



Agence de la santé
publique du Canada

Public Health
Agency of Canada



RAPPORT D'ÉTAPE SUR LE VIH/SIDA ET LES POPULATIONS DISTINCTES

Autochtones



Promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique.

– Agence de la santé publique du Canada

Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Autochtones est disponible sur Internet à l'adresse suivante : <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/ps-pd/index-fra.php>

Also available in English under the title:

Population-Specific HIV/AIDS Status Report: Aboriginal Peoples

Exemplaires supplémentaires du rapport :

Par la poste :

Division des politiques, de la coordination et des programmes sur le VIH/sida

Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections

Agence de la santé publique du Canada

Pré Tunney

Indice de l'adresse : 0601A

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Ou auprès du :

Réseau canadien d'info-traitements sida

555, rue Richmond Ouest, bureau 505

Case postale 1104

Toronto (Ontario) M5V 3B1

Téléphone : 1-800-263-1638

Télécopieur : 416-203-8284

Courriel : info@catie.ca

Site Web : www.catie.ca

Cette publication est disponible en d'autres formats sur demande.

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, 2010

Cat. : HP40-43/1-2010F

Cat. en ligne : HP40-43/1-2010F-PDF

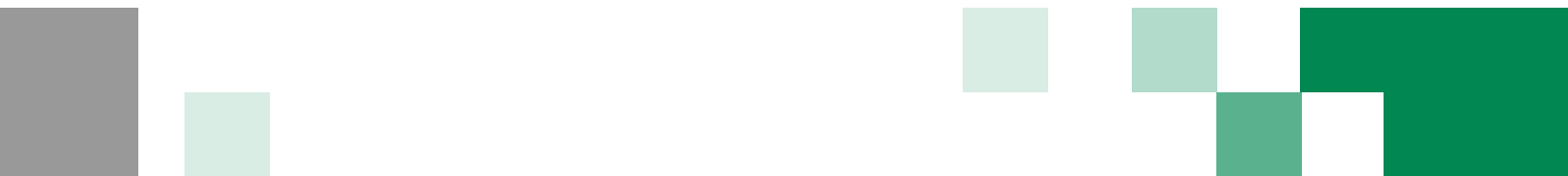
ISBN : 978-1-100-94682-5

ISBN en ligne : 978-1-100-94683-2



RAPPORT D'ÉTAPE SUR LE VIH/SIDA ET LES POPULATIONS DISTINCTES

Autochtones



AVANT-PROPOS

L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) est fière de publier, avec l'appui de nombreux partenaires, le présent rapport d'étape qui est le deuxième d'une série de huit rapports de synthèse des données probantes actuelles¹ sur les répercussions du VIH/sida chez les populations clés au Canada. Nous encourageons les communautés, les gouvernements, les praticiens de la santé publique, les organismes non gouvernementaux, les chercheurs et les autres intéressés à utiliser ce rapport pour éclairer l'orientation future des politiques, des programmes et de la recherche sur le VIH/sida de manière à améliorer la santé et le bien-être des Autochtones.

Cette série de rapports d'étape a été lancée afin d'appuyer les mesures énoncées dans l'*Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada*², cadre d'investissement fédéral du gouvernement du Canada dans la lutte contre le VIH/sida, et de fournir une base complète de données probantes aux autres partenaires et intervenants qui participent à la réponse du Canada. L'initiative fédérale, lancée en 2005, fait état de la nécessité d'accroître l'efficacité des interventions et d'améliorer les initiatives de prévention, de recherche, de diagnostic, de soins, de traitement et de soutien liées au VIH/sida exécutées à l'intention de populations distinctes qui vivent avec le VIH/sida ou qui sont à risque de le contracter. Ces populations comprennent les personnes vivant avec le VIH/

sida, les hommes gais, les utilisateurs de drogue par injection, les Autochtones, les détenus sous responsabilité fédérale, les jeunes à risque, les femmes et les personnes provenant de pays où le VIH est endémique.

En outre, ces rapports d'étape appuient les objectifs du rapport intitulé *Au premier plan : le Canada se mobilise contre le VIH/sida (2005-2010)*³. Ce rapport, élaboré et lancé en 2005 par des intervenants, renouvelle les efforts collectifs du Canada visant non seulement à lutter contre le VIH/sida mais aussi à éliminer les problèmes sanitaires et sociaux sous-jacents qui contribuent à de nouvelles infections et qui ont un effet dévastateur sur les personnes vivant avec le VIH/sida. Le rapport *Au premier plan* favorise la collaboration et le partage des connaissances, des compétences et des ressources afin que nous puissions, ensemble, éradiquer le VIH.

La rédaction du présent rapport d'étape a été orientée par un groupe de travail national formé d'experts en matière de recherche, d'épidémiologie, de développement communautaire, d'élaboration de politiques et de programmes, et par les expériences vécues par des Autochtones vivant avec le VIH/sida ou touchés par cette maladie. Leurs observations et leurs conseils ont permis de rédiger un rapport qui présente les données probantes et les réponses novatrices pertinentes les plus récentes qui existent au Canada à l'heure actuelle.

Ce rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes traite des Autochtones au Canada. C'est la première fois que l'ASPC tente de présenter de façon détaillée de l'information relative au VIH/sida chez cette population. La décision de mettre l'accent sur les membres des peuples autochtones découle de la nécessité de mieux comprendre l'épidémie du VIH/sida au sein de cette population au Canada, afin de tenir compte comme il se doit du contexte culturel et historique qui explique la vulnérabilité – et la résilience – de cette population face au VIH/sida.

1 Il existe un grand nombre de formes différentes de données probantes, notamment des données de recherche, des rapports isolés, et l'expérience personnelle, qui peuvent être diffusées en vue d'améliorer les pratiques. Elles comprennent, mais sans s'y limiter, les suivantes : (1) données de recherche, y compris les conclusions tirées d'études individuelles, d'examen systématiques, et de recherches primaires incluant des recherches communautaires; (2) pratiques éclairées comprenant les pratiques « exemplaires » et les pratiques « judicieuses »; (3) opinions d'experts de chercheurs et de fournisseurs de services; (4) expérience vécue de personnes vivant avec le VIH/sida; (5) rapports et évaluations provenant d'un éventail de sources, dont le gouvernement, des organismes communautaires, des universités et des organismes de financement; (6) données probantes fondées sur les pratiques, y compris des documents de programmes éclairés par la pratique tels que des manuels de formation, des lignes directrices et des exposés de position.

2 Pour de plus amples renseignements sur l'*Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada*, consulter le site à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/index-fra.php>.

3 Pour de plus amples renseignements sur *Au premier plan : le Canada se mobilise contre le VIH/sida (2005-2010)*, consulter le site à l'adresse <http://www.premierplan.ca>.

La rédaction du présent rapport a permis de dégager un certain nombre de leçons qui influenceront sur les futurs rapports de cette série. Comme pour tout travail de cette nature, des limites se sont manifestées au cours des phases de la collecte des données, de l'analyse et de la production du rapport. Néanmoins, le rapport est exhaustif et renferme de précieux renseignements qui nous permettront de mieux connaître et comprendre l'épidémie. L'ASPC vous invite à lui faire part de vos commentaires sur ce rapport afin d'appuyer l'élaboration des futurs rapports d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes.

Après 25 années d'engagement et d'investissement collectifs, le VIH/sida demeure un problème de santé publique majeur qui exige une intervention concertée et globale. Il est essentiel d'examiner les facteurs et les conditions sous-jacents qui favorisent la résilience ou augmentent la vulnérabilité au VIH, afin de comprendre la meilleure structure à adopter pour mener une lutte efficace et durable contre l'épidémie. C'est dans cette intention que le présent rapport a été rédigé.

SOMMAIRE

Les Autochtones (Premières nations, Inuits et Métis) constituent un segment particulier de la population touchée par l'épidémie concentrée de VIH/sida au Canada.

Les Autochtones représentaient environ 3,8 % de la population totale du Canada en 2006, dont près de 60 % d'Autochtones s'étant identifiés comme membres d'une Première nation lors du recensement, 33 % comme Métis et 4 % comme Inuits. La population autochtone augmente plus rapidement que la population non autochtone, soit de 45 % entre 1996 et 2006, un taux près de six fois plus élevé que le taux de croissance de la population non autochtone. La population autochtone est aussi plus jeune que la population non autochtone. L'âge médian de la population non autochtone est de 40 ans, contre 27 ans pour la population autochtone. Différentes mesures de l'état de santé (p. ex. espérance de vie, taux de maladies chroniques et infectieuses) révèlent que les Autochtones sont généralement en moins bonne santé que les non-Autochtones.

D'après les données disponibles, les Autochtones sont surreprésentés dans les cas de VIH et de sida au Canada. On estime que les Autochtones représentent 8 % de toutes les personnes vivant avec le VIH (y compris le sida) au Canada en 2008. La même année, on estimait que 300 à 520 nouveaux cas d'infection au VIH touchaient des Autochtones, soit 12,5 % de tous les nouveaux cas d'infection. Dans l'ensemble, le taux d'infection au VIH était environ 3,6 fois plus élevé chez les Autochtones que chez les non-Autochtones en 2008. Les infections au VIH chez les Autochtones sont diagnostiquées à un plus jeune âge que chez les non-Autochtones et elles touchent également un nombre plus élevé de femmes comparativement à la population non autochtone. Contrairement à la population générale du Canada, l'utilisation de drogues injectables est la principale catégorie d'exposition au VIH pour les hommes et les femmes autochtones. Des études semblent aussi indiquer que les Autochtones qui utilisent des drogues injectables peuvent être plus

susceptibles de contracter le VIH que les non-Autochtones qui font de même. Les relations hétérosexuelles représentent la deuxième catégorie d'exposition la plus courante pour les hommes et les femmes autochtones. Bien que la catégorie d'exposition au VIH constituée des hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes continue de représenter le plus grand nombre de nouveaux cas d'infection au VIH dans la population générale du Canada, il s'agit de la troisième catégorie d'exposition la plus fréquente après l'utilisation de drogues injectables et les relations hétérosexuelles chez les hommes autochtones.

Les déterminants de la santé ont une incidence évidente sur la vulnérabilité de la population autochtone à l'infection au VIH. La vulnérabilité d'une personne augmente ou diminue en fonction des facteurs suivants : revenu, scolarité, chômage, accès à un logement stable, développement dans la petite enfance (p. ex. antécédents de mauvais traitements), milieu physique (p. ex. collectivités géographiquement isolées, milieux carcéraux), accès à des services de santé, réseau de soutien et milieux sociaux (p. ex. homophobie, stigmatisation et discrimination liées au VIH/sida), sexe, antécédents de violence sexuelle et, pour cette population en particulier, le fait d'avoir vécu le racisme et les effets multigénérationnels du colonialisme et du système des pensionnats. Le rapport décrit aussi en détail quelques expériences vécues par des membres des Premières nations, des Inuits et des Métis par rapport à ces déterminants et il était une approche qui s'attaque aux causes profondes de l'infection au VIH. On souligne dans la documentation l'importance de vivre les traditions, les valeurs et la spiritualité ancestrales ou de rétablir un lien avec elles comme élément de la résistance au VIH, à la fois pour les Autochtones vivant avec la maladie et pour mettre au point des mesures de prévention adaptées et efficaces.

Le rapport recense 49 projets de recherche exécutés au Canada entre 2006 et 2008 qui portaient sur le VIH/sida chez les Autochtones. Les domaines d'étude généraux comprennent la prévention du VIH, l'accès aux soins et le développement de la capacité de recherche communautaire. De nombreux projets se concentrent aussi sur les sous-populations, dont les Autochtones vivant avec le VIH/sida, les femmes, les adolescents et les utilisateurs de drogues injectables. Peu de projets de recherche recensés portent explicitement sur les Premières nations ou les Inuits et aucun sur les Métis. En outre, peu d'études ou d'évaluations exhaustives ont été menées pour déterminer l'efficacité d'interventions particulières pour prévenir les nouveaux cas d'infection au VIH ou satisfaire aux besoins des Autochtones vivant avec le VIH/sida. Les renseignements que les études d'évaluation et d'examen de populations particulières produisent sont essentiels pour mettre au point des interventions fondées sur des données probantes.

Le rapport examine la réponse actuelle au VIH/sida chez les Autochtones à l'échelle des politiques et des programmes. Cela comprend une vue d'ensemble des stratégies axées sur des populations particulières à l'échelon national et provincial ou territorial; les réseaux, coalitions et organes consultatifs pour des populations distinctes; les organismes et les projets qui misent sur l'exécution de programmes et de projets de lutte contre le VIH/sida chez les Inuits, les Métis et les Premières nations hors réserve; les projets de lutte contre le VIH/sida dans les réserves; et la lutte contre le VIH/sida chez les Autochtones dans les pénitenciers fédéraux et les prisons provinciales ou territoriales. Le rapport révèle que différents organismes s'occupent d'offrir des services de prévention, de soins, de traitement et de soutien aux Autochtones, notamment des organismes communautaires de lutte contre le VIH/sida; des organismes autochtones de lutte contre le VIH/sida; d'autres organismes autochtones comme des centres de santé et des centres d'amitié; ainsi que d'autres organismes, comme des centres de santé communautaire. En outre, bon nombre des politiques et programmes recensés dans

le rapport ne se concentrent pas explicitement sur les besoins et les conditions propres aux Premières nations, aux Inuits ou aux Métis par rapport à la prévention, aux soins, au traitement ou au soutien du VIH/sida.

Des collectivités et des organismes à la grandeur du Canada ont relevé le défi et font leur part pour réduire le nombre grandissant de cas d'infection dans cette population et pour satisfaire aux besoins des Autochtones qui vivent avec le VIH/sida ou qui y sont vulnérables. En dépit de ces efforts importants et considérables, il reste beaucoup à faire. Des interventions efficaces, soutenues et adaptées au plan culturel pour prévenir la transmission et l'acquisition du VIH et à améliorer la qualité de vie des Autochtones vivant avec le VIH/sida sont nécessaires pour lutter efficacement contre l'épidémie dans cette population.

REMERCIEMENTS

L'ASPC tient à remercier les personnes, les représentants de la population, les représentants des communautés, les chercheurs et les représentants gouvernementaux d'avoir bien voulu consacrer leur temps, leur expertise et leur expérience à l'élaboration du présent rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes. Nous remercions également le personnel du Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections (CLMTI) de l'ASPC, ainsi que les employés régionaux pour leurs contributions instructives à diverses étapes de la réalisation du rapport.

Membres du groupe de travail

L'ASPC tient également à remercier les membres du groupe de travail pour l'engagement exceptionnel dont ils ont fait preuve et pour avoir veillé à ce que le présent rapport reflète de façon précise la réalité de l'épidémie de VIH/sida chez les Autochtones.

- Margaret Akan
- Jacqueline Arthur
- Mubeen Aslam
- Kevin Barlow
- David Boulos
- Ken Clement
- Christine Dockman
- Monique Fong
- Sonia Hamel
- Clare Jackson
- Pitsulala Lyta
- Sharon O'Regan
- Jennifer Pennock
- José Pruden
- Dawn Smith
- Annie Smith St-Georges
- D^{re} Patricia Spittal
- Gregory Springer
- Merv Thomas
- Lynn Thompson
- Geneviève Tremblay
- Art Zoccole



LISTE DE TERMES⁴

ACRV	Association canadienne de recherche sur le VIH	CNAVS	Conseil national autochtone sur le VIH/sida
ASPC	Agence de la santé publique du Canada	CRSH	Conseil de recherches en sciences humaines du Canada
AVVIH/sida	Autochtone vivant avec le VIH/sida	DGSPNI	Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits – branche de Santé Canada
Bispirituel	Terme employé dans certaines cultures autochtones pour désigner l'orientation sexuelle ⁵ . L'organisation 2-Spirited People of the 1 st Nations définit ce terme comme suit : [<i>traduction</i>] « Les hommes gais ou les lesbiennes, les bisexuels, les transgenres, les personnes appartenant à un autre genre et les personnes du troisième/quatrième genre d'origine autochtone qui traversent délicatement les frontières des mondes et des genres » [4]. Ce terme est utilisé principalement par certains membres des Premières nations.	DSER	Division de la surveillance et de l'évaluation des risques – division du Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Direction générale de la Prévention et contrôle des maladies infectieuses, Agence de la santé publique du Canada
CIHAN	Canadian Inuit HIV/AIDS Network – réseau national inuit s'intéressant aux enjeux liés au VIH/sida.	FTP sida	Comité consultatif fédéral/provincial/territorial sur le sida
CLMTI	Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections – centre qui relève de la Direction générale de la prévention et contrôle des maladies infectieuses, Agence de la santé publique du Canada.	Gai	Adjectif utilisé pour décrire une personne attirée physiquement et émotionnellement par une personne du même sexe. S'emploie généralement pour désigner des hommes.
		HAART	Traitement antirétroviral hautement actif (VOIR traitement antirétroviral)
		Homophobie	Peur irrationnelle, aversion ou discrimination à l'égard des personnes homosexuelles ou de l'homosexualité en général ⁶ .
		HSH	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes – classification épidémiologique se rapportant à la transmission du VIH
		Indigène	Désigne généralement les premières personnes qui ont habité une terre, un pays ou une région géographique.

4 Cette liste a été adaptée d'une liste de termes et d'acronymes relatifs au VIH/sida fréquemment utilisés, préparée pour le Conseil national autochtone sur le VIH/sida.

5 On se doit d'accorder une attention particulière au contexte culturel spécial des personnes bispirituelles (ou « à deux esprits ») et à l'origine de cette identité dans la tradition autochtone, compte tenu des effets de la colonisation et de l'homophobie. Avant la colonisation et les premiers contacts avec les cultures européennes, les Autochtones croyaient en l'existence de trois genres : mâle, femelle et mâle-femelle, ou ce que nous appelons maintenant le genre bispirituel. Le terme bispirituel, quoique relativement récent, est issu d'interprétations de termes de langues autochtones utilisés pour décrire les personnes qui présentaient des caractéristiques mâles et femelles. Dans la tradition autochtone, on considérait les personnes bispirituelles comme étant des cadeaux du Créateur. Elles étaient vénérées en tant que leaders, médiateurs, maîtres, artistes, visionnaires et guides spirituels. Elles jouissaient d'un grand respect et assumaient d'importantes responsabilités spirituelles et cérémoniales. Le concept de bispiritualité a été adapté à la description actuelle des personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles et transgenres d'origine autochtone [2;3].

6 On trouvera une analyse plus approfondie de l'homophobie et de son incidence sur la vulnérabilité au VIH dans le prochain rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes, qui sera consacré aux hommes gais, bispirituels, bisexuels et aux autres hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes.

Inuit	Peuple autochtone qui habite dans l'Arctique canadien. Les Inuits constituent l'un des trois peuples autochtones reconnus au Canada, les deux autres étant les Premières nations et les Métis.	Sexe social	« Renvoie à l'éventail des rôles et rapports déterminés par la société, aux traits de personnalité, aux attitudes, aux comportements, aux valeurs, à l'influence et au pouvoir relatifs que la société attribue aux deux sexes en fonction de leurs différences. » [1].
Inuktitut	Langue des Inuits	Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise – syndrome causé par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et diagnostic posé sur la base de certains critères cliniques (p. ex. maladies définissant le sida, analyses de sang particulières). Le sida désigne aussi le stade ultime de l'infection par le VIH.
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada	TAR	Traitement antirétroviral – traitement à base de médicaments de la médecine conventionnelle destinés à inhiber la capacité du VIH de se multiplier dans le corps humain.
ITS	Infection transmise sexuellement	Tuberculose	Maladie infectieuse causée par une bactérie qui affecte les poumons et les voies respiratoires inférieures chez l'être humain.
Lesbienne	Femme attirée sexuellement par des femmes	Transgenre	Personne qui ne correspond pas à la définition biologique d'un sexe ou de l'autre, et qui a recours à une chirurgie ou à une thérapie hormonale pour changer de sexe biologique [5].
Métis	Personnes qui ont à la fois des ancêtres des Premières nations et des ancêtres européens. Les Métis constituent l'un des trois peuples autochtones reconnus au Canada, les deux autres étant les Inuits et les Premières nations.	UDI	Classification épidémiologique se rapportant à la transmission du VIH entre utilisateurs de drogue par injection.
OSS	Organisme de services liés au sida – organisation qui offre des services en matière de VIH/sida.	VHC	Virus de l'hépatite C – virus qui s'attaque au foie. Une infection sévère et prolongée à l'hépatite C mène fréquemment à une maladie du foie et à une cirrhose. Le virus se transmet surtout par transfusion sanguine ou inoculation percutanée (p. ex. par l'échange d'aiguilles entre utilisateurs de drogues par injection).
Pauktuutit Inuit Women of Canada	Organisation nationale de femmes inuites	VIH	Virus de l'immunodéficience humaine – virus qui cause le sida.
Premières nations	Terme se rapportant habituellement à la fois aux Indiens inscrits et aux Indiens non inscrits. Les Premières nations constituent l'un des trois peuples autochtones reconnus au Canada, les deux autres étant les Métis et les Inuits.		
PVVIH/sida	Personne vivant avec le VIH/sida		
RCAS	Réseau canadien autochtone du sida – organisme national autochtone non gouvernemental s'intéressant aux enjeux liés au VIH/sida.		
Réserve	Collectivité des Premières nations		
RRVS	Réseau régional sur le VIH/sida – réseau de bureaux régionaux de l'ASPC s'intéressant aux problèmes et aux programmes liés au VIH/sida.		
SCC	Service correctionnel du Canada – organisme gouvernemental responsable de l'administration du système correctionnel fédéral du Canada.		

