pour nous! Il serait grandement apprécié de répondre aux questions suivantes en tenant compte des commentaires émis par les personnes qui ont participé à l'activité. S.V.P., nous retourner cette évaluation qui vous sera remise par le témoinnant. Merci beaucoup!*

### 1. OBJECTIF DU TÉMOIGNAGE

Votre objectif de départ était : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Croyez-vous que ce témoignage a atteint votre objectif ?

Oui  Non

De quelle façon ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 2. CONTENU

Par quels mots-clés résumeriez-vous le contenu de ce témoignage ? (Ex. : courage, prostitution, peur, homosexualité, préjugés, etc....) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En quoi ce témoignage a-t-il rejoint votre clientèle dans son vécu ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ce qui a été le plus apprécié : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ce serait encore plus profitable si : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<sup>8</sup> Comité des témoinnants et Coordination des liaisons avec les communautés. 2010. *Formulaire d'évaluation des témoignages*. Québec : Mouvement d'information et d'entraide dans la lutte contre le VIH/sida [MIELS] à Québec.

Le témoignage a-t-il couvert :

- Les modes de transmission du VIH-sida? Oui  En partie  Non
- La réalité des personnes vivant avec le VIH-sida? Oui  En partie  Non
- Les services offerts par MIELS-Québec? Oui  En partie  Non

### 3. ANIMATION

- Le langage était-il accessible pour votre clientèle? Oui  Non
- Les personnes étaient-elles à l'aise de poser des questions? Oui  Non
- La durée du témoignage était-elle adéquate? Oui  Non
- Le (la) témoinnant(e) était-il (elle) préparé(e)? Oui  Non
- Commentaires : \_\_\_\_\_

---

---

### 4. ÉVALUATION GLOBALE

Quels messages importants les participants retiennent-ils de ce témoignage? \_\_\_\_\_

---

---

Avez-vous eu des commentaires ou des demandes spécifiques de leur part? \_\_\_\_\_

---

---

En quoi ce témoignage contribue-t-il à la prévention du VIH auprès de votre clientèle? \_\_\_\_\_

---

---

### 5. INTERVENANT

Personnellement, comment avez-vous réagi à cette rencontre avec une personne séropositive? \_\_\_\_\_

---

---

Comment ce témoignage a-t-il eu un impact sur votre perception de cette maladie? \_\_\_\_\_

---

---

### 6. AUTRES COMMENTAIRES

---

---

---

*S.V.P., faire parvenir ce formulaire d'évaluation par fax ou par courrier aux coordonnées suivantes :*