Références

[1] Santé Canada. *Exploration des concepts liés à la santé et au sexe social* [document Internet], Ottawa, Santé Canada, juin 2003. Accessible sur Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/alt_formats/hpb-dgps/pdf/concepts-engxplorant.pdf [consulté en août 2009].

[2] McGill University. *Two-Spirited People* [document Internet], Montréal, Project Interaction, McGill University, 2006. Accessible sur Internet : <http://www.mcgill.ca/interaction/mission/two-spirit/> [consulté en août 2009].

[3] Fédération Canadienne pour la Santé Sexuelle. *Être transgenre ou bispirituel-le, ça veut dire quoi?* [document Internet], Ottawa, Fédération canadienne pour la santé sexuelle, sept. 2009. Accessible sur Internet : http://www.cfsh.ca/fr/Your_Sexual_Health/Gender-Identity-and-Sexual-Orientation/Transgendered-and-twospirited.aspx [consulté en septembre 2009].

[4] 2-Spirited People of the 1st Nations. Brochure sur les bispirituels [document Internet], Toronto, 2-Spirited People of the 1st Nations, sans date. Accessible sur Internet : <http://www.2spirits.com/2Spiritflyer.pdf> [consulté en août 2009].

[5] O'Brien Teengs D. *Two Spirit Women*, 2^e éd., Toronto, 2-Spirited People of the 1st Nations et Ontario Aboriginal HIV/AIDS Strategy, 2008.



TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	v
Sommaire	vii
Remerciements	ix
Liste de termes	xi
Table des matières	xv
Liste des figures et tableaux	xviii
Chapitre 1 – Introduction	1
1.1 Signification et utilisation des données probantes présentées dans ce rapport	1
1.2 Méthode.....	2
1.3 Références.....	3
Chapitre 2 – Profil démographique	5
2.1 Taille de la population et croissance des projets.....	5
2.2 Lieu de résidence	5
2.2.1 Premières nations	6
2.2.2 Inuit	6
2.2.3 Métis.....	7
2.2.4 Mobilité de la population, logement et itinérance.....	7
2.3 Âge.....	8
2.4 Sexe biologique.....	8
2.5 Langue	8
2.5.1 Premières nations	8
2.5.2 Inuits	9
2.5.3 Métis.....	9
2.6 Niveau de scolarité	9
2.6.1 Premières nations	10
2.6.2 Inuits.....	10
2.6.3 Métis	10
2.7 Emploi.....	10
2.7.1 Premières nations	10
2.7.2 Inuits.....	10
2.7.3 Métis	10
2.8 Revenu	10
2.8.1 Premières nations	10
2.8.2 Inuits.....	11
2.8.3 Métis.....	11
2.9 État de santé	11
2.9.1 Premières nations	12
2.9.2 Inuits.....	14
2.9.3 Métis	15
2.10 Références	15

Chapitre 3 – État de l'épidémie concentrée de VIH/sida dans la population autochtone	19
3.1 Aperçu de l'épidémie concentrée de VIH/sida dans la population autochtone au Canada	21
3.2 Sexe	23
3.3 Transmission périnatale	25
3.4 Âge	26
3.5 Utilisation de drogue par injection	26
3.6 Hommes gais, bispirituels, bisexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes	27
3.7 Femmes lesbiennes, bispirituelles, bisexuelles et autres femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes	28
3.8 Population carcérale	28
3.9 Comorbidité associée au VIH	29
3.10 Références	31
Chapitre 4 – Données probantes actuelles sur les facteurs influant sur la résilience et la vulnérabilité des Autochtones face au VIH/sida	37
4.1 Déterminants de la santé	37
4.1.1 Culture	37
4.1.2 Environnement social et réseau de soutien social	38
4.1.3 Revenu, niveau de scolarité et emploi	42
4.1.4 Environnement physique	43
4.1.5 Habitudes de vie et capacités d'adaptation personnelles	47
4.1.6 Développement sain durant l'enfance	55
4.1.7 Patrimoine biologique et génétique	57
4.1.8 Services de santé	57
4.1.9 Sexe	59
4.1.10 Pensionnats	63
4.2 Références	65
Chapitre 5 – Recherche actuelle sur le VIH/sida	77
5.1 Méthode	78
5.2 Analyse	78
5.2.1 Répartition géographique des projets de recherche	78
5.2.2 Projets de recherche sur la prévention, les soins et le traitement	78
5.2.3 Études sur des populations spécifiques	79
5.2.4 Résilience	81
5.2.5 Capacité de la recherche communautaire, diffusion des résultats et transfert des connaissances	81
5.3 Domaines de recherche futurs	82
5.4 Références	83

Chapitre 6 – Mesures de lutte actuelles contre le VIH/sida chez les Autochtones	85
6.1 Méthode.....	85
6.2 Vue d'ensemble	85
6.3 Stratégies axées sur des populations précises	86
6.4 Réseaux, coalitions et organismes consultatifs au service de populations précises.....	88
6.5 Analyse des programmes	90
6.5.1 Lutte contre le VIH/sida chez les membres des Premières nations vivant hors réserve, les Inuits et les Métis	90
6.5.2 Lutte contre le VIH/sida chez les populations des Premières nations vivant dans les réserves.....	95
6.5.3 Lutte contre le VIH/sida auprès des détenus autochtones.....	98
6.6 Références.....	102
Chapitre 7 – Conclusions	105
7.1 Références.....	106
Annexe A	107
1) Termes de recherche	107
2) Bases de données consultées	108
Annexe B	109
Projets de recherche sur le VIH/sida chez les Autochtones.....	109
Annexe C	135
1) Réseaux, coalitions et organismes consultatifs au service de populations précises.....	135
2) Organisations participant à la mise en œuvre de programmes et de projets de durée limitée (2006-2008) pour lutter contre le VIH/sida chez les Autochtones hors réserve	135

Liste des figures et tableaux

Figure 1 :	Répartition des populations des Premières nations, des Inuits et des Métis par province et par territoire	6
Figure 2 :	Régions inuites du Canada.....	7
Figure 3 :	Pourcentage des membres des Premières nations, des Inuits, des Métis et de l'ensemble des Canadiens, par niveau de scolarité.....	9
Figure 4 :	Revenu médian annuel des membres des Premières nations, des Inuits, des Métis et de l'ensemble des Canadiens, âgés de 15 ans et plus, en 2005.....	11
Figure 5 :	Catégories d'exposition au VIH/sida.....	20
Figure 6 :	Nombre et répartition en pourcentage des rapports de tests positifs pour le VIH chez les Autochtones, par année de test, pour les provinces/territoires qui ont soumis des données sur l'origine ethnique, 1998-2008	21
Figure 7 :	Nombre et répartition en pourcentage des cas de sida recensés chez les Autochtones, de 1979 à 2008	22
Figure 8 :	Cas de sida déclarés chez les Autochtones de 1979 au 31 décembre 2006	23
Figure 9 :	Répartition des catégories d'exposition des rapports de tests positifs pour le VIH chez les hommes autochtones, de 1998 au 31 décembre 2006	24
Figure 10 :	Répartition des catégories d'exposition des rapports de tests positifs pour le VIH chez les femmes autochtones, de 1998 au 31 décembre 2006	24
Figure 11 :	Nombre cumulatif de nourrissons canadiens exposés au VIH durant la période périnatale et dont l'infection par le VIH a été confirmée, selon l'origine ethnique, 2001-2008	25
Figure 12 :	Prévalence du VIH à la fin de l'exercice dans les pénitenciers fédéraux canadiens, 2000-2006.....	29
Figure 13 :	Répartition des projets selon les catégories d'organisations.....	91
Tableau 1 :	Catégories d'exposition des cas de sida signalés dans les groupes autochtones de 1979 au 31 décembre 2006	23
Tableau 2 :	Sexe des cas de sida recensés dans les groupes autochtones au Canada de 1979 au 31 décembre 2006.....	24

CHAPITRE 1 – Introduction

Ce rapport d'étape traite principalement de l'infection à VIH/sida et des peuples autochtones du Canada, soit les membres des Premières nations, les Inuits et les Métis, reconnus comme tels aux termes de l'article 35 de la *Loi constitutionnelle* de 1982. Ces peuples sont distincts, dans la mesure où ils présentent des caractéristiques culturelles, linguistiques, géographiques et historiques propres à eux. Les auteurs de ce rapport reconnaissent et respectent ces distinctions importantes, et se sont efforcés de signaler les différences chez les populations des Premières nations, inuites et métisses au chapitre des caractéristiques démographiques, du fardeau du VIH/sida, des facteurs qui influencent la vulnérabilité ou la résilience au VIH/sida, et des projets de recherche et d'intervention.

Ce rapport couvre également les données probantes dont on dispose actuellement sur les facteurs ou les conditions qui accroissent ou réduisent la vulnérabilité, et qui agissent sur la résilience au VIH/sida chez les Autochtones. Le terme « vulnérabilité » renvoie à l'ensemble de facteurs socio-économiques qui augmentent le risque que court une personne d'être infectée au VIH, y compris la stigmatisation et la discrimination, l'inégalité entre les sexes, la pauvreté, les violations des droits de la personne, la méconnaissance du VIH/sida et les problèmes d'accès à l'éducation, aux soins de santé et à d'autres services [1]. En présence de ces facteurs, les personnes peuvent avoir des comportements, comme des relations sexuelles non protégées ou l'utilisation d'aiguilles contaminées, qui les exposent beaucoup plus au risque d'infection à VIH. Dans ce contexte, l'infection n'est pas garantie, mais seulement probable. Autrement dit, les personnes exposées à ces facteurs ne connaissent pas systématiquement des conséquences néfastes [2].

Il est important de noter que les personnes, les groupes ou les collectivités peuvent affronter leurs vulnérabilités en adoptant des comportements qui renforcent leur résilience. Le Réseau canadien autochtone du sida (RCAS) affirme que la résilience [*traduction*] « dépasse la simple

survie. Il s'agit de la capacité de résister aux difficultés et de conserver son identité » [3]. En préparant ce rapport, le groupe d'experts a souligné l'importance de faire ressortir les sources et les exemples de résilience chez les Autochtones qui vivent avec le VIH/sida ou qui risquent de le contracter. Il a cherché à cerner ces sources de résilience et à les mettre en valeur.

1.1 Signification et utilisation des données probantes présentées dans ce rapport

Le RCAS remarque que, dans le monde autochtone, il importe d'explorer à la fois la littérature et le savoir traditionnel pour se faire une idée juste des diverses connaissances déjà acquises sur un sujet donné [4]. Pour ce rapport, les auteurs se servent des deux types de données probantes suivantes, toutes deux publiées : les études revues par des pairs et la littérature « grise »⁷. En restreignant leur collecte de données probantes aux seules publications, les auteurs de ce rapport lui ont imposé une importante limitation qu'il faut mentionner. La méthode qu'ils ont employée ne profite pas de toute la richesse de l'expérience personnelle ni des autres moyens d'acquérir des connaissances, comme l'enseignement oral, pourtant fondamental chez de nombreuses cultures autochtones.

Au chapitre 4, les auteurs ont essayé de laisser parler des membres des Premières nations, des Inuits et des Métis qui vivent avec le VIH/sida ou qui sont affectés par lui. Comme leurs paroles sont tirées de publications, cette approche ne reflète pas toute l'importance des traditions orales dans les cultures autochtones. L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) reconnaît cette limitation et en tient compte.

⁷ On appelle littérature « grise » l'information produite par une organisation dont la principale activité n'est pas l'édition. La littérature grise ne fait pas l'objet d'examen aussi systématiquement rigoureux que la littérature revue par des pairs.

1.2 Méthode

Pour aider à l'élaboration du présent rapport, l'ASPC a créé un groupe de travail composé de représentants des collectivités et des populations, de membres d'organisations non gouvernementales, de chercheurs et d'experts des politiques et des programmes. Le groupe de travail a agi en tant qu'organe consultatif et fourni des conseils et des commentaires tout au long du processus ainsi que sur les thèmes et les différentes versions du rapport. Les dix membres non gouvernementaux du groupe ont été choisis à la suite d'une invitation ouverte, lancée à l'échelle nationale, d'après leurs connaissances personnelles et professionnelles des sujets rattachés au VIH/sida et aux Autochtones. Au groupe de travail participaient aussi des représentants de l'ASPC et de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada.

Pour chaque chapitre, les auteurs ont utilisé une méthode qui leur permettait de faire la synthèse et le résumé des données probantes les plus récentes et pertinentes qui soient. Les données démographiques viennent de sources diverses, dont Statistique Canada. Les renseignements épidémiologiques et les données sur la surveillance ont été recueillis dans des rapports publiés par l'ASPC et d'autres sources reconnues.

Les données et l'information sur la vulnérabilité ou la résilience des Autochtones au VIH/sida proviennent de publications approuvées par des pairs et de la littérature grise. Les documents utilisés dans la préparation du présent rapport devaient répondre aux critères suivants : porter principalement sur le VIH ou le sida; avoir été publiés entre 2002 et 2008; traiter principalement des Premières nations, des Inuits ou des Métis; se rapporter à au moins un des 12 déterminants de la santé liés au VIH ou au sida; traiter du VIH ou du sida dans le contexte de la prévention, des soins de santé, du traitement, du soutien ou du diagnostic pour les Premières nations, les Inuits ou les Métis; et être écrits en anglais ou en français. On trouvera à l'annexe A un index de termes

utilisés aux fins des recherches. Le rapport comprend également de l'information supplémentaire pour donner le contexte ou combler les lacunes cernées par le Groupe de travail.

Les renseignements sur les travaux de recherche récents (menés de 2006 à 2008) ont été recueillis auprès des organismes suivants : les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC); l'Association canadienne de recherche sur le VIH (ACRV); la Fondation canadienne de recherche sur le sida (CANFAR); et le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH).

Pour recueillir de l'information sur les réponses actuelles au VIH/sida chez les Autochtones, y compris les projets d'une durée limitée, les réseaux, les coalitions, les comités, les stratégies et les initiatives stratégiques en place de 2006 à 2008, on a fait circuler des modèles de cueillette d'information chez les représentants fédéraux, provinciaux et territoriaux par les intermédiaires suivants : RCAS; le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le sida; les consultants du programme national et régional de l'ASPC sur le VIH/sida; le Groupe de travail fédéral-provincial-territorial (FPT) des responsables des services correctionnels sur la santé et le sous-groupe de travail sur le VIH/sida de Santé Canada. Les réponses reçues provenaient de tous les territoires et de toutes les provinces. Les projets financés par l'AIDS Prevention Community Investment Program du service de santé publique de Toronto étaient également inclus dans l'analyse. Le groupe d'experts a aussi fortement contribué à trouver d'autres réseaux, coalitions, stratégies et projets à inclure dans le rapport.

Cette analyse est limitée par le fait que seules les initiatives de lutte contre le VIH/sida ciblées sur l'épidémie concentrée dans les populations autochtones ont été retenues. Bien que de nombreux programmes et services de lutte contre le VIH/sida servent des clients Autochtones en plus des autres populations, aux fins du présent rapport, seuls les projets de lutte contre le VIH/sida d'une durée limitée s'adressant explicitement aux Premières nations,

aux Inuits et aux Métis ont été inclus. La portée du rapport est également limitée, car le manque de temps et les contraintes méthodologiques empêchent de tenir compte de l'influence bien réelle des déterminants de la santé sur la vulnérabilité des Autochtones au VIH/sida, de sorte que les chapitres 5 et 6 portent uniquement sur les projets consacrés aux VIH/sida.

1.3 Références

[1] ONUSIDA. *Populations clés* [document Internet], Genève, ONUSIDA, 2008 [consulté en juin 2009]. Accessible sur Internet : <http://www.unaids.org/en/PolicyAndPractice/KeyPopulations/default.asp>.

[2] Agence de la Santé Publique du Canada (ASPC). *Risque, vulnérabilité, résilience - Implications pour les systèmes de santé* [document Internet], Ottawa, ASPC, février 1997 [consulté en juin 2009]. Accessible sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/publications/fvrisk-fra.php>.

[3] Réseau canadien autochtone du sida (RCAS). *For Generations to Come: a Look at Aboriginal Resiliency*, Ottawa, RCAS, date de parution non précisée.

[4] Masching, R. *The Essentials of Literature Reviews: Fact Sheet* [document Internet], Ottawa, Réseau canadien autochtone du sida, mars 2006 [consulté en juillet 2009]. Accessible sur Internet : <http://www.caan.ca/pdf/Lit%20reviews.pdf>.



CHAPITRE 2 – Profil démographique

Ce chapitre a pour objet de fournir de l'information contextuelle sur certaines caractéristiques démographiques des Autochtones (situation géographique, âge, langue, niveau de scolarité, situation d'emploi, revenu et état de santé) pour jeter les bases de l'approche axée sur les déterminants de la santé utilisée dans le présent rapport et mieux cerner le contexte du VIH/sida chez les Autochtones.

Notes sur les données utilisées dans le présent chapitre

Les membres des Premières nations comprennent ceux qui sont inscrits en vertu de la *Loi sur les Indiens* (les Indiens inscrits) et ceux qui ne le sont pas (les Indiens non inscrits). Les membres des Premières nations peuvent résider dans une réserve ou hors réserve. Ces distinctions ont des conséquences importantes, car les données du recensement utilisées dans ce chapitre se rapportent à ceux qui se déclarent membres des Premières nations (vivant dans une réserve ou hors réserve), tandis que les autres renseignements (comme les données sur la santé ou celles de l'Enquête auprès des peuples autochtones) portent sur des groupes précis d'Autochtones, comme les Indiens inscrits qui vivent dans une réserve, ou ceux – inscrits ou non – qui vivent hors réserve.

Les données du présent chapitre sont tirées de plusieurs sources, notamment le Recensement du Canada de 2006, l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2006, le Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada de 2005 de Santé Canada et l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations de 2002-2003. Dans son recensement, Statistique Canada indique que le terme « Autochtone » comprend les personnes qui s'identifient à au moins un groupe autochtone (Premières nations, Inuits ou Métis) et celles qui sont des Indiens inscrits ou des membres d'une Première nation ou d'une bande indienne [1]. Il est important de noter que 22 collectivités des Premières nations n'ont pas été complètement dénombrées par le recensement de 2006 et que, par conséquent, elles ne sont pas comprises dans les données présentées dans le présent chapitre. Il faut aussi noter que le recensement utilise une définition du mot Métis plus large que celle du Conseil national des Métis. En conséquence, dans le présent chapitre,

l'information sur les Métis peut différer de celle du registre du Conseil national [2].

2.1 Taille de la population et croissance des projets

Dans le recensement de 2006, plus de 1,1 million de personnes se sont dites Autochtones, soit 3,8 % de la population canadienne totale. Près de 60 % des Autochtones déclarent faire partie du groupe des Premières nations, 33 % des Métis et 4 % des Inuits⁸ [3].

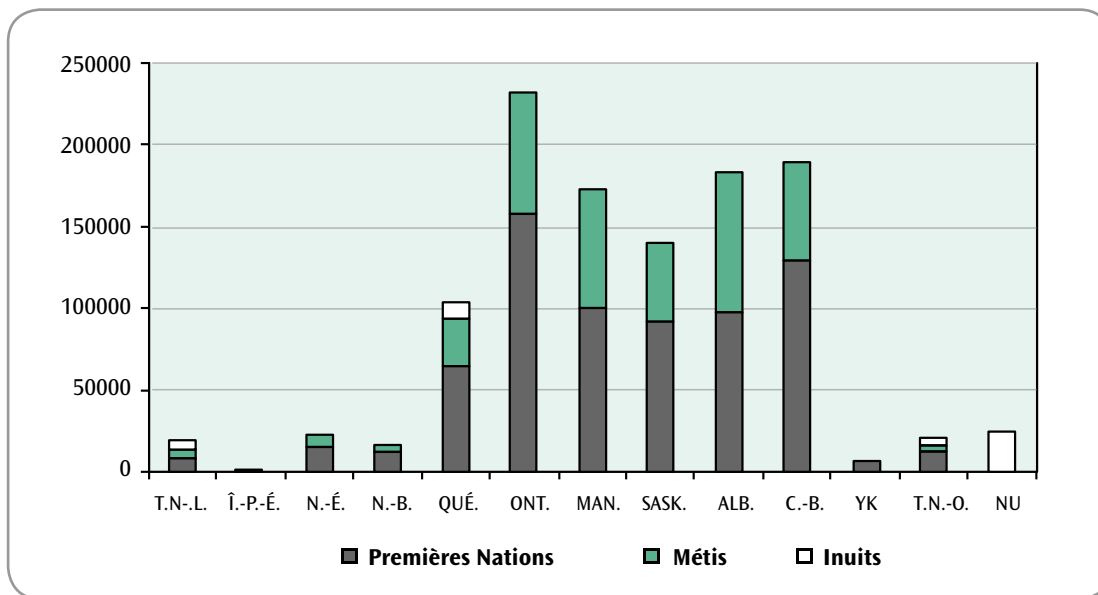
La population autochtone augmente plus rapidement que la population non autochtone. De 1996 à 2006, la population autochtone a augmenté de 45 %, presque six fois plus vite que la population non autochtone. La population des Métis a augmenté de 91% de 1996 à 2006, soit la plus forte croissance des trois groupes autochtones. Cette croissance est attribuable au taux de natalité plus élevé et à la tendance croissante des Métis à s'identifier comme tels dans le recensement [2]. Le nombre de membres des Premières nations et d'Inuits a également augmenté considérablement de 1996 à 2006, soit de 29 % chez les Premières nations et de 26 % chez les Inuits [3]. Statistique Canada prévoit qu'en 2017, la population autochtone représentera plus de 4% de l'ensemble de la population canadienne [4].

2.2 Lieu de résidence

En 2006, environ 80 % des Autochtones vivaient en Ontario ou dans l'une des quatre provinces de l'Ouest (se reporter à la figure 1). La section qui suit fournit des renseignements sur le lieu de résidence des membres des Premières nations, des Inuits et des Métis.

8 En outre, dans le recensement, 0,7 % des personnes se disant Autochtones s'identifiaient à plus d'un groupe (Premières nations, Inuits ou Métis). Statistique Canada les classe dans la population d'identité autochtone multiple. À cela s'ajoute 2 % d'Autochtones dans la catégorie intitulée Réponses autochtones non incluses ailleurs, qui comprennent les personnes qui se sont identifiées comme Indiens inscrits ou comme membres d'une bande indienne, mais ne s'identifient pas aux groupes des Premières nations, des Inuits et des Métis dans la section du recensement consacrée à l'identité autochtone [1].

Figure 1 : Répartition des populations des Premières nations, des Inuits et des Métis par province et par territoire (n=1 138 250)



(Source : [1]. Ce tableau n'inclut pas les réponses autochtones multiples et les réponses autochtones non incluses ailleurs.)

2.2.1 Premières nations

En 2006, les membres des Premières nations se trouvaient principalement en Ontario (23 %), en Colombie-Britannique (19 %), au Manitoba (14 %), en Alberta (14 %) et en Saskatchewan (13 %) [3]. En outre, environ 9 % des membres des Premières nations vivaient au Québec en 2006, tandis que 5 % vivaient dans les quatre provinces de l'Est. Moins de 3 % de la population des Premières nations se trouvait dans le Nord du pays, surtout dans les Territoires du Nord-Ouest et au Yukon.

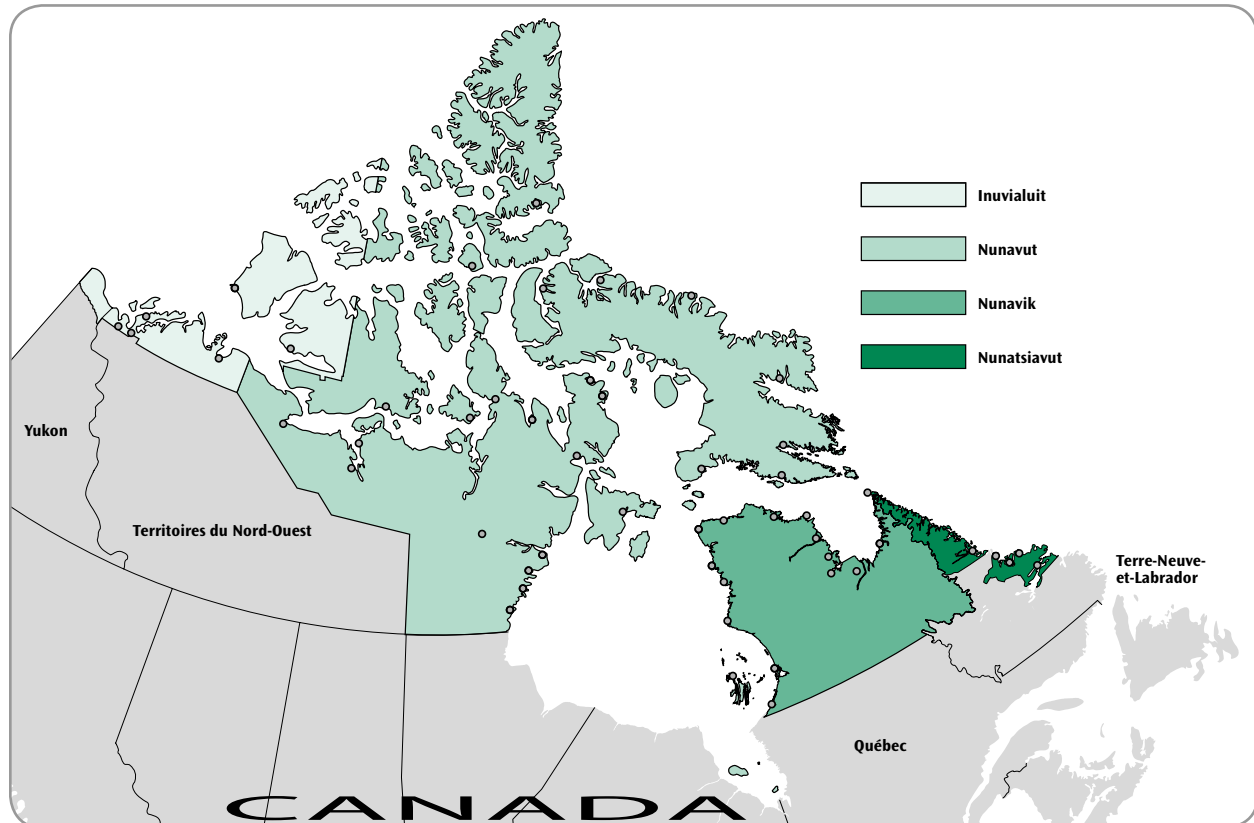
On compte au Canada plus de 600 collectivités des Premières Nations. Selon le recensement de 2006, environ 40 % de la population des Premières Nations vit dans des réserves. Toutefois, si on n'inclut dans ce calcul que les indiens inscrits, le recensement indique qu'en 2006, 52 % d'entre eux vivaient dans une réserve.

En 2006, environ les trois quarts (78 %) des membres des Premières nations vivaient hors réserve en milieu urbain et 21 % en milieu rural [3].

2.2.2 Inuits

Le Canada compte plus de 50 collectivités inuites situées dans les quatre régions inuites : Inuvialuit, Nunavut, Nunavik et Nunatsiavut. Ces régions s'étalent sur deux provinces et deux territoires du Nord du pays (se reporter à la figure 2). Les Inuits forment la majorité de la population dans chacune de ces régions. En 2006, plus des trois quarts de la population inuite (78 %), soit environ 40 000 personnes, vivaient dans l'une de ces quatre régions. Près de la moitié des Inuits résidaient au Nunavut (49 %), 19 % au Nunavik, 6 % dans l'Inuvialuit et 4 % au Nunatsiavut [3].

Figure 2 : Régions inuites du Canada



Source : [5]

De 1996 à 2006, le nombre d'Inuits vivant en milieu urbain hors des quatre régions inuites a augmenté de 60 %. En 2006, environ 17 % des Inuits vivaient en milieu urbain hors des quatre régions inuites, principalement à Ottawa-Gatineau, à Yellowknife, à Edmonton, à Montréal et à Winnipeg [3].

2.2.3 Métis

Près de 90 % des personnes qui se sont identifiées comme Métis dans le recensement de 2006 résidaient en Ontario ou dans l'une des quatre provinces de l'Ouest, (22 % en Alberta, 19 % en Ontario, 18 % au Manitoba, 15 % en Colombie-Britannique et 12 % en Saskatchewan). Une autre tranche de 7 % des Métis résident au Québec, tandis que près de 5 % résident dans l'une des quatre provinces

de l'Est. Un pour cent des Métis vivaient dans les territoires (Territoires du Nord-Ouest, Yukon et Nunavut) en 2006 [1].

En 2006, 69 % des Métis vivaient en milieu urbain. Toutefois, les Métis étaient deux fois plus susceptibles que les citoyens non autochtones de vivre dans de petits centres urbains plutôt que dans de grandes villes (41 % de citoyens Métis contre 20 % de citoyens non autochtones).

2.2.4 Mobilité de la population, logement et itinérance

Le recensement de 2006 révèle que les Autochtones déménagent un peu plus souvent que les non-Autochtones. Au moment du recensement de 2006, la majorité

des Autochtones (81 %) ont déclaré qu'ils vivaient à la même adresse que l'année précédente, à peine moins que les non-Autochtones (86 %) [3].

Il est important de noter que le recensement ne comprend pas toutes les populations des sans-abri ou des itinérants, car ces groupes sont difficiles à recenser. Par conséquent, il est possible que les données du recensement soient inférieures au nombre réel des sans-abri et des itinérants autochtones. On estime entre 150 000 et 300 000 le nombre des sans-abri au Canada [6], et tout indique que les Autochtones sont surreprésentés au sein de cette population [6, 7]. Les chiffres sur les sans-abri de divers centres urbains du Canada indiquent que les Autochtones représentent 16 % des sans-abri à Toronto, 30 % à Vancouver, 38 % à Edmonton et 62 % à Winnipeg [7].

La surpopulation et la rareté des logements sont également des problèmes importants chez les Autochtones. Selon le recensement de 2006, 38 % des Inuits des quatre régions inuites vivaient dans des logements surpeuplés⁹, comparativement à 3 % des non-Autochtones [3]. Le plan d'action de dix ans sur le logement des Inuits du gouvernement du Nunavut, créé en 2004, indique que 39 % des Inuits du Nunavut ne vivent pas dans un logement acceptable et ne sont pas en mesure de le faire [8]. Le recensement de 2006 indique également qu'un grand nombre des membres des Premières Nations vivent dans des logements surpeuplés. Cette proportion est de 26 % chez ceux qui vivent dans une réserve et de 7 % chez ceux qui vivent hors réserve [3]. Le recensement a révélé que le pourcentage des Métis vivant en milieu urbain et occupant un logement surpeuplé est à peu près le même qu'au sein de la population non autochtone (3 %). Toutefois, le pourcentage des Métis occupant un logement surpeuplé en milieu rural est plus élevé que chez les non-Autochtones (5 % par rapport à 1 %) [3].

9 Statistique Canada estime qu'une maison est surpeuplée quand elle compte plus d'une personne par pièce (à l'exclusion des pièces comme la salle de bain, le hall d'entrée et les pièces utilisées à des fins commerciales) [3].

2.3 Âge

La moyenne d'âge des Autochtones est moins élevée que celle des non-Autochtones. Près de la moitié (48 %) des Autochtones sont des enfants et des jeunes de moins de 24 ans, comparativement à 31 % chez les non-Autochtones. L'âge médian des non-Autochtones est de 40 ans, alors que celui des Autochtones est de 27 ans. Cette différence existe également entre les Métis (30 ans), les Premières Nations (25 ans) et les Inuits (22 ans) [3].

On compte également moins de personnes âgées chez les Autochtones que chez les non-Autochtones. En 2006, celles-ci représentaient 13 % des non-Autochtones, mais seulement 5 % des Autochtones. Toutefois, de 1996 à 2006, le nombre d'aînés autochtones a doublé [3].

2.4 Sexe biologique

Les femmes et les filles représentent un peu plus de la moitié (51 %) des Autochtones du Canada. Ce chiffre est comparable à l'ensemble du reste de la population [3].

2.5 Langue

2.5.1 Premières nations

Les Premières Nations parlent plus de 60 langues différentes qui peuvent être regroupées en plusieurs familles linguistiques, dont l'algonquin, l'athapaskan, le sioux, le salish, le tsimshian, le wakashan, l'iroquoïen, l'haïda, le kutenai et le tlingit. En 2006, près de 30 % des membres des Premières Nations pouvaient avoir une conversation dans une langue autochtone. Ceux qui vivaient dans les réserves étaient plus susceptibles de pouvoir converser dans une langue autochtone (51 %) que ceux qui vivaient hors réserve (12 %). Un pour cent des membres des Premières Nations recensés ne pouvaient s'exprimer que dans une langue autochtone [3].

En 2006, le cri était la langue autochtone la plus parlée chez les membres des Premières nations; 12,5 % d'entre eux pouvaient parler cette langue. Suivaient l'ojobway, l'oji-cri et le montagnais-naskapi, qui font toutes partie de la famille des langues algonquines. Les autres langues parlées par moins de 10 000 personnes comprennent le déné (de la famille des langues athapascanes), le mi'kmaq (de la famille des langues algonquines), les langues sioux (dakota/sioux) et l'attikamek (famille des langues algonquines).

2.5.2 Inuits

Le recensement de 2006 révèle que la majorité (69 %) des Inuits sont en mesure de parler l'inuktitut¹⁰. Les Inuits vivant en milieu urbain sont généralement moins susceptibles de parler l'inuktitut que ceux qui vivent dans le Nord. En 2006, 84 % des personnes vivant dans l'une des quatre régions inuites ont déclaré pouvoir parler l'inuktitut, comparativement à 15 % des Inuits vivant en milieu urbain. De même, 63 % des Inuits vivant dans l'une des quatre régions inuites ont déclaré que l'inuktitut était la principale langue parlée à la maison, comparativement à seulement 4 % des Inuits vivant en milieu urbain [3].

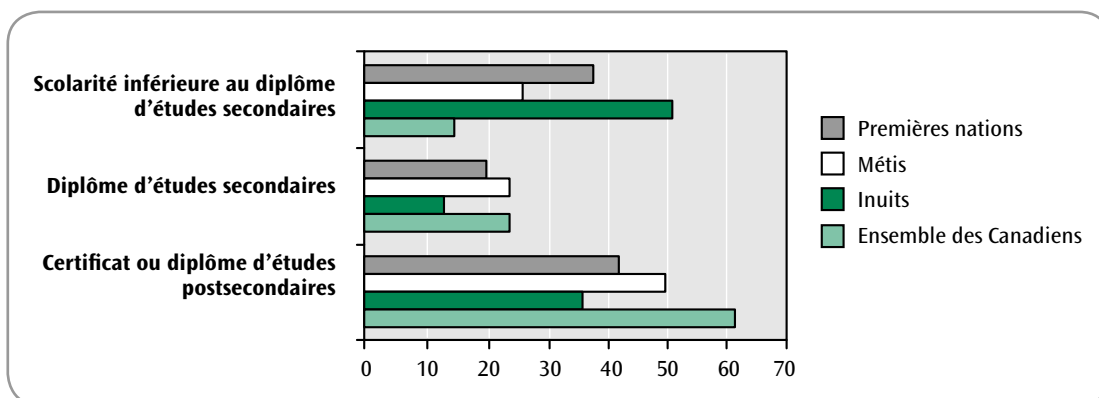
2.5.3 Métis

En 2006, environ 4 % des Métis parlaient une langue autochtone, principalement le cri, suivi du déné et de l'ojobway. Selon le recensement de 2006, il existe moins de 1 000 locuteurs des autres langues autochtones, y compris le michif, langue traditionnelle des Métis qui combine principalement le cri et le français [3].

2.6 Niveau de scolarité

Selon le recensement de 2006, environ un tiers des Autochtones de 25 à 64 ans n'avaient pas terminé leurs études secondaires, comparativement à 15 % dans la population canadienne totale du même groupe d'âge. En outre, pour 21 % des Autochtones, le diplôme d'études secondaires est le plus haut niveau de scolarité atteint, comparativement à 24 % de l'ensemble des Canadiens. En 2006, environ 44 % des Autochtones avaient obtenu un diplôme d'études postsecondaires (p. ex. un certificat de formation professionnelle ou un diplôme d'études collégiales ou universitaires), comparativement à 61 % de l'ensemble des Canadiens [9].

Figure 3 : Pourcentage des membres des Premières nations, des Inuits, des Métis et de l'ensemble des Canadiens, par niveau de scolarité



Source : [9]

10 Le recensement de 2006 signale que cinq principaux dialectes inuits sont parlés au Canada : l'inuvialuktun (parlé dans l'Inuvialuit), l'inuinnaqtun (parlé principalement dans certaines collectivités de l'ouest du Nunavut), l'inuktitut (parlé dans l'est du Nunavut), l'inuktitut (parlé au Nunavik), et l'inuttut (parlé au Nunatsiavut). Le recensement regroupe ces cinq dialectes distincts sous le terme collectif d'inuktitut [3].

2.6.1 Premières nations

En 2006, 38 % des membres des Premières Nations de 25 à 64 ans avaient un niveau de scolarité inférieur au diplôme d'études secondaires, 20 % avaient un diplôme d'études secondaires et environ 42 % avaient un diplôme d'études postsecondaires [9].

2.6.2 Inuits

En 2006, 51 % des Inuits de 25 à 64 ans avaient un niveau de scolarité inférieur au diplôme d'études secondaires, 13 % avaient un diplôme d'études secondaires et environ 36 % avaient un diplôme d'études postsecondaires [9].

2.6.3 Métis

En 2006, un peu plus du quart des Métis de 25 à 64 ans avaient un niveau de scolarité inférieur au diplôme d'études secondaires, près du quart avaient un diplôme d'études secondaires et la moitié avaient un diplôme d'études postsecondaires [9].

2.7 Emploi

Même si les Autochtones ont connu une augmentation de leur taux d'emploi de 2001 à 2006, ils continuent d'avoir des taux moins élevés que la population non autochtone. En 2006, le taux d'emploi des Autochtones adultes âgés de 25 à 54 ans était de 66 % en comparaison de 82 % dans la population non autochtone pour le même groupe d'âge. En 2006, les Autochtones étaient deux fois plus susceptibles d'être chômeurs que les adultes non autochtones [10].

2.7.1 Premières nations

Le taux d'emploi des membres des Premières nations âgés de 25 à 54 ans était de 61 % en 2006. Environ les deux tiers (66 %) des membres des Premières nations vivant hors réserve avaient un emploi, en comparaison de 52 % de ceux vivant dans une réserve [10].

2.7.2 Inuits

Environ 61 % des Inuits âgés de 25 à 54 ans avaient un emploi en 2006. Le taux de chômage des Inuits âgés de 25 à 54 ans était de 19 %, en comparaison de 5 % chez les adultes non autochtones en 2006 [10].

2.7.3 Métis

Environ 75 % des Métis âgés de 25 à 54 ans avaient un emploi en 2006. Parmi les trois groupes autochtones, ce sont les Métis qui, pour cette tranche d'âge, présentaient le taux de chômage le plus bas, à 8 %, mais celui-ci était quand même supérieur à celui des adultes non autochtones (à 5 %) [10].

2.8 Revenu

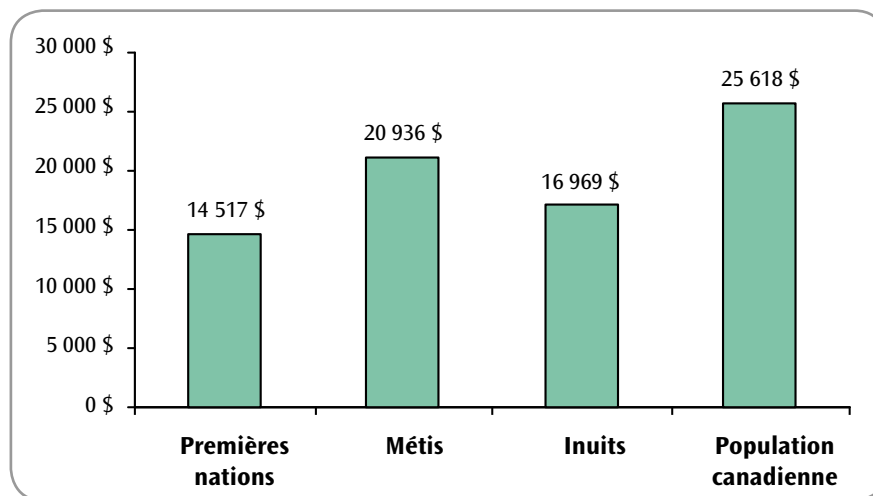
D'après le recensement de 2006, le revenu médian annuel des Autochtones est inférieur à celui de l'ensemble de la population canadienne. En 2005¹¹, le revenu médian annuel des Autochtones âgés de 15 ans et plus était de 16 796 \$, tandis que celui de l'ensemble de la population canadienne était de 25 618 \$. Comme dans l'ensemble de la population canadienne, le revenu médian annuel des hommes autochtones était supérieur (18 787 \$) à celui des femmes autochtones (15 682 \$).

2.8.1 Premières nations

En 2005, le revenu médian annuel des personnes s'étant déclarées membres des Premières nations au recensement de 2006 était de 14 517 \$, un montant considérablement inférieur à celui de l'ensemble de la population canadienne. Il était presque le même chez les femmes et les hommes qui ont déclaré être membres des Premières nations (revenu annuel de 14 516 \$ et de 14 520 \$ respectivement) [11].

11 Le recensement recueille les renseignements sur le revenu de l'année civile précédente. Par conséquent, le Recensement de 2006 a recueilli les données sur le revenu de l'année 2005 [11].

Figure 4 : Revenu médian annuel des membres des Premières nations, des Inuits, des Métis et de l'ensemble des Canadiens, âgés de 15 ans et plus, en 2005



Source : [11]

2.8.2 Inuits

D'après le recensement de 2006, le revenu médian annuel des Inuits était de 16 969 \$ en 2005. On note un léger écart salarial entre les hommes et les femmes. En 2005, le revenu médian annuel des femmes inuites était de 16 599 \$ tandis que celui des hommes était de 17 425 \$ [11].

2.8.3 Métis

En 2005, le revenu médian annuel des personnes s'étant déclarées Métis (à 20 936 \$) au recensement de 2006 était supérieur à celui des personnes s'étant déclarées membres des Premières nations ou Inuits. L'écart salarial entre les hommes et les femmes était plus important chez les Métis que chez les membres des Premières nations et les Inuits. Le revenu médian annuel des femmes métisses était de 17 520 \$, tandis que celui des hommes métis était de 26 466 \$, ce qui représente une différence de presque 9 000 \$ par année [11].

2.9 État de santé

Cette section donne un aperçu des divers indicateurs de santé dans les populations des Premières nations, des Inuits et des Métis, lorsque ces données sont disponibles. On y aborde la notion de santé principalement à la lumière du modèle biomédical occidental, notamment des indicateurs de santé comme l'espérance de vie et la prévalence de maladies. Il importe de reconnaître que bon nombre d'Autochtones considèrent la santé sous l'angle holistique, un point de vue différent du modèle biomédical occidental. L'approche traditionnelle de la santé adoptée par les Premières nations tient compte de l'importance du lien entre le monde naturel et la recherche, la réalisation et le maintien d'un équilibre dans la vie [12]. Les Métis ont aussi une perspective holistique de la santé [13], selon laquelle [traduction] « il ne peut y avoir de guérison physique si tous les aspects de l'être, y compris le corps et l'esprit, ne sont pas pris en compte et harmonisés » [14]. Selon la vision holistique des Inuits, une bonne santé est fondée sur l'équilibre et l'harmonie des facteurs sociaux,

économiques, culturels, environne-mentaux et biologiques [15]. Selon les Autochtones, une bonne santé est plus que l'absence de maladie. Elle signifie le bien-être et l'équilibre des aspects physique, mental, affectif et spirituel, et repose sur des liens étroits avec la famille, la société et la nature [12;15].

Les chercheurs autochtones et non autochtones reconnaissent l'importance de comprendre les disparités en matière de santé chez les Autochtones dans le contexte des processus historiques et actuels de colonisation [16-18]. Ils ont aussi observé que, [traduction] « le plus souvent, ces disparités étaient directement et indirectement associées à des injustices sociales, économiques, culturelles et politiques, dont le résultat final est un fardeau disproportionné de mauvaise santé et de souffrance sociale dans les populations autochtones du Canada » [17]. Les séquelles des pensionnats et des autres politiques d'assimilation ont aussi eu un impact important sur la santé mentale des Autochtones, de leur famille et de leur collectivité [19;20]. L'information présentée dans cette section, combinée au contenu des chapitres 3 et 4 du présent rapport, devrait brosser un tableau plus complet et plus global de l'état de santé et du bien-être actuels des Autochtones. Il faut aussi souligner que la quantité restreinte de données sur l'état de santé des Inuits¹² et des Métis limite le contenu de cette section. Cette restriction vient d'un certain nombre de facteurs, dont les limitations dans les collectes ou les rapports provinciaux et territoriaux, ainsi que le manque de mécanismes pour assurer la collecte régulière de données spécifiques aux populations inuite et métisse. Actuellement, l'information sur la santé de ces populations est principalement tirée des données des recensements, de sondages comme l'Enquête auprès des peuples autochtones et de la recherche universitaire. Cette section se fonde sur cette information, dans la mesure du possible.

12 La collecte des données de la première Étude sur la santé des Inuits est en cours. Cette étude fournira les données de base sur l'état de santé des adultes, des enfants d'âge préscolaire et des ménages inuits, y compris l'information sur les risques de maladies chroniques, la nutrition, l'activité physique, le soutien social et la santé mentale, les handicaps et les blessures, le surpeuplement des logements et la sécurité alimentaire.

2.9.1 Premières nations

Comme nous l'avons expliqué au début de ce chapitre, les membres des Premières nations sont les personnes inscrites aux termes de la *Loi sur les Indiens* (Indiens de plein droit ou Indiens inscrits) et celles qui ne sont pas inscrites (Indiens non inscrits). Les membres des Premières nations peuvent aussi vivre dans les réserves ou hors réserve. En raison des différentes manières de recueillir les données, les types de renseignements existants sur la santé de la population des Premières nations diffèrent en fonction des divers segments de cette population (p. ex. Indiens inscrits ou membres des Premières nations vivant hors réserve). Le tableau ci-dessous résume certains indicateurs clés de la santé pour les Indiens inscrits, et les membres des Premières nations vivant dans les réserves et hors réserve.

Comme pour les autres indicateurs de santé, la maladie mentale peut être associée aux expériences de colonisation et de marginalisation que les Premières nations ont vécues [12]. Les séquelles des pensionnats ont eu un impact profond et multigénérationnel sur la santé mentale et le bien-être des membres des Premières nations, leur famille et leur collectivité [19]. Le suicide est l'une des principales causes de décès chez les jeunes et les adultes des Premières nations. En 2000, 22 % des décès chez les jeunes membres des Premières nations (âgés de 10 à 19 ans) et 16 % des décès chez les jeunes adultes (de 20 à 44 ans) ont été des suicides [24]. Les résultats de l'Enquête longitudinale régionale sur la santé des Premières nations de 2002-2003 ont révélé que 30 % des adultes des Premières nations vivant dans les réserves s'étaient sentis tristes, mélancoliques ou déprimés pendant deux semaines consécutives ou plus [12]. Selon les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2001, 12 % des adultes des Premières nations vivant hors réserve avaient vécu un épisode de dépression majeure, en comparaison de 7 % dans l'ensemble de la population canadienne [26].

Indicateurs de la santé des Indiens inscrits, et des membres des Premières nations vivant dans les réserves et hors réserve		
Indiens de plein droit ou Indiens inscrits		
Espérance de vie	En 2001, l'espérance de vie des Indiens et Indiennes de plein droit (ou Indiens inscrits) était de 70,4 et de 75,5 ans respectivement, tandis que celle des hommes et des femmes de l'ensemble de la population canadienne était de 77 ans et de 82,1 ans respectivement. Cela représente un écart de 6,6 ans pour les Indiens et Indiennes inscrits [21].	
Tuberculose (TB)	En 2007, le taux de TB était de 27,9 cas sur 100 000 chez les Indiens inscrits, en comparaison de 1,9 cas sur 100 000 dans la population totale née au Canada et de 0,7 cas dans la population non autochtone née au Canada [22].	
	Membres des Premières nations vivant dans les réserves	Membres des Premières nations vivant hors réserve
Auto-évaluation de l'état de santé	40 % des répondants ont déclaré être en excellente ou en très bonne santé, 27 % ont déclaré que leur état de santé était passable ou mauvais. [23].	53 % des répondants ont déclaré être en excellente ou en très bonne santé; 19 % ont déclaré que leur état de santé était passable ou mauvais [24].
Problèmes de santé chroniques	54 % des répondants ont dit avoir un ou plusieurs problèmes de santé chroniques, dont les plus courants étaient l'arthrite ou les rhumatismes (25 %), l'hypertension artérielle (20 %) et l'asthme (9,7%) [12]. Près de 20 % des adultes des Premières nations vivant dans les réserves ont reçu un diagnostic de diabète [12].	54 % des répondants ont dit avoir un ou plusieurs problèmes de santé chroniques, dont les plus courants étaient l'arthrite ou les rhumatismes (21 %), l'hypertension artérielle, les problèmes cardiaques ou les séquelles d'un accident vasculaire cérébral (20 %) et des problèmes respiratoires (asthme, bronchite chronique, emphysème) (18 %) [24]. 8 % des adultes des Premières nations vivant hors réserve ont reçu un diagnostic de diabète [24].
Principales causes de décès	En 2000, les principales causes de décès ¹³ chez les hommes des Premières nations étaient les blessures et les empoisonnements, qui ont entraîné 28 % des décès, suivis des maladies circulatoires et du cancer. Chez les femmes des Premières nations, les principales causes étaient les maladies circulatoires, les blessures et les empoisonnements, et le cancer [25].	

13 Fondé sur les taux de mortalité bruts.

Par le passé, l'alcool et les autres substances ont joué des rôles culturels et cérémoniels importants dans les collectivités des Premières nations ou d'autres sociétés autochtones [12]. Aujourd'hui, l'usage de substances, y compris l'alcool et les drogues, est reconnu comme étant une grande source de préoccupation dans bon nombre de collectivités autochtones [12;27;28]. Bien qu'il n'existe pas de rapport national sur l'usage de substances illégales par les Autochtones, des études de moins grande envergure semblent indiquer que les Autochtones sont surreprésentés dans la proportion de consommateurs de substances illégales au pays [29-31]. Dans l'Enquête longitudinale régionale sur la santé des Premières nations de 2002-2003, 27 % des répondants (membres des Premières nations vivant dans les réserves) ont dit avoir consommé de la marijuana dans les 12 mois précédents, tandis que 7 % ont rapporté avoir consommé d'autres substances illégales, y compris de la phencyclidine (PCP) ou poudre d'ange, de l'acide/LSD/amphétamines, de l'ecstasy, des inhalants, de la cocaïne/crack ou de l'héroïne [12].

L'enquête a aussi révélé des taux plus faibles de consommation d'alcool chez les Autochtones des Premières nations (66 %) sur douze mois que dans l'ensemble de la population canadienne (79 %). Cependant, la proportion de répondants des Premières nations ayant déclaré une forte consommation d'alcool¹⁴ hebdomadaire (16 %) était supérieure à celle observée dans l'ensemble de la population canadienne (6 %) [12].

2.9.2 Inuits

Dans l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2006, 50 % des répondants inuits âgés de 15 ans et plus ont déclaré être en excellente ou en très bonne santé, tandis que 6 % ont indiqué que leur état de santé était passable ou mauvais [32]. En 2006, 44 % des adultes inuits ont dit avoir reçu un ou plusieurs diagnostics de problèmes de santé chroniques, dont les plus courants étaient

l'arthrite ou les rhumatismes (13 %) et l'hypertension artérielle (12 %). Quatre pour cent des répondants inuits ont déclaré souffrir du diabète, ce qui représente une hausse de 2 % par rapport à 2001 [32]. De plus, 6 % des Inuits ont dit avoir une maladie transmissible (hépatite, TB, VIH/sida) [24].

Les Inuits ont une espérance de vie plus faible que l'ensemble des Canadiens. En 2001, l'espérance de vie des personnes vivant dans les régions inuites était de 64,4 ans chez les hommes et de 69,8 ans chez les femmes. Cela représente un écart d'environ 12,6 ans chez les hommes et de 12,2 ans chez les femmes qui vivent dans les régions inuites [33].

L'incidence de la TB est plus forte chez les Inuits que dans la population non autochtone. En 2007, le taux de TB était de 84,2 cas sur 100 000 chez les Inuits, en comparaison de 1,9 cas dans la population totale née au Canada et de 0,7 dans la population non autochtone née au Canada [22]. Les taux élevés de TB observés chez les Inuits, comme chez les peuples des Premières nations, sont probablement reliés aux piètres conditions d'hébergement et au surpeuplement des logements [3].

La colonisation, les pensionnats et la rapidité des changements culturels ont tous eu des répercussions sur la santé mentale et le bien-être des Inuits [27]. Le suicide est une grande source de préoccupation chez les Inuits du Canada. Les études des régions inuites ont révélé des taux de suicide de 3,5 à 11 fois plus élevés que la moyenne nationale, et les jeunes hommes âgés de moins de 25 ans constituent la majorité des décès par suicide. De 2000 à 2003, 22 % des décès au Nunavut étaient attribuables au suicide [34].

On manque d'information concernant l'usage de substances problématiques dans les populations inuites au Canada. L'Organisation nationale de la santé autochtone souligne que la marijuana est souvent moins chère et plus facile à faire entrer au Nunavut que l'alcool. Il est possible de trouver des drogues comme la cocaïne et

14 Défini comme étant la consommation de 5 verres ou plus en une occasion.

l'héroïne à Iqaluit et dans les plus grandes collectivités d'autres régions inuites [27]. Comme chez les Autochtones des Premières nations, l'abstinence d'alcool est plus élevée chez les Inuits que dans l'ensemble de la population canadienne. Cependant, les Inuits qui boivent ont nettement tendance à le faire de façon excessive (5 verres ou plus). En 2001, 37 % des adultes inuits ne buvaient pas d'alcool, tandis que 30 % des résidents du Nunavut âgés de 12 ans et plus qui en consommaient ont déclaré boire de façon abusive 12 fois ou plus par année [27].

2.9.3 Métis

Peu de données existent sur l'état de santé de la population métisse. Dans l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2006, 58 % des Métis ont déclaré être en excellente ou en très bonne santé, tandis que 16 % ont rapporté un état de santé passable ou mauvais. Plus de la moitié (54 %) des Métis ont déclaré avoir un ou plusieurs problèmes de santé chroniques, dont les plus courants étaient l'arthrite ou les rhumatismes (21 %), l'hypertension artérielle ou d'autres problèmes cardiaques (20 %) et des problèmes respiratoires (18 %). De plus, 3 % des Métis ont déclaré avoir une maladie transmissible, comme l'hépatite¹⁵, la TB ou le VIH/sida [24].

L'information sur le diabète dans la population métisse est limitée parce qu'il n'y a pas suffisamment de systèmes de collecte de données pour cette population. Dans l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2006, 7 % des Métis ont déclaré souffrir du diabète [24]. Une étude reliant un échantillon des membres de la Fédération des Métis du Manitoba aux bases de données provinciales du Manitoba sur la santé a révélé une prévalence du diabète supérieure chez les Métis que dans l'ensemble de la population de cette province. Parmi les Métis âgés de 15 ans et plus, la prévalence du diabète atteignait presque 10 % chez les hommes et 11 % chez les

femmes, ce qui représente des proportions considérablement plus élevées que dans l'ensemble de la population provinciale (6,1 % des hommes et 5,7 % des femmes du Manitoba) [35].

Les Métis connaissent aussi un taux de TB plus élevé que la population non autochtone. En 2007, l'incidence de la TB était de 9,6 cas sur 100 000, en comparaison de 1,9 cas dans la population totale née au Canada et de 0,7 dans la population non autochtone née au Canada [22].

2.10 Références

- [1] Statistique Canada. *Population selon les groupes d'âge, le sexe et les groupes d'identité autochtone, chiffres de 2006, pour le Canada, les provinces et les territoires – Données-échantillon (20 %)*, Ottawa, Statistique Canada [site Web], 2008. Accessible sur Internet : <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/index-fra.cfm> [consulté en juillet 2008].
- [2] Gionet L. *Les Métis au Canada : divers résultats du Recensement de 2006*, Ottawa, Statistique Canada [site Web], janv. 2009. Accessible sur Internet : <http://www.statcan.gc.ca/pub/11-008-x/2009001/article/10769-fra.pdf> [consulté en janvier 2009].
- [3] Statistique Canada. *Peuples autochtones du Canada en 2006 : Inuits, Métis et Premières nations, Recensement de 2006 : résultats*, Ottawa, Statistique Canada [site Web], janv. 2008. Accessible sur Internet : <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/as-sa/97-558/index-fra.cfm?CFID=327488&CFTOKEN=60966146> [consulté en juillet 2008].
- [4] Michalowski M., Loh S. *Projections des populations autochtones, Canada, provinces et territoires 2001 à 2017*. Ottawa, Statistique Canada, 2005.
- [5] Inuit Tapiriit Kanatami (ITK). *Inuit nunaat*, ITK, Ottawa [site Web], sept. 2008. Accessible sur Internet : http://www.itk.ca/sites/default/files/InuitNunaat_Basic.pdf [consulté en octobre 2009].

15 Nota : Les données de l'Enquête auprès des peuples autochtones (2006) ne précisent pas le type d'hépatite.

- [6] Laird G. *Homelessness in a Growth Economy: Canada's 21st Century Paradox*, Calgary, Sheldon Chumir Foundation for Ethics in Leadership [site Web], 2007. Accessible sur Internet : <http://www.chumirethicsfoundation.ca/files/pdf/SHELTER.pdf> [consulté en septembre 2008].
- [7] Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). *Améliorer la santé des Canadiens : santé mentale et itinérance*, Ottawa, ICIS [site Web], août 2007. Accessible sur Internet : http://secure.cih.ca/cihiweb/products/mental_health_report_aug22_2007_f.pdf [consulté en octobre 2008].
- [8] Gouvernement du Nunavut. *Nunavut Ten-Year Inuit Housing Action Plan*, Iqaluit, Government of Nunavut Housing Corporation and Nunavut Tunngavik Inc., 2004.
- [9] Statistique Canada. *Portrait de la scolarité au Canada, Recensement de 2006 : résultats*. Ottawa, Statistique Canada [site Web], 2008 Accessible sur Internet : <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/as-sa/97-560/index-fra.cfm> [consulté en janvier 2009].
- [10] Statistique Canada. *L'évolution de la population active au Canada, Recensement de 2006 : résultats*, Ottawa, Statistique Canada [site Web], 2009. Accessible sur Internet : <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/as-sa/97-559/index-fra.cfm> [consulté en janvier 2009].
- [11] Statistique Canada. *Statistiques du revenu en dollars constants (2005), groupes d'âge, identité autochtone, statut d'Indien inscrit et ascendance autochtone, plus haut certificat, diplôme ou grade et sexe pour la population de 15 ans et plus ayant un revenu, pour le Canada, les provinces et les territoires, 2000 et 2005 – Données-échantillon (20 %), n° 97-563-XCB2006008* au catalogue, Ottawa, Statistique Canada [site Web]. Accessible sur Internet : <http://www12.statcan.ca/francais/census06/data/topics/Print.cfm?PID=96254&GID=614135&D1=0&D2=0&D3=0&D4=0&D5=0&D6=0> [consulté en janvier 2009].
- [12] Comité sur la gouvernance de l'information des Premières Nations. *Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002/03 : résultats de l'enquête sur les enfants, les jeunes et les adultes dans les communautés de Premières Nations*, Ottawa, Assemblée des Premières Nations [site Web], 2007. Accessible sur Internet : <http://www.rhs-ers.ca/francais/index.asp> [consulté en février 2009].
- [13] Bartlett, J. G. « Health and Well-Being for Métis Women in Manitoba ». *Revue canadienne de santé publique = Canadian Journal of Public Health*, vol. 96 (S1):S22-S27 (2005).
- [14] McCallum-Mcleod, L. et K. Willson. *Northwest Saskatchewan Métis Women's Health*. Winnipeg, Northwest Métis Women's Health Research Committee, Prairie Women's Health Centre of Excellence, 2004.
- [15] Anderson, M., J. Smylie, I. Anderson, R. Sinclair et S. Crengle. *First Nations, Métis, and Inuit Health Indicators in Canada*, Regina, Indigenous Peoples' Health Research Centre [site Web], 2006. Accessible sur Internet : <http://www.iphrc.ca/Upload/canadian.pdf> [consulté en octobre 2008].
- [16] Commission on Social Determinants of Health. *Social Determinants and Indigenous Health: the International Experience and Its Policy Implications*, Adelaide, Organisation mondiale de la Santé [site Web], 2007. Accessible sur Internet : http://www.who.int/social_determinants/resources/indigenous_health_adelaide_report_07.pdf [consulté en février 2009].
- [17] Adelson, N. « The Embodiment of Inequity: Health Disparities in Aboriginal Canada », *Revue canadienne de santé publique = Canadian Journal of Public Health*, vol. 96(S2):S45-S61 (2005).
- [18] Pearce, M., W. M. Christian, K. Patterson, K. Norris, A. Moniruzzaman, K.J.P. Craib et coll. « The Cedar Project: Historical Trauma, Sexual Abuse and HIV Risk among Young Aboriginal People Who Use Injection and Non-Injection Drugs in Two Canadian Cities », *Social Science & Medicine*, vol. 66, (2008), p. 2185-2194.

- [19] Fournier, S. et E. Crey. *Stolen from Our Embrace*, Vancouver, Douglas & McIntyre Ltd, 1997.
- [20] Kirmayer, L. J., G. M. Brass et C. L. Tait. « The Mental Health of Aboriginal Peoples: Transformations of Identity and Community », *Revue canadienne de psychiatrie = Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 45, no 7, (2000), p.607-616.
- [21] Ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien. *Données ministérielles de base 2004*, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2005.
- [22] Agence de la santé publique du Canada. *La tuberculose au Canada 2007*, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada [site Web], 2009. Accessible sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/tbcan07/pdf/tbcan07-fra.pdf> [consulté en octobre 2009].
- [23] Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA). *What First Nations People Think about Their Health and Health Care: National Aboriginal Health Organization's Public Opinion Poll on Aboriginal Health and Health Care in Canada*, Ottawa, First Nations Centre, ONSA [site Web], 2003. Accessible sur Internet : http://www.naho.ca/firstnations/english/documents/research/FNC_SummaryofNAHOPoll.pdf [consulté en février 2009]
- [24] Statistique Canada. *Profil des enfants, adolescents et adultes autochtones 2006*, Ottawa, Statistique Canada [site Web], janv. 2009. Accessible sur Internet : <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/dp-pd/89-635/index.cfm?LANG=fra> [consulté en octobre 2009].
- [25] Santé Canada. *Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada pour l'an 2000*, Ottawa, Santé Canada; 2005.
- [26] Gouvernement du Canada. *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada*, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada [site Web], 2006. Accessible sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/index-fra.php> [consulté en novembre 2009].
- [27] Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA). *Substance Use/Abuse Issues among Inuit in Canada*, Inuit Tutarvingat, ONSA [site Web], octobre 2007. Accessible sur Internet : <http://www.naho.ca/inuit/e/resources/documents/2007-10-19ParliamentarianSubstanceAbuse-FINAL-NAHO-AC.pdf> [consulté en novembre 2009].
- [28] Callaghan, R.C. « A Gendered Analysis of Canadian Aboriginal Individuals Admitted to Inpatient Substance Abuse Detoxification: a Three-Year Medical Chart Review », *American Journal on Addictions*, vol. 15, n° 5 (2006), p. 380-386.
- [29] Hennink, M., Z. Abbas, Y. Choudhri, T. Diener, K. Lloyd, C.P. Archibald, S. Cule. « Comportements à risque de contracter le VIH et le virus de l'hépatite C chez les utilisateurs de drogues par injection à Regina (Saskatchewan) », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. 33, n° 5 (2007), p. 53-59.
- [30] Spittal, P. M., K.J.P. Craib, E. Wood, N. Laliberté, K. Li, M. W. Tyndall et coll. « Risk Factors for Elevated HIV Incidence Rates among Female Injection Drug Users in Vancouver », *Journal de l'Association médicale canadienne = Canadian Medical Association Journal*, vol. 166, n° 7 (2002), p. 894-899.
- [31] Miller C. L., S. A. Strathdee, P. M. Spittal, T. Kerr, K. Li, M. T. Schechter et coll. « Elevated Rates of HIV Infection among Young Aboriginal Injection Drug Users in a Canadian Setting », *Harm Reduction Journal*, vol. 3 (2006).
- [32] Tait, H. *L'Enquête auprès des peuples autochtones de 2006 : santé et situation sociale des Inuits*, Ottawa, Statistique Canada [site Web], déc. 2008. Accessible sur Internet : <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-637-x/89-637-x2008001-fra.pdf> [consulté en novembre 2009].
- [33] Wilkins, R., S. Uppal, P. Finès, S. Senécal, E. Guimond et R. Dion. « *Espérance de vie dans les régions où vivent les Inuits au Canada, 1989 à 2003* », Statistique Canada, *Rapports sur la santé*, vol. 19, n° 1 (2008), p. 7-20.

[34] Penney, C., S. Senécal, E. Guimond, E. Bobet et S. Uppal. *Suicide in Inuit Nunaat: an Analysis of Suicide Rates and the Effect of Community-Level Factors*, Exposé de principe, 5^e Northern Research Forum Open Assembly; 24-27 septembre 2008; Anchorage, Alaska.

[35] Kliewer, E., T. Mayer et A. Wajda. *The Health of Manitoba's Métis Population and Their Utilization of Medical Services: a Pilot Study*, Winnipeg, Manitoba Health and CancerCare Manitoba, 2002.

CHAPITRE 3 – État de l'épidémie concentrée de VIH/sida dans la population autochtone

3

Le présent chapitre résume les données les plus récentes dont on dispose sur l'épidémie concentrée de VIH/sida dans la population autochtone au Canada. Il débute avec un aperçu de l'épidémie de VIH/sida chez les Autochtones au pays et présente des données et des renseignements concernant les facteurs suivants : sexe; transmission périnatale; âge; hommes gais, lesbiennes, bispirituels, bisexuels, et autres hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes; utilisateurs de drogue par injection; incarcération; et co-infection par le VIH. Ces facteurs ont une incidence sur les stratégies en matière de prévention, de soins, de traitement et de soutien visant les peuples autochtones.

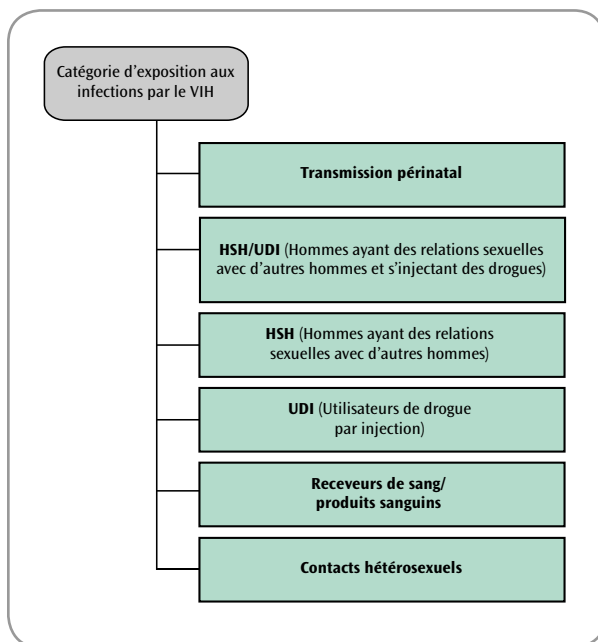
L'ASPC utilise divers types de données épidémiologiques, y compris des données de surveillance et d'enquêtes et des estimations, pour surveiller les infections à VIH et les cas de sida chez les Autochtones et d'autres populations au Canada. Chacun de ces types de données comporte des avantages et des inconvénients. Par conséquent, le présent rapport les combine afin de brosser un tableau plus complet de l'épidémie de VIH/sida au Canada.

Les données de surveillance sont fournies volontairement à l'ASPC par les provinces et les territoires, et comprennent les résultats positifs de tests de dépistage du VIH ainsi que les cas de sida diagnostiqués signalés. Étant donné que le VIH et le sida sont des maladies à déclaration obligatoire dans l'ensemble des provinces et territoires du Canada, l'ASPC a élaboré des normes relatives à la déclaration des cas afin de faciliter l'échange des données à l'échelon national. Bien que les données fournies au sujet de chacun des cas soient minimales, la quantité de données supplémentaires fournies varie entre les provinces et les territoires [1]. Plus particulièrement, en ce qui a trait à l'épidémie de VIH chez les Autochtones du Canada, les données de surveillance importantes qui sont manquantes peuvent inclure l'origine ethnique.

La plupart des diagnostics de VIH et de cas de sida déclarés comprennent une ou plusieurs catégories d'exposition au virus. Ces catégories, qui définissent la voie la plus probable par laquelle une personne a pu contracter le VIH, sont hiérarchisées en fonction des facteurs de risque. Dans le système national d'enregistrement, chaque cas de VIH et de sida est classé dans une seule catégorie. Comme l'indique la figure 5, les six premières catégories sont : 1) Transmission périnatale; 2) HSH/UDI : hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et s'injectant des drogues; 3) HSH : hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes; 4) UDI : utilisateurs de drogue par injection; 5) Sang/produits sanguins : receveurs de sang ou facteurs de coagulation ; et 6) Contacts hétérosexuels¹⁶. La notion de « hiérarchie » sert simplement à choisir et à enregistrer la catégorie d'exposition dont le risque est le plus élevé, lorsqu'il y a deux catégories d'exposition ou plus indiquées dans un rapport de séropositivité pour le VIH ou un cas de sida. Par exemple, si un cas comporte les catégories d'exposition HSH et Sang/produits sanguins, la base de données nationale recense ce cas dans la catégorie HSH. Il importe aussi de souligner que le terme HSH dans ce contexte renvoie spécifiquement au comportement sexuel et non à l'identité sexuelle déclarée par une personne [2].

16 La catégorie d'exposition Contacts hétérosexuels contient quatre sous-catégories distinctes de risque d'exposition au VIH : 1) La personne est originaire d'un pays où le VIH est endémique et a eu un contact sexuel avec une personne à risque; 2) La personne est originaire d'un pays où le VIH est endémique; 3) La personne a eu un contact avec une personne à risque; 4) Le contact hétérosexuel est le seul facteur de risque d'infection par VIH couru par une personne et on ne sait rien des facteurs liés au VIH associés au partenaire.

Figure 5 : Catégories d'exposition au VIH/sida



Les données de surveillance ne reflètent pas à elles seules le fardeau du VIH/sida au Canada, ni tous les facteurs de risque associés à un type de transmission donné. Plusieurs raisons expliquent cette situation, notamment la réticence des personnes à signaler les facteurs de risque liés au VIH, les retards dans le système d'enregistrement national et le fait que la collecte des données dépend des personnes testées. Bon nombre de Canadiens, y compris les Autochtones, ne subissent pas de tests de dépistage de routine du VIH. En 2008, on a estimé que 26 % des personnes vivant avec le VIH au Canada ne savaient pas qu'elles étaient séropositives [3].

L'enregistrement des cas de VIH et de sida dans les populations autochtones est encore plus difficile, parce que l'information sur l'origine ethnique n'est pas con signée dans toutes les provinces et tous les territoires. Actuellement, l'Ontario et le Québec n'indiquent pas cette information dans les rapports de tests séropositifs. De 1979 à la fin de 2008, l'information sur l'origine

ethnique a été recueillie pour 79,0 % des cas de sida, tandis que seulement 29,8 % des nouveaux rapports de tests séropositifs de 1998 (année où l'on a commencé à consigner l'information sur l'origine ethnique) à la fin de 2008 l'indiquaient. Par conséquent, les données sur l'incidence et la prévalence du VIH chez les Autochtones au Canada sont incomplètes et ne reflètent peut-être pas le degré de concentration de l'épidémie dans la population autochtone. Le manque de données est exacerbé par les problèmes de stigmatisation et de discrimination, problèmes qui rendent les gens réticents à communiquer de l'information délicate sur une activité et une orientation sexuelle qui comportent un risque d'infection par le VIH.

On a recours à la modélisation statistique et à des estimations pour calculer le nombre de cas d'infections à VIH et de sida au Canada. L'utilisation de formules statistiques et de sources secondaires de données permet d'obtenir des estimations du nombre de nouvelles infections (incidence) et du nombre de personnes ayant une infection à VIH (prévalence). En fait, l'ASPC est chargée de communiquer au Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) les estimations canadiennes des taux nationaux d'incidence et de prévalence du VIH [2]. Les méthodes employées pour estimer l'incidence et la prévalence du VIH au niveau national regroupent toutes les formes de données disponibles et sont donc utilisées dans le présent rapport.

Pour compléter les données recueillies à l'aide du système décrit précédemment (appelé « système de surveillance de première génération »), la Division de la surveillance et de l'évaluation des risques (DSER) de l'ASPC a élaboré plusieurs systèmes de surveillance de deuxième génération (enquêtes avec « système de suivi ») pour recueillir des renseignements spécifiques aux populations clés, au VIH/sida et aux comportements à risque qui y sont associés. Actuellement, deux de ces systèmes de « suivi » ont été mis en œuvre et ont généré des résultats : M-Track (pour les hommes gais, les

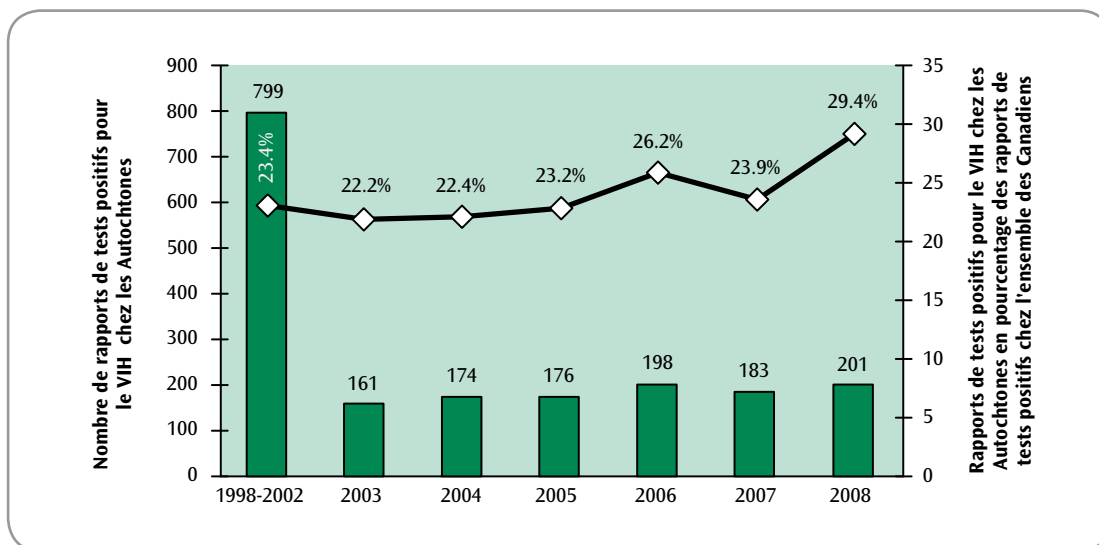
bisexuels, les bispirituels et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes); et I-Track (pour les utilisateurs de drogue par injection). L'ASPC est en train de développer un système de suivi semblable pour les Autochtones (A-Track) qui surveillera les comportements à risque liés aux VIH chez les Autochtones d'endroits sélectionnés au Canada¹⁷. L'élaboration du système A-Track a été guidée par un comité directeur présidé par l'ASPC et composé de représentants de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada, du Conseil national autochtone sur le VIH/sida (CNAVS), du Réseau canadien autochtone du sida (RCAS) et de l'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA).

17 Le système de surveillance inclura une composante biologique facultative qui pourra être utilisée pour mesurer/surveiller la prévalence d'infections à VIH et à hépatite C. L'intégration de cette composante dépendra des endroits prioritaires et des services de counseling/dépistage en matière de VIH dont on disposera pour sonder les participants.

3.1 Aperçu de l'épidémie concentrée de VIH/sida dans la population autochtone au Canada

Les Autochtones sont surreprésentés dans la proportion de cas de VIH et de sida au Canada. De 1998 à 2008, ils comptaient pour 24,0 % de tous les nouveaux rapports de tests séropositifs pour le VIH qui indiquaient l'origine ethnique. Ce pourcentage est le plus élevé parmi tous les groupes ethniques ne se désignant pas comme étant des Blancs [5]. La figure 6 montre le nombre total et la répartition en pourcentage des rapports de tests positifs pour le VIH chez les Autochtones par année de test de 1998 à 2008, période durant laquelle les données sur l'origine ethnique ont été rapportées par province/territoire. Pendant l'année 2008, par exemple, il y a eu 201 rapports de tests positifs chez les Autochtones. Ces rapports constituaient 29,4 % de tous les rapports de tests positifs pour le VIH de cette année-là dans les provinces et les territoires qui avaient soumis des renseignements sur l'origine ethnique.

Figure 6 : Nombre et répartition en pourcentage des rapports de tests positifs pour le VIH chez les Autochtones, par année de test, pour les provinces/territoires qui ont soumis des données sur l'origine ethnique, 1998-2008 (n=1 892)



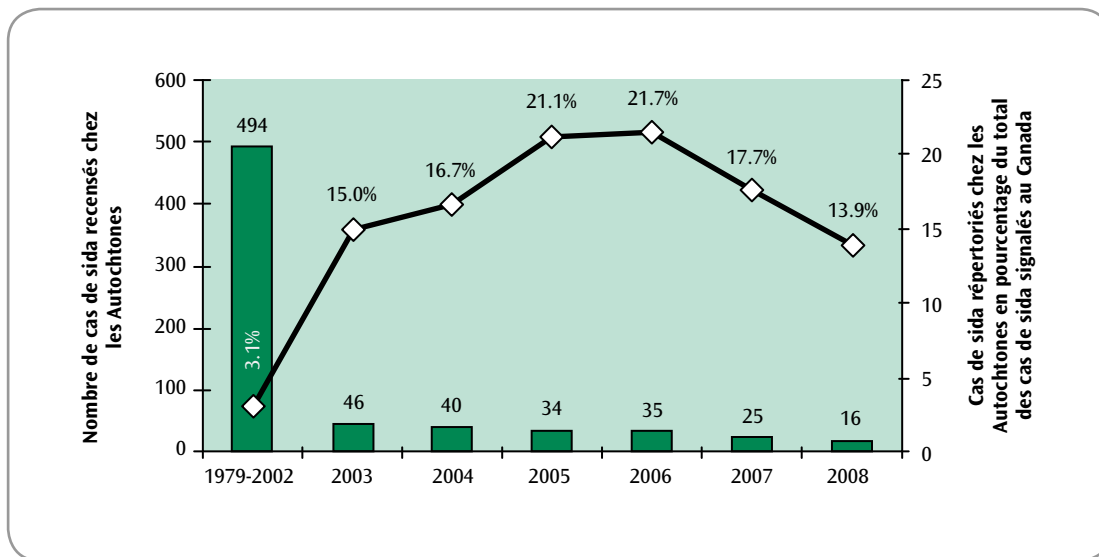
Source : [5]

Note : Ce tableau comprend les données des provinces/territoires qui ont soumis des renseignements sur l'origine ethnique – Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador, Yukon, Territoires du Nord-Ouest et Nunavut. Les déclarations provinciales et territoriales sur le VIH ont commencé à indiquer l'origine ethnique en 1998.

On estime qu'en 2008 de 4 300 à 6 100 Autochtones vivaient avec le VIH (y compris le sida) au Canada (8,0 % des infections à VIH prévalentes), ce qui représente une augmentation de 24 % par rapport à l'estimation de 3 500 à 4 900 en 2005 (soit 7,4 % des infections prévalentes en 2005). On estime qu'il y a eu de 300 à 520 nouvelles infections à VIH chez les Autochtones en 2008 (12,5 % de toutes les nouvelles infections), ce qui constitue une hausse par rapport à 2005, où l'estimation se situait entre 240 et 430 (10,5 % des nouvelles infections en 2005). Ces taux sont beaucoup plus élevés que la proportion d'Autochtones dans la population canadienne, de 3,8 % selon le recensement de 2006, comme nous l'avons mentionné au chapitre précédent. En 2008, le nouveau taux d'infection était environ 3,6 fois plus élevé chez les Autochtones que chez les personnes non autochtones [3].

Les Autochtones sont aussi surreprésentés dans la proportion de cas de sida déclarés au Canada. Parmi les cas indiquant l'origine ethnique, il y a eu 690 cas de sida chez les Autochtones de 1979 à la fin de 2008. Même si les Autochtones constituaient seulement 4,1 % des cas de sida recensés de 1979 à 2008, leur proportion a augmenté au fil du temps (se reporter à la figure 7). De 1979 à 2002, 3,1 % des cas de sida signalés indiquant l'origine ethnique concernaient des Autochtones. Néanmoins, de 2003 à 2008, la proportion était beaucoup plus grande, se situant entre 13,9 % et 21,7 % annuellement. (La variation annuelle s'explique par le petit nombre de cas de sida déclarés ces dernières années.) [5]

Figure 7 : Nombre et répartition en pourcentage des cas de sida recensés chez les Autochtones, de 1979 à 2008 (n = 690)

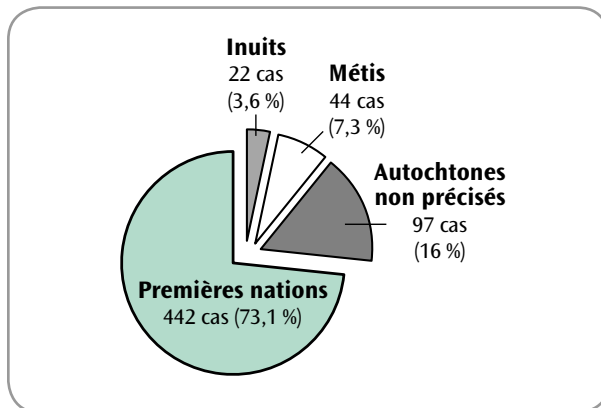


Source : [5]

Note : En raison des changements récemment apportés aux déclarations de cas de sida en Ontario, l'origine ethnique n'était pas indiquée dans les cas signalés après le second semestre de 2005. Ces cas sont classés dans la catégorie « Non déclarée ». Les pourcentages sont fondés sur le nombre total de cas de sida duquel on a soustrait les cas n'indiquant pas l'origine ethnique.

Les données semblent indiquer que les peuples des Premières nations sont surreprésentés dans la proportion de cas de sida recensés chez les Autochtones (se reporter à la figure 8). Des 605 cas de sida signalés chez les Autochtones jusqu'à la fin de 2006, 442 cas (73,1 %) se retrouvent chez les Premières nations, 44 (7,3 %) chez les Métis et 22 (3,6 %) chez les Inuits [2].

Figure 8 : Cas de sida déclarés chez les Autochtones de 1979 au 31 décembre 2006 (n = 605)



Source : [2]

En 2005, les principales catégories d'exposition au VIH chez les Autochtones nouvellement infectés étaient : UDI (53 %), Contacts hétérosexuels (33 %), HSH (10 %) et HSH/UDI (3 %) [2]. Les quatre principales catégories d'exposition des cas de sida signalés chez les Premières nations, les Métis et les Inuits de 1979 à la fin de 2006 sont présentées dans le tableau 1.

3.2 Sexe

Comme dans la population non autochtone, les hommes continuent de former la majorité des cas de VIH et de sida signalés dans les populations autochtones. Cependant, la proportion de femmes vivant avec le VIH ou le sida est plus grande dans les collectivités autochtones que non autochtones. De 1998 à 2006, les femmes autochtones constituaient près de la moitié (48,1 %) des nouveaux rapports de tests positifs pour le VIH recensés dans la population autochtone, alors que seulement 20,7 % des rapports de tests positifs chez des femmes ont été signalés dans la population non autochtone pour la même période. De 1979 à 2006, les femmes autochtones constituaient 26,5 % des cas de sida recensés chez les Autochtones, tandis que les femmes non autochtones représentaient 9,1 % des cas signalés dans

Tableau 1 : Catégories d'exposition des cas de sida signalés dans les groupes autochtones de 1979 au 31 décembre 2006

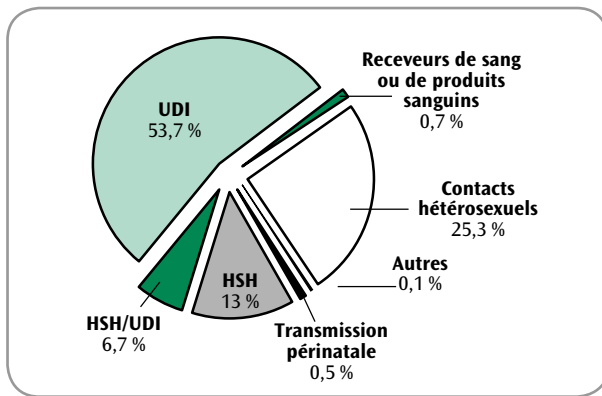
Catégorie d'exposition	Premières nations (n=416)	Inuit (n=22)	Métis (n=43)	Autochtones non précisés (n=95)
N = nombre de cas contenant des renseignements sur les catégories d'exposition				
HSH	27,2 %	27,3 %	48,8 %	37,9 %
HSH/UDI	7,5 %	4,5 %	4,7 %	6,3 %
UDI	45,2 %	31,8 %	27,9 %	24,2 %
Contacts hétérosexuels	17,3 %	31,8 %	14,0 %	28,4 %

Source : [2]

la collectivité non autochtone pour la même période. De 2001 à 2006, les femmes autochtones ont représenté annuellement plus de 27 % des cas de sida recensés dans leur population [2].

En ce qui concerne les hommes autochtones, les principales catégories d'exposition au VIH sont les

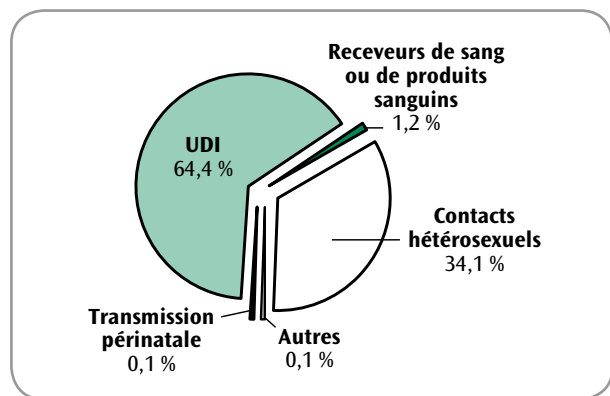
Figure 9 : Répartition des catégories d'exposition des rapports de tests positifs pour le VIH chez les hommes autochtones (n = 732), de 1998 au 31 décembre 2006



Source : [2]

suivantes : UDI, Contacts hétérosexuels, HSH et HSH/UDI (se reporter à la figure 9). Quant aux femmes autochtones, ces catégories sont : UDI et Contacts hétérosexuels (se reporter à la figure 10) [2]. La réception de sang ou de produits sanguins et l'exposition périnatale n'expliquent que très peu de cas d'infection par VIH chez les hommes et les femmes autochtones.

Figure 10 : Répartition des catégories d'exposition des rapports de tests positifs pour le VIH chez les femmes autochtones (n = 672), de 1998 au 31 décembre 2006



Source : [2]

La proportion des femmes dans le cas de sida recensés diffère pour les Premières nations, les Inuits et les Métis. Le tableau suivant présente les pourcentages de femmes et d'hommes dans les cas de sida recensés dans les groupes autochtones.

Tableau 2 : Sexe des cas de sida recensés dans les groupes autochtones au Canada de 1979 au 31 décembre 2006

Sexe	Premières nations (n=441)	Inuit (n=22)	Métis (n=44)	Autochtones non précisés (n=97)
n = nombre de cas avec des précisions sur le sexe				
Femmes	27,4 %	40,9 %	9,1 %	26,8 %
Hommes	72,6 %	59,1 %	90,9 %	73,2 %

Source : [2]

3.3 Transmission périnatale

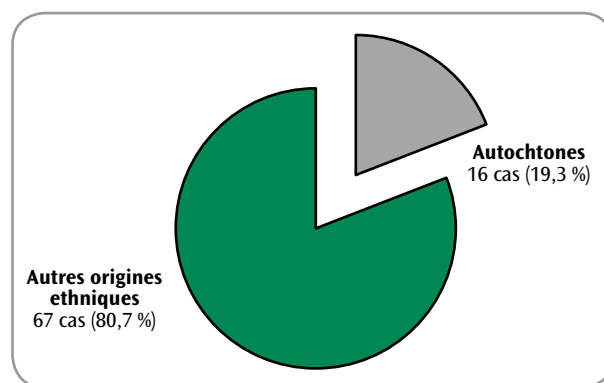
Cette catégorie d'exposition couvre la transmission du VIH d'une mère séropositive à son enfant durant la grossesse (*in utero*), pendant l'accouchement ou après l'accouchement (par l'allaitement maternel). On estime que, faute d'intervention, de 15 à 30 % des femmes infectées par le VIH transmettront le virus durant la grossesse et l'accouchement, et de 10 à 20 % des mères séropositives transmettront le VIH à leur nouveau-né par le lait maternel [2]. En identifiant les femmes séropositives par un dépistage prénatal du VIH, on peut réduire considérablement le risque de transmission du virus de la mère à l'enfant grâce à des stratégies comme le traitement antirétroviral (TAR) durant la grossesse et l'évitement de l'allaitement [6]. Toutefois, les femmes enceintes séropositives qui ne demandent pas de soins prénatals ou qui ne font pas l'objet d'un dépistage prénatal du VIH peuvent ne pas avoir accès aux soins qui limitent les risques de transmission du VIH au nouveau-né. La non-connaissance de l'état sérologique et le dépistage non systématique du VIH chez les femmes enceintes sont d'importants obstacles à la prévention de la transmission périnatale du VIH [7].

Le taux national d'infection par le VIH varie de deux à neuf pour 10 000 femmes enceintes; il convient de signaler, toutefois, que les taux des provinces et des territoires ne sont pas tous disponibles. En 2006, on estimait à 3 % le taux d'infection des nourrissons exposés au VIH durant la période périnatale [2]. Comme dans l'ensemble de la population, la transmission périnatale est responsable de très peu de cas d'infection par le VIH chez les Autochtones. Entre 1998 et la fin de 2006, elle était signalée comme catégorie d'exposition dans 0,5 % seulement des déclarations de résultats positifs au test du VIH chez les Autochtones de sexe masculin, et 0,1 % chez les Autochtones de sexe féminin [2]. La grande majorité (94,1 %) des nourrissons autochtones exposés au VIH durant la période périnatale entre 2001 et 2008 ont depuis été déclarés officiellement séronégatifs [5].

Bien que la transmission périnatale ne soit pas une catégorie d'exposition très fréquente, elle demeure une voie de transmission importante du VIH qui s'accompagne de conséquences graves.

Les données disponibles semblent indiquer que les nourrissons autochtones sont surreprésentés parmi les nourrissons canadiens ayant acquis le VIH par la mère [8]. Les données de surveillance cumulatives, recueillies à l'échelle nationale entre 2001 et 2008, révèlent que les nourrissons d'origine autochtone constituaient 19,3 % des 83 nourrissons exposés au VIH durant la période périnatale et dont l'infection par le VIH a été confirmée (se reporter à la figure 11) [5].

Figure 11 : Nombre cumulatif de nourrissons canadiens exposés au VIH durant la période périnatale et dont l'infection par le VIH a été confirmée, selon l'origine ethnique, 2001-2008 (n = 83)



Source : [5]

Légende : *Autochtones* s'entend des Inuits, des Métis, des Premières nations et des Autochtones non précisés. *Autres origines ethniques* comprend : Blancs, Latino-Américains (p. ex. les Mexicains et les Centraméricains/Sud-Américains), Noirs (p. ex. les Somaliens, les Haïtiens et les Jamaïcains), Asiatiques (p. ex. les Chinois, les Japonais, les Vietnamiens, les Cambodgiens, les Indonésiens, les Laotiens, les Coréens et les Philippins) et Autres (50 enfants dont l'origine ethnique était indéterminée).

3.4 Âge

Au Canada, la population autochtone est plus jeune que la population non autochtone. Les Autochtones qui reçoivent un diagnostic d'infection par le VIH sont généralement plus jeunes que les non-Autochtones. Entre 1998 et la fin de 2006, près du tiers (32,4 %) des cas d'infection diagnostiqués chez les Autochtones touchaient des personnes âgées de moins de 30 ans, tandis qu'au sein de la population non autochtone appartenant au même groupe d'âge, la proportion des résultats positifs au test du VIH était de 21,0 % [2].

Parmi les membres des Premières nations, 20,6 % des cas de sida déclarés ont été diagnostiqués chez des jeunes de 0 à 29 ans. Chez les Inuits comme chez les Métis, 31,8 % des cas ont été recensés parmi les jeunes de moins de 30 ans. Par contre, aucun Inuit de moins de 20 ans ne figurait parmi les cas de sida déclarés, alors que 2,3 % des cas signalés chez les Métis touchaient des personnes de moins de 20 ans [2].

Entre 1979 et la fin de 2006, les Autochtones de 50 ans et plus représentaient 9,3 % des cas de sida recensés chez les membres des Premières nations, 4,5 % chez les Inuits et 2,3 % chez les Métis.

3.5 Utilisation de drogue par injection

Les déclarations de résultats positifs au test du VIH de 1998 à la fin de 2006 révèlent que la principale catégorie d'exposition au VIH tant chez les hommes que chez les femmes autochtones était l'utilisation de drogue par injection. Cette voie de transmission était signalée dans 58,8 % des déclarations de résultats positifs au test du VIH des Autochtones entre 1998-2006, et 40 % des cas de sida déclarés chez les Autochtones, de 1979 à 2006 [9].

Dans cette catégorie d'exposition, on remarque un écart considérable entre les Autochtones et la population canadienne en général. En 2005, l'utilisation de drogue par injection était à l'origine de 53 % des nouveaux cas

d'infection par le VIH chez les Autochtones, alors que cette proportion n'atteignait que 14 % pour l'ensemble des Canadiens [2].

L'utilisation de drogue par injection est responsable d'un plus grand nombre de cas d'infection par le VIH et de sida chez les femmes que chez les hommes autochtones. Entre 1998 et la fin de 2006, elle était signalée comme catégorie d'exposition dans 53,7 % des déclarations de résultats positifs au test du VIH chez les Autochtones de sexe masculin et 64,4 % des déclarations chez les Autochtones de sexe féminin [2]. Parmi les cas de sida déclarés chez les Autochtones entre novembre 1979 et la fin de 2006, 62,3 % étaient attribuables à cette catégorie d'exposition chez les femmes autochtones et 32,1 % chez les hommes autochtones [2].

Bien que les Autochtones soient surreprésentés dans les études canadiennes sur les utilisateurs de drogue par injection [10-14], on ne peut établir clairement si cette tendance est généralisée et brosse un tableau réel de la consommation de drogues au sein des populations autochtones, ou si elle reflète d'autres facteurs. Selon I-Track, système national de surveillance du VIH qui suit de près tout particulièrement les utilisateurs de drogue par injection, les populations d'utilisateurs de drogue par injection échantillonnées dans le cadre d'études réalisées en 2003-2005 dans des villes comme Regina, Edmonton et Winnipeg comportaient des proportions importantes d'Autochtones (de 70 à 87 %), alors que dans d'autres villes comme Sudbury, Victoria et Toronto, les participants autochtones étaient moins nombreux (de 13 à 27 %) [14].

Les études semblent indiquer que les utilisateurs de drogue par injection d'origine autochtone seraient plus susceptibles de contracter le VIH que les utilisateurs non autochtones [15-18]. Une étude menée auprès de 941 utilisateurs de drogue par injection de Vancouver (dont près du quart était d'origine autochtone) a révélé que l'incidence du VIH était deux fois plus élevée chez les Autochtones que chez les non-Autochtones [19].

Les résultats des études I-Track (2003-2005) montrent que, dans l'ensemble, 14,5 % des participants ont déclaré avoir utilisé des aiguilles usagées au cours des six mois ayant précédé l'enquête (proportions variant entre 8,7 et 26,7 %), empruntées la plupart du temps à des amis proches et à des membres de la famille ou à des partenaires sexuels réguliers [2]. L'étude a révélé également que près des deux tiers (65,7 %) des utilisateurs de drogue par injection échantillonnés étaient infectés par le virus de l'hépatite C ou l'avaient été dans le passé. Parmi les participants à l'étude chez qui on a prélevé des échantillons pour analyse en laboratoire, 14 % présentaient des anticorps contre le VIH et l'hépatite C. Quatre-vingt-onze pour cent des personnes séropositives pour le VIH étaient également infectées par l'hépatite C ou l'avaient été dans le passé [20].

L'utilisation de drogue par injection chez les jeunes est très inquiétante. Plus du quart des participants aux enquêtes I-Track auprès des utilisateurs de drogue par injection (25,5 % des hommes et 29,9 % des femmes) ont déclaré qu'ils avaient commencé à s'injecter des drogues à l'âge de 16 ans ou avant [14]. Dans une autre étude réalisée auprès de 291 jeunes utilisateurs de drogue par injection (de 13 à 24 ans), les taux d'infection par le VIH observés au début de l'étude étaient plus élevés chez les jeunes Autochtones que chez les non-Autochtones. Tout au long de l'étude, on a constaté également que les jeunes utilisateurs autochtones de drogue par injection présentaient des taux de séroconversion supérieurs à ceux des jeunes utilisateurs non autochtones [16].

Chez les membres des Premières nations, moins de la moitié (45,2 %) des cas de sida déclarés jusqu'à la fin de 2006 étaient attribuables à l'utilisation de drogue par injection. En ce qui concerne les Inuits et les Métis, on parle de moins du tiers des cas pour la même période (voir le tableau 1).

3.6 Hommes gais, bispirituels, bisexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes

« Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes » (HSH) est une expression utilisée en épidémiologie pour décrire la catégorie d'exposition au VIH regroupant les hommes qui ont eu des relations sexuelles avec d'autres hommes. Dans la population canadienne en général, c'est dans cette catégorie d'exposition qu'on continue d'enregistrer le plus grand nombre de nouveaux cas d'infection par le VIH (45 % des nouveaux cas en 2005) [2]. Chez les Autochtones de sexe masculin, toutefois, la catégorie des HSH est la troisième en fréquence, après celle des utilisateurs de drogue par injection et des contacts hétérosexuels.

Entre 1998 et la fin de 2006, 13 % des déclarations de résultats positifs au test du VIH chez les hommes autochtones étaient attribuées à la catégorie d'exposition des HSH et 6,7 %, à la catégorie des HSH/UDI¹⁸ [2]. Parmi les cas de sida recensés chez les Autochtones de sexe masculin entre 1979 et la fin de 2006, 41,3 % l'ont été dans la catégorie des HSH et 9,4 %, dans celle des HSH/UDI.

Les études sur les hommes gais, bispirituels et bisexuels donnent à penser que les hommes autochtones ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes courent un risque plus grand que les hommes non autochtones ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes de contracter le VIH. Selon une enquête réalisée auprès de 910 HSH à Vancouver, les Autochtones avaient tendance à être plus nombreux dans le groupe d'étude des HSH/UDI que dans celui des HSH qui ne s'injectaient pas de drogues [11]. Les risques d'infection pour le VIH sont plus grands chez les HSH qui utilisent des drogues par injection que chez les HSH qui n'en utilisent pas.

18 La catégorie d'exposition des HSH/UDI regroupe les hommes qui ont eu des relations sexuelles avec d'autres hommes et qui se sont injectés des drogues.

Près de la moitié (48,8 %) des cas de sida déclarés chez les Métis jusqu'à la fin de 2006 étaient classés dans la catégorie d'exposition des HSH, proportion qui s'élevait à moins du tiers parmi les membres des Premières nations et les Inuits (se référer au tableau 1).

3.7 Femmes lesbiennes, bispirituelles, bisexuelles et autres femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes

« Femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes » est une expression utilisée en épidémiologie pour décrire la catégorie d'exposition au VIH regroupant les femmes qui ont eu des relations sexuelles avec d'autres femmes. L'ASPC ne recueille pas de données sur cette catégorie à l'aide de son système national de surveillance du VIH/sida.

Il existe peu d'information sur les taux d'infection transmise sexuellement (ITS), y compris les infections par le VIH, chez les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes. Dans cette population, on note souvent une forte corrélation entre la transmission d'ITS et les contacts sexuels avec un partenaire de sexe masculin [6]. Les études montrent que les femmes qui n'ont des relations sexuelles qu'avec d'autres femmes présentent des taux d'ITS moins élevés que celles qui ont des relations sexuelles exclusivement avec d'autres hommes ou avec d'autres femmes et d'autres hommes [6]. Bien qu'on ait recensé des cas de transmission d'ITS, y compris du VIH, chez des femmes qui n'avaient des relations sexuelles qu'avec des femmes et n'avaient jamais eu de partenaire sexuel masculin [6], le risque de contracter le VIH que court une femme dont le seul facteur de risque est la présence de relations sexuelles avec une autre femme est considéré comme étant faible.

3.8 Population carcérale

Les Autochtones sont considérablement surreprésentés dans les systèmes carcéraux canadiens¹⁹. Les Autochtones constituent 20 % des délinquants sous responsabilité fédérale incarcérés; les femmes autochtones représentent 32 % des délinquantes sous responsabilité fédérale incarcérées, et les hommes autochtones, 20 % des délinquants incarcérés [21]. En 2006, la majorité (68 %) des délinquants autochtones étaient des membres des Premières nations, 28 %, des Métis et 4 %, des Inuits [22]. C'est dans les provinces des Prairies qu'on recensait, en 2006, la plus forte concentration d'Autochtones dans les établissements carcéraux : 60 % des délinquants sous responsabilité fédérale étaient d'origine autochtone [22].

Les Autochtones sont surreprésentés également dans les systèmes carcéraux provinciaux. Par exemple : en Nouvelle-Écosse, 5 % des délinquants adultes sont autochtones; en Ontario, en 2007-2008, 8 % des délinquants et 13 % des délinquantes étaient autochtones; au Manitoba, 63 % des délinquants et 74 % des délinquantes adultes sont autochtones; en Saskatchewan, en 2008, 77 % des délinquants adultes et 90 % des délinquantes adultes étaient autochtones²⁰.

Les jeunes autochtones sont surreprésentés dans les centres de détention pour jeunes. En Nouvelle-Écosse, 9 % des jeunes en centre de détention sont autochtones. En Ontario, en 2007-2008, 10,5 % des jeunes de sexe masculin et 20,1 % des jeunes de sexe féminin dans

19 Les personnes qui reçoivent une peine d'emprisonnement de deux ans ou plus sont placées sous la garde du Service correctionnel du Canada, qui a pour mandat d'administrer les pénitenciers pour le compte du gouvernement fédéral. Chaque province et territoire a un système correctionnel pour les délinquants condamnés à une peine de moins de deux ans.

20 Données fournies par des représentants d'établissements correctionnels provinciaux siégeant au Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur la santé des chefs des services correctionnels.

des établissements de garde en milieu fermé étaient autochtones, tandis qu'au Manitoba, la proportion d'Autochtones parmi les jeunes en établissement correctionnel atteint 81 et 88 %, respectivement²¹.

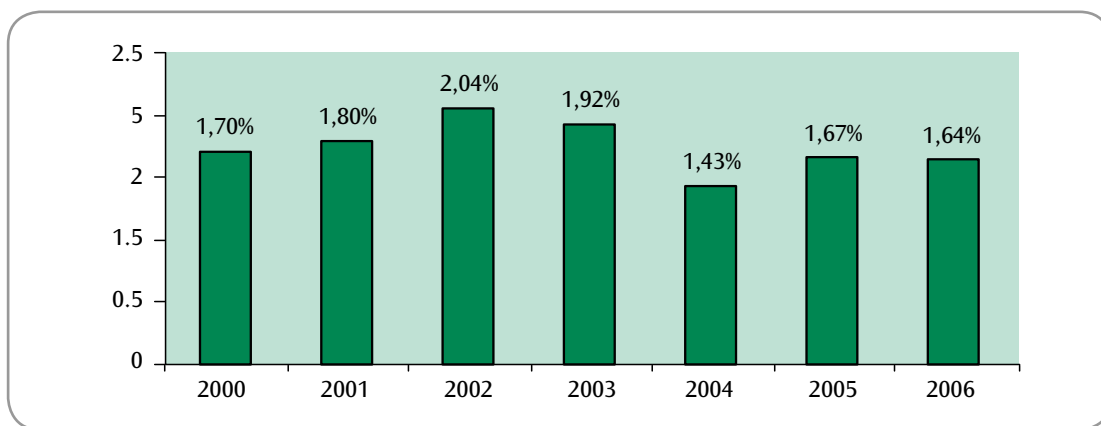
La prévalence du VIH est plus élevée parmi les détenus que dans la population canadienne en général. En 2006, 1,64 % de la population des pénitenciers fédéraux était séropositive [23]. Le taux d'infection par le VIH dans les pénitenciers fédéraux varie selon les régions. Selon les données de 2004, la région du Pacifique a déclaré le plus haut taux de prévalence du VIH parmi la population carcérale sous responsabilité fédérale (2,11 %), suivie du Québec (2,03 %), des Prairies (1,07 %), de l'Atlantique (1,00 %) et de l'Ontario (0,98 %) [24]. D'autres études canadiennes ont recensé des taux de prévalence du VIH allant de 0,9 à 4,7 % dans les prisons pour femmes [25].

En 2006, 52,1 % des délinquants nouvellement admis dans les pénitenciers fédéraux et 26,4 % de la population carcérale générale ont subi un test de dépistage sanguin du VIH [26]. Bien que le test du VIH soit offert, sur une base volontaire, aux nouveaux détenus et aux délinquants déjà incarcérés, seule une proportion d'entre eux s'y soumet. Par conséquent, on ne sait pas si le nombre déclaré de cas d'infection par le VIH reflète la prévalence réelle de la maladie [27].

3.9 Comorbidité associée au VIH

La comorbidité désigne le fait pour une personne d'avoir deux maladies ou plus. Les comorbidités associées au VIH examinées dans la présente section sont le diabète, la tuberculose, les infections transmises sexuellement et l'hépatite C.

Figure 12 : Prévalence du VIH à la fin de l'exercice dans les pénitenciers fédéraux canadiens, 2000-2006



Sources: [24;26]

21 Données fournies par des représentants d'établissements correctionnels provinciaux siégeant au Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur la santé des chefs des services correctionnels.

Diabète de type 2

Tel que nous l'avons mentionné au chapitre 2, les données indiquent que la proportion de gens atteints du diabète de type 2 est plus élevée chez les membres des Premières nations et les Métis que dans l'ensemble de la population canadienne, alors que l'incidence du diabète parmi les Inuits, bien qu'encore moins répandue que dans la population en général, semble être en hausse. Certaines recherches portent à croire que l'incidence du diabète chez les personnes séropositives qui suivent un traitement antirétroviral (TAR) est plus élevée que chez les personnes séronégatives [28-30]. D'autres indiquent que les personnes co-infectées par le VIH et l'hépatite C sont probablement plus susceptibles de devenir diabétiques [31-33]. Ces recherches semblent indiquer que les Autochtones séropositifs qui suivent un TAR sont exposés à un risque accru de diabète. À l'heure actuelle, il n'y a pas de travaux de recherche disponibles sur la corrélation entre le VIH, l'hépatite C, le TAR et le diabète au sein de la population autochtone, ni d'information sur la gestion de ces maladies chez les Autochtones, y compris les questions liées à la difficulté de gérer des conditions et des médicaments multiples.

Tuberculose

À l'échelle mondiale, la tuberculose est la première cause de décès des personnes vivant avec le VIH [34]. Sans TAR, ces personnes courent jusqu'à 100 fois plus de risques que les personnes séronégatives d'être atteintes de tuberculose active durant leur vie. La tuberculose « accélère [aussi] la détérioration du système immunitaire chez les personnes atteintes d'une infection à VIH ou du sida. » [34]. À l'échelle nationale au Canada, on ne mesure pas l'état sérologique vis-à-vis du VIH dans les cas de tuberculose active, tant pulmonaire que non pulmonaire [34;35]. Comme il en est question au chapitre 2, les taux élevés de tuberculose au sein de la population autochtone sont vraisemblablement dus essentiellement aux conditions de logement comme le surpeuplement [36], qui risquent d'accroître l'exposition à une infection tuberculeuse. Selon le recensement de 2006, les Autochtones sont presque quatre fois plus susceptibles d'habiter

dans une maison surpeuplée que les non-Autochtones [37]. Puisque les Autochtones sont infectés de façon disproportionnée par le VIH et la tuberculose, on estime qu'ils courent également un plus grand risque de co-infection [34].

Infections transmises sexuellement

Les infections transmises sexuellement (ITS) comme la chlamydia, la gonorrhée et la syphilis augmentent le risque de transmission et d'acquisition du VIH. Autrement dit, une personne séropositive atteinte également d'une ITS risque davantage de transmettre le VIH à un partenaire sexuel non infecté. De même, une personne porteuse d'une ITS exposée au VIH est plus vulnérable qu'une personne qui n'a pas d'ITS [38]. Si l'on en croit les données de surveillance disponibles, les Autochtones sont surreprésentés parmi les cas d'ITS. Bien que l'ethnicité ne soit pas signalée dans la majorité des cas d'ITS, les Autochtones représentaient, en 2006, 15,0 % des cas déclarés de chlamydia génitale, 27,4 % des cas déclarés de gonorrhée et 19,7 % des cas déclarés de syphilis infectieuse dans les quatre provinces/territoires qui transmettent régulièrement des données sur l'ethnicité à l'ASPC [39]. Les taux accrus d'ITS contribuent à faire augmenter le risque que courent les Autochtones de contracter et de transmettre le VIH.

Hépatite C

L'hépatite C est une maladie chronique du foie causée par le virus de l'hépatite C (VHC). Puisque ce dernier se transmet par contact direct avec le sang, bon nombre des facteurs de risque d'infection par le VHC sont les mêmes que pour l'infection par le VIH (c.-à-d. le partage de seringues entre utilisateurs de drogue par injection ou les tatouages réalisés avec des instruments partagés et non stérilisés). Toutefois, le VHC se transmet plus facilement par le sang infecté que le VIH. Par conséquent, les personnes dont les comportements les placent en situation de risque d'infection à VIH par contact direct avec le sang courent un risque accru d'infection par le VHC.

On estime que 242 500 personnes sont infectées par le VHC au Canada et que près de 8 000 étaient nouvellement infectées en 2007 [40]. Bien que certaines personnes (15-25 %) semblent être capables d'éliminer l'infection sans traitement, la majorité devient porteuse chronique du VHC. Parmi les conséquences à long terme de l'infection à VHC, notons la cirrhose et le cancer du foie [38]. Selon certaines études, les Autochtones sont plus susceptibles que les non-Autochtones d'éliminer spontanément une infection par le VHC [41;42]. Cela dit, une personne peut être réinfectée par le VHC après avoir éliminé spontanément une première infection ou terminé avec succès un traitement contre le VHC [43-48].

Entre 2004 et 2008, les cas déclarés d'infection aiguë à VHC étaient 5,5 fois plus nombreux chez les Autochtones que chez les non-Autochtones [49]. Les personnes co-infectées par le VHC et le VIH sont plus susceptibles de transmettre le VHC [50]. Certaines données portent à croire également que le recours à un TAR en cas d'infection à VIH peut contribuer à accélérer la progression du VHC chez les personnes atteintes des deux virus [51]. Les études semblent indiquer aussi que les Autochtones sont surreprésentés parmi les personnes co-infectées par le VIH et le VHC. Dans une étude réalisée auprès de 484 personnes séropositives pour le VIH en Colombie-Britannique, les probabilités qu'un participant co-infecté par le VHC soit autochtone étaient supérieures (20 % contre 3 %) [52]. Selon une autre étude réunissant 510 personnes vivant avec le VIH en Ontario, les participants co-infectés par le VHC étaient plus probablement des Autochtones que dans le cas des participants infectés par le VIH uniquement [53].

La majorité (70-80 %) des infections à VHC au Canada sont dues à l'utilisation de drogue par injection; elles résultent du partage d'aiguilles, de seringues et d'autre matériel d'injection [54]. L'injection de drogues est aussi un important facteur de risque de co-infection par le VIH et le VHC. Selon une étude menée auprès de résidents séropositifs pour le VIH du nord de l'Alberta, la co-infection VIH-VHC était largement associée à la fois

à l'utilisation de drogue par injection et à l'ethnicité autochtone. Dans cette étude, une vaste proportion (40,0 %) des participants co-infectés était autochtone, tandis que dans la cohorte des personnes séropositives pour le VIH/séronégatives pour le VHC, 25,7 % seulement des participants étaient autochtones [55]. Dans une autre étude réalisée auprès de 479 jeunes qui s'injectent des drogues à Vancouver, plus de 45 % des participants co-infectés par le VIH et le VHC étaient autochtones [51].

Les données des pénitenciers fédéraux canadiens indiquent que la prévalence du VHC est plus élevée dans la population carcérale sous responsabilité fédérale que dans l'ensemble de la population canadienne. En 2006, 49,4 % des délinquants nouvellement admis dans les pénitenciers fédéraux et 22,6 % de la population carcérale en général se sont soumis volontairement à un test de dépistage du VHC. En 2006, selon les faits connus, 27,6 % des personnes incarcérées dans des établissements correctionnels fédéraux étaient porteuses du VHC [26]; le nombre réel de personnes infectées pourrait toutefois être plus élevé. Comme les Autochtones sont surreprésentés dans le système carcéral, et probablement surreprésentés aussi parmi les utilisateurs de drogue par injection, il se peut également qu'ils soient surreprésentés parmi les détenus sous responsabilité fédérale infectés par le VHC.

3.10 Références

[1] Comité consultatif de l'épidémiologie et Santé Canada. « Définitions de cas des maladies faisant l'objet d'une surveillance nationale », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. 26S3 (2000). Accessible sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/00pdf/cdr26s3f.pdf> [consulté en mai 2008].

[2] Agence de la santé publique du Canada (ASPC). *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*, novembre 2007, Ottawa, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, ASPC [site Web], 2007. Accessible sur Internet : http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/epi/pdf/epi2007_f.pdf [consulté en novembre 2009].

- [3] Agence de la santé publique du Canada (ASPC). *Sommaire – Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada, 2008*, Ottawa, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, ASPC [site Web], 2009. Accessible sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/pdf/estimat08-fra.pdf> [consulté en décembre 2009].
- [4] Agence de la santé publique du Canada (ASPC). *Le VIH et le sida au Canada. Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2007*, Ottawa, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, ASPC [site Web], 2008. Accessible sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/index-fra.php> [consulté en novembre 2009].
- [5] Agence de la santé publique du Canada (ASPC). *Le VIH et le sida au Canada. Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2008*, Ottawa, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, ASPC [site Web], 2009. Accessible sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/2008/dec/index-fra.php> [consulté en décembre 2009].
- [6] Agence de la santé publique du Canada (ASPC). *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, Ottawa, Division des infections acquises dans la collectivité, ASPC [site Web], 2008. Accessible sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/guide-lignesdir-fra.php> [consulté en octobre 2008].
- [7] Centers for Disease Control and Prevention. *Mother-to-Child (Perinatal) HIV Transmission and Prevention* [document Internet], Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention, oct. 2007. Accessible sur Internet : <http://www.cdc.gov/hiv/topics/perinatal/resources/factsheets/pdf/perinatal.pdf> [consulté en novembre 2009].
- [8] Alimenti, A., J. Forbes, L. Samson, D. Ayers, J. Singer, D. Money, et coll. *Perinatal HIV Transmission and Demographics in Canada, 1990 to 2005: Data from the Canadian Perinatal HIV Surveillance Project (CPHSP)*, 16^e congrès annuel canadien sur la recherche sur le VIH/sida, 26-29 avril 2007, Toronto, Association canadienne de recherche sur le VIH, Vancouver, 2007.
- [9] Agence de la santé publique du Canada (ASPC). *Le VIH et le sida au Canada : rapport de surveillance en date du 31 décembre 2006* [document Internet], Ottawa, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, ASPC, 2007. Accessible sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/2006/index-fra.php> [consulté en novembre 2009].
- [10] Miller, C.L. « Females Experiencing Sexual and Drug Vulnerabilities are at Elevated Risk for HIV Infection Among Youth Who Use Injection Drugs », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 30, n° 3 (2002), p. 335-341.
- [11] O'Connell, J.M., T.M. Lampinen, A.E. Weber, K. Chan, M.L. Miller, M.T. Schechter, et coll. « Sexual Risk Profile of Young Men in Vancouver, British Columbia, Who Have Sex with Men and Inject Drugs », *AIDS and Behavior*, vol. 8, n° 1 (2004), p. 17-23.
- [12] Hennink, M., Z. Abbas, Y. Choudhri, T. Diener, K. Lloyd, C.P. Archibald, S. Cule. « Comportements à risque de contracter le VIH et le virus de l'hépatite C chez les utilisateurs de drogues par injection à Régina (Saskatchewan) », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. 33, n° 5 (2007), p. 53-59.
- [13] Spittal, P.M., R.S. Hogg, K. Li, K.J. Craib, C. Recsky, C. Johnston, et coll. « Drastic Elevations in Mortality Among Female Injection Drug Users in a Canadian Setting », *AIDS Care*, vol. 18, n° 2 (2006), p. 101-108.
- [14] Agence de la santé publique du Canada (ASPC). *I-Track : surveillance améliorée des comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada*. Rapport sur la phase I, août 2006 [document Internet], Ottawa, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, ASPC, 2006. Accessible sur Internet : http://www.phac-aspc.gc.ca/i-track/sr-re-1/pdf/itrack06_f.pdf [consulté en novembre 2008].
- [15] Tyndall, M.W., E. Wood, R. Zhang, C. Lai, J.S.G. Montaner, et T. Kerr. « HIV Seroprevalence Among Participants at a Supervised Injection Facility in Vancouver, Canada: implications for prevention, care and treatment », *Harm Reduction Journal*, vol. 3, article 36 (2006).

- [16] Miller, C.L., S.A. Strathdee, P.M. Spittal, T. Kerr, K. Li, M.T. Schechter, et coll. « Elevated Rates of HIV Infection Among Young Aboriginal Injection Drug Users in a Canadian Setting », *Harm Reduction Journal*, vol. 3 (2006).
- [17] Craib, K.J., P.M. Spittal, E. Wood, N. Laliberte, R.S. Hogg, K. Li, et coll. « Risk Factors for Elevated HIV Incidence Among Aboriginal Injection Drug Users in Vancouver », *JAMC = CMAJ*, vol. 168, n° 1 (7 janvier 2003), p. 19-24.
- [18] Wood, E., J.S.G. Montaner, K. Li, R. Zhang, L. Barney, S.A. Strathdee, et coll. « Burden of HIV Infection Among Aboriginal Injection Drug Users in Vancouver, British Columbia », *American Journal of Public Health*, vol. 98, n° 3 (2008), p. 515-519.
- [19] Craib, K.J., P.M. Spittal, E. Wood, N. Laliberte, R.S. Hogg, K. Li, et coll. « Risk Factors for Elevated HIV Incidence Among Aboriginal Injection Drug Users in Vancouver », *JAMC = CMAJ*, vol. 168, n° 1 (7 janvier 2003), p. 19-24.
- [20] Agence de la santé publique du Canada (ASPC). *Infection au virus de l'hépatite C (VHC) chez les utilisateurs de drogues injectables (UDI) au Canada : résultats d'I-Track (2003-2005)* [document Internet], Ottawa, ASPC, juin 2008. Accessible sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/sti-its-surv-epi/epi/itrack-fra.php> [consulté en septembre 2009].
- [21] Service correctionnel du Canada. Données non publiées, Ottawa, Service correctionnel du Canada, 9 septembre 2009.
- [22] Bureau de l'Enquêteur correctionnel. *Fiche d'information : Détenus autochtones* [document Internet], Ottawa, Bureau de l'Enquêteur correctionnel, jan. 2009. Accessible sur Internet : <http://www.oci-bec.gc.ca/rpt/annrpt/annrpt20052006info-fra.aspx> [consulté en mars 2009].
- [23] Agence de la santé publique du Canada (ASPC). *Populations à risque* [document Internet], Ottawa, ASPC, sept. 2007. Accessible sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/populations-fra.php> [consulté en septembre 2009].
- [24] Service correctionnel du Canada. *Surveillance des maladies infectieuses dans les pénitenciers fédéraux canadiens 2002-2004*, Ottawa, Service correctionnel du Canada, Direction de la santé publique, 2004.
- [25] Martin, R.E. « Drug Use and Risk of Bloodborne Infections: a Survey of Female Prisoners in British Columbia », *Revue canadienne de santé publique = Canadian Journal of Public Health*, vol. 96, n° 2 (2005), p. 97-101.
- [26] Service correctionnel du Canada. Données préliminaires du Système de surveillance des maladies infectieuses (SSMI), non publiées, Ottawa, Service correctionnel du Canada, Direction de la santé publique, 2009.
- [27] Moloughney, B. « A Health Care Needs Assessment of Federal Inmates », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 95 (2004), suppl. 1, p. 9-63.
- [28] Brar, I.S. « A Comparison of Factors Associated with Prevalent Diabetes Mellitus among HIV-infected Antiretroviral-naïve Individuals Versus Individuals in the National Health and Nutritional Examination Survey Cohort », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 45, no 1 (2007).
- [29] Brown, T.T., S.R. Cole, X. Li, L.A. Kingsley, F.J. Palella, S.A. Riddler, et coll. « Antiretroviral Therapy and the Prevalence and Incidence of Diabetes Mellitus in the Multicenter AIDS Cohort Study » [erratum publié dans *Arch Intern Med.*, vol. 165, no 21 (28 nov. 2005), p. 2541], *Archives of Internal Medicine*, vol. 165, n° 10 (2005), p. 1179-1184.
- [30] De, W.S., C.A. Sabin, R. Weber, S.W. Worm, P. Reiss, C. Casanave, et coll. « Incidence and Risk Factors for New-Onset Diabetes in HIV-infected Patients: the Data Collection on Adverse Events of Anti-HIV Drugs (D:A:D) study », *Diabetes Care*, vol. 31, n° 6 (2008), p. 1224-1229.
- [31] Butt, A.A.F. « Risk of Diabetes in HIV Infected Veterans Pre- and Post-HAART and the Role of HCV Coinfection », *Hepatology*, vol. 40, n° 1 (juillet 2004), p. 115-119.

- [32] Howard, A.A.K. « Association of Hepatitis C Infection and Antiretroviral Use with Diabetes Mellitus in Drug Users », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 36, n° 10 (2003), p. 15.
- [33] Jain, M.K.A. « Hepatitis C is Associated with Type 2 Diabetes Mellitus in HIV-infected Persons without Traditional Risk Factors », *HIV Medicine*, vol. 8, n° 8 (nov. 2007).
- [34] Phipers, M. « Rapport spécial du Comité canadien de lutte antituberculeuse. Co-infection pour le bacille tuberculeux et le VIH au Canada », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. 33, n° 8 (2007), p. 77-83.
- [35] Harris, T. « HIV testing among Canadian tuberculosis cases from 1997 to 1998 », *Journal canadien des maladies infectieuses et de la microbiologie médicale = Canadian Journal of Infectious Diseases and Medical Microbiology*, vol. 17, n° 3 (2006), p. 165-168.
- [36] Santé Canada. *Profil statistique de la santé des Premières Nations au Canada pour l'an 2000*, Ottawa, Santé Canada, 2005.
- [37] Statistique Canada. *Peuples autochtones du Canada en 2006 : Inuits, Métis et Premières nations, Recensement de 2006 : résultats* [document Internet], Ottawa, Statistique Canada, 2008. Accessible sur Internet : <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/as-sa/97-558/index-fra.cfm> [consulté en juillet 2008].
- [38] Agence de la santé publique du Canada (ASPC). *Rapport de surveillance canadien 2004 sur les infections transmises sexuellement*, Ottawa (Ontario), ASPC, 2007.
- [39] Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Données non publiées, Division des infections acquises dans la collectivité, ASPC, 2009.
- [40] Agence de la santé publique du Canada (ASPC). *Foire aux questions sur l'hépatite C* [document Internet], Ottawa, ASPC, mai 2009. Accessible sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/hepc/faq-fra.php> [consulté en septembre 2009].
- [41] Grebaly, J., J.D. Raffa, C. Lai, M. Krajden, B. Conway, et M.W. Tyndall. « Factors Associated with Spontaneous Clearance of Hepatitis C Among Illicit Drug Users », *Journal canadien de gastroentérologie = Canadian Journal of Gastroenterology*, vol. 21, no 7 (2007), p. 447-451.
- [42] Dawood, M, G. Smart, M. Wood, W. Hong-Xing, S. Paton, et J. Wu. « Hepatitis C Infection Among First Nation and Non-First Nation People in Manitoba, Canada: a Public Health Laboratory Study », *Revue canadienne de microbiologie = Canadian Journal of Microbiology*, vol. 52 (2006), p. 999-1005.
- [43] Akuta, N., F. Suzuki, A. Tsubota, Y. Suzuki, T. Someya, M. Kobayashi, et coll. « Interferon-alpha for Reinfection with Hepatitis C Virus in Two Patients with Chronic Hepatitis C Who Had Responded to Previous Therapies », *Digestive Diseases and Sciences*, vol. 48, no 8 (2003), p. 1654-1657.
- [44] Backmund, M., K. Meyer, et B.R. Edlin. « Infrequent Reinfection After Successful Treatment for Hepatitis C Virus Infection in Injection Drug Users », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 39, no 10 (2004), p. 1540-1543.
- [45] de Mitri, M.S., R. Cassini, G. Morsica, S. Bagaglio, M. Zoli, et M. Bernardi. « New Infection with Heterotypic Hepatitis C Virus in a Patient with Long-term Hepatitis C Virus Eradication », *Digestive and Liver Disease*, vol. 33 (2001), p. 591-594.
- [46] Grebely, J., B. Conway, J.D. Raffa, C. Lai, M. Krajden, et M.W. Tyndall. « Hepatitis C Virus Reinfection in Injection Drug Users », *Hepatology*, vol. 44, no 5 (2006), p. 1139-1145.
- [47] Kao, J.H., M.Y. Lai, P.J. Chen, et D.S. Chen. « Probably Reinfection with Hepatitis C Virus in a Chronic Hepatitis C Patient with a Sustained Response to Combination Therapy », *Journal of the Formosan Medical Association*, vol. 100, n° 824 (2001), p. 828.
- [48] van de Laar, T.J.W., R. Molenkamp, et C. van den Berg. « Frequent HCV Reinfection and Superinfection in a Cohort of Injecting Drug Users in Amsterdam », *Journal of Hepatology* (sous presse) (18 juin 2009).

[49] Agence de la santé publique du Canada (ASPC). *Épidémiologie de l'infection aiguë par le virus de l'hépatite C au Canada : résultats du Système de surveillance accrue des souches de l'hépatite (SSASH)* [document Internet], Ottawa, ASPC, 2009. Accessible sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/sti-its-surv-epi/pdf/hcv-epi-fra.pdf> [consulté en août 2009].

[50] Réseau canadien autochtone du sida. *Le VHC et la coinfection du VHC et du VIH* [document Internet], Ottawa, Réseau canadien autochtone du sida, 2005 Accessible sur Internet : http://www.caan.ca/french/grfx/resources/fact_sheets/co_infection_french.pdf [consulté en novembre 2008].

[51] Miller, C.L., E. Wood, P.M. Spittal, et K. Li. « The Future Face of Coinfection—Prevalence and Incidence of HIV and Hepatitis C Virus Coinfection Among Young Injection Drug Users », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 36, n° 2 (2004), p. 743-749.

[52] Braitstein, P., V. Montessori, K. Chan, J.S.G. Montaner, M.T. Schechter, M.V. O'Shaughnessy, et coll. « Quality of Life, Depression and Fatigue Among Persons Co-infected with HIV and Hepatitis C: Outcomes from a Population-based Cohort », *AIDS Care*, vol. 17, n° 4 (2005), p. 505-515.

[53] Sobota, M., R. Tucker, S. Greene, C. Price, J. Koornstra, L. Monette, et coll. « Disparities in Health Outcomes and Social Determinants of Health Between People Living with HIV/AIDS in Ontario with and without HCV Co-infection: the Positive Spaces, Healthy Places Study », conférence de recherche du Réseau ontarien de traitement du VIH – 13 et 14 nov. 2008, Toronto, Toronto, Réseau ontarien de traitement du VIH 2008.

[54] Agence de la santé publique du Canada (ASPC). *Hépatite C : votre santé et vous* [document Internet], Ottawa, ASPC, mai 2008. Accessible sur Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyh-vsv/diseases-maladies/hepc-fra.php> [consulté en novembre 2008].

[55] Bowker, S.L., C.L. Soskolne, S.C. Houston, S.C. Newman, et G.S. Jhangri. « Human Immunodeficiency Virus (HIV) and Hepatitis C Virus (HCV) in a Northern Alberta Population », *Revue canadienne de santé publique = Canadian Journal of Public Health*, vol. 95, n° 3 (2004), p. 188-192.



CHAPITRE 4 – Données probantes actuelles sur les facteurs influant sur la résilience et la vulnérabilité des Autochtones face au VIH/sida

4

« Il est généralement reconnu que le VIH/sida continue d'avoir une profonde répercussion sur la santé et le mieux-être des peuples autochtones (Inuit, Métis et Premières Nations) au Canada. [...] Cette représentation disproportionnée est le résultat d'une myriade de facteurs sociaux, économiques et comportementaux (p. ex., taux élevés de pauvreté, consommation de drogue, maladies transmissibles sexuellement et accès limité aux services de soins de santé ou utilisation limitée de ces services) combinés à des facteurs historiques et culturels. » [1]

[traduction] « La résilience dépasse la simple survie. Il s'agit de la capacité de résister aux difficultés et de conserver son identité. [...] Une question mérite d'être posée : quels sont les atouts culturels dont nous disposons, en tant qu'Autochtones, pour nous aider à mieux surmonter les défis? » [2]

4.1 Déterminants de la santé

Les liens entre les déterminants sociaux de la santé et le bien-être individuel et collectif sont bien établis. « En revanche, il y a peu de documentation sur le VIH/sida dans ce vaste contexte de la santé de la population. On examine plus souvent le lien entre un certain déterminant social et un type de comportement qui met une personne à risque d'infection à VIH. » [3]

La présente section du rapport examine la vulnérabilité au VIH/sida des collectivités autochtones au Canada. On y aborde également les facteurs qui amènent les Autochtones à se montrer résilients et à le demeurer à l'égard du VIH/sida selon une perspective axée sur les déterminants de la santé suivants : la culture; l'environnement social et le réseau de soutien social; le revenu, le niveau d'instruction et l'emploi; l'environnement physique; les habitudes de vie et les capacités d'adaptation personnelles; un développement sain durant l'enfance; le patrimoine biologique et génétique; les services de santé; le sexe. Les séquelles des pensionnats sont examinées séparément, étant considérées comme un facteur clé de la vulnérabilité des Autochtones au VIH/sida.

4.1.1 Culture

Comme l'a rappelé le Réseau canadien autochtone du sida (RCAS), [traduction] « les Inuits, les Métis et les Premières nations sont issus de cultures diverses et vivantes. En dépit de nombreuses épreuves, [...] les Autochtones existent toujours, parlent leurs langues

d'origine et respectent les coutumes, les valeurs et les croyances qui étaient les leurs il y a des milliers d'années » [2]. Cependant, les Autochtones voient leur santé menacée par le dépérissement de leur culture, de leur langue et de leurs traditions, ainsi que par le manque d'accès à des services et à des soins de santé adaptés à leur culture – des problèmes analysés de façon plus approfondie dans ce chapitre. Les Autochtones puisent pourtant dans leur culture une grande part de leur force et de leur résilience pour surmonter les difficultés sociales et physiques qui se posent à eux, y compris le VIH/sida.

[traduction] *Je me suis mise, peu à peu, à parler du VIH dans ma langue {le carrier}, dès que j'avais l'occasion de le faire auprès des Aînés chez moi, sur mon territoire traditionnel. Tout a débuté sous la forme de quelques mots aux membres de ma communauté lorsque je les visitais. {...} Je tentais de leur faire comprendre à quel point le VIH/sida était grave.*

– Femme des Premières nations [4]

L'intégration des valeurs culturelles des Premières nations, des Inuits et des Métis aux approches de prévention du VIH compte parmi les clés de la lutte contre le VIH/sida dans les collectivités autochtones. Mentionnons, parmi les approches de prévention du VIH adaptées à la culture autochtone, le recours à des méthodes pédagogiques traditionnelles, comme les enseignements oraux [4] et les cercles de la parole [5], la considération des valeurs traditionnelles à l'égard de la sexualité dans les messages de prévention [6;7],

la communication des messages de prévention dans les langues autochtones [4;8], l'éducation par les pairs [9-11] et l'intervention des Aînés dans la prévention du VIH [12]. Les approches choisies pour prévenir le VIH doivent tenir compte des réalités et des besoins uniques des Premières nations, des Inuits et des Métis sur les plans historique, culturel, spirituel et linguistique. Les stratégies préventives misant sur une approche globale ne sont pas efficaces avec les populations autochtones, celles-ci se caractérisant par une grande diversité [11;13]. Chez les jeunes autochtones, les programmes de promotion de la santé sexuelle et de prévention du VIH sont cités comme des moyens de s'assurer des mesures de prévention du VIH adaptées à leur culture [5;13;14]. Cependant, l'utilisation d'approches traditionnelles pour venir à bout d'un problème – relativement à la santé sexuelle et à la prévention du VIH, ou un autre – peut parfois convenir, mais il faut « comprendre que « culturel » ne veut pas toujours dire « traditionnel ». Ce ne sont pas tous les jeunes qui réagiront bien à des messages de prévention qui s'inspirent d'enseignements traditionnels ou réfèrent aux Aînés comme éléments culturels » [13] – et les mesures de prévention devraient s'appuyer sur les connaissances des participants [5].

[traduction] *Je crois que tout, dans mon passé, concourait à m'amener là où je suis, et que, même si je suis séropositive, je peux enfin vivre et m'aimer telle que je suis. Je ne me suis presque jamais estimée, et je ne reconnaissais pas ma vie comme un précieux cadeau du Créateur. {...} Oui, je suis atteinte d'un virus sans remède, mais je choisis de vivre avec chaque jour. Je n'en suis pas malade, je vis avec.*

– Femme séropositive des Premières nations [15]

Le rétablissement des liens culturels peut aussi s'avérer une importante source de force et de résilience pour les Autochtones vivant avec le VIH/sida (AVVIH/sida) [16;17]. Soixante et un pour cent des 195 AVVIH/sida ayant participé à une étude nationale ont déclaré avoir bénéficié ou eu besoin de services de santé et de bien-être traditionnels autochtones, comme des cérémonies, des cercles de guérison et des conseils d'Aînés [18].

Jackson et coll. ont noté que « les Autochtones développent généralement des stratégies d'adaptation pour faire face aux expériences de vie négatives associées avec la maladie lorsqu'on leur offre des occasions d'apprendre et de rétablir des liens avec leur culture » [18]. Le soutien apporté par d'autres AVVIH/sida [17;19] et la participation à des activités culturelles peuvent améliorer la qualité de vie des personnes atteintes et ainsi prévenir la dépression [20] et les comportements à risque, notamment les relations sexuelles non protégées et la toxicomanie [16]. De plus, les personnes bispirituelles préfèrent les organismes de services pour le sida (OSS) autochtones à ceux destinés à l'ensemble de la population, car elles peuvent y bénéficier d'un meilleur soutien social et culturel, surtout si elles se retrouvent en milieu urbain après avoir quitté leur collectivité d'origine [21]. Pour ces raisons, l'accès des AVVIH/sida à des soins culturellement adaptés peut stimuler la création de liens culturels et rehausser la qualité de vie [17].

4.1.2 Environnement social et réseau de soutien social

Sur le plan social, les comportements discriminatoires des personnes et des gouvernements contribuent à la propagation du VIH/sida. D'après Spigelman, « les préjugés, la discrimination et les stigmates sont un facteur important de l'épidémie au Canada et le VIH/sida est plus présent dans les milieux marqués par la discrimination. La discrimination a lieu lorsqu'une caractéristique spécifique manifestée par une personne atteinte, telle que la toxicomanie ou l'orientation sexuelle, est amplifiée au point où la personne n'est plus considérée comme un être humain » [3]. Dans le cas des Autochtones vivant avec le VIH/sida ou risquant d'être infectés, la discrimination subie peut être pire si on y ajoute les réactions que suscitent leur état sérologique vis-à-vis du VIH, l'adoption de comportements propices à la propagation du VIH/sida ou l'appartenance à d'autres groupes marginalisés (c.-à-d. femmes, bispirituels, travailleurs du sexe ou utilisateurs de drogue par injection) [22].

De nombreuses études, y compris la Commission royale sur les peuples autochtones, ont mis en évidence la marginalisation historique des Autochtones au Canada. Des universitaires autochtones et non autochtones ont proposé de considérer la surreprésentation des Autochtones chez les personnes vivant avec le VIH/sida au Canada dans le contexte historique de la colonisation, [traduction] « y compris l'abandon forcé des terres traditionnelles et la déconnexion spirituelle avec celles-ci, le génocide culturel et, plus particulièrement, les passages dans les pensionnats » [23]. Pour leur part, les Autochtones sont plus enclins à associer la prévalence du VIH/sida dans leurs populations à des inégalités structurelles et aux effets du colonialisme auxquels ont échappé les populations non autochtones [24]. L'expérience de la colonisation a considérablement contribué au piètre état de santé et aux difficiles conditions socio-économiques qui affligent les collectivités autochtones au Canada, entre autres, en les rendant plus vulnérables au VIH/sida.

Les populations autochtones plus particulièrement marginalisées, comme les femmes vulnérables, les jeunes, les gais et lesbiennes, les transgenres ainsi que les bisexuels et bispirituels, peuvent subir d'autres formes de discrimination dans la société canadienne en général et au sein des collectivités autochtones. Bien que la discrimination ou l'homophobie puisse contraindre les populations autochtones plus particulièrement vulnérables à quitter leurs collectivités d'origine [25;26], un déménagement dans un centre urbain risque d'accroître le sentiment d'isolement social et culturel à cause de différents facteurs, comme la pauvreté, le racisme, l'exploitation sexuelle, la barrière linguistique, le chômage, l'instabilité au niveau du logement et d'autres obstacles à l'accès aux services. Ces facteurs peuvent rendre une personne plus sujette à adopter des comportements associés au risque d'infection par le VIH [25]. En outre, les organismes de lutte contre le VIH/sida peuvent ne pas offrir de services culturellement adaptés aux AVVIH/sida, et les organismes autochtones peuvent à leur tour ne pas

être en mesure de répondre aux besoins particuliers des Premières nations, des Inuits et des Métis. Ainsi, un Inuit vivant en milieu urbain ne souhaitant pas se rendre dans un centre d'amitié autochtone risque de se heurter à l'absence d'organismes adaptés à sa culture, où il aurait pu trouver du soutien [26].

[traduction] *On quitte sa communauté parce qu'il n'est plus sécuritaire d'y rester, d'autant plus qu'on n'arrive même pas à se faire accepter – dans sa propre famille {...} Être bispirituel, c'est être différent. Ce n'est pas acceptable, et toute la famille souhaite le cacher. La fuite offre alors le seul moyen de se retrouver {...}*
– Autochtone bispirituel [27]

[traduction] {...} *Lorsque mon frère était, en fait, sur son lit de mort, il m'a dit les choses comme elles étaient. Ça m'a sidéré. Je ressentais beaucoup de chagrin, comme une perte. J'avais connu des personnes forcées de prendre des médicaments, mais mon frère n'en prenait même pas. Tout devait être gardé secret, vous savez. Il y avait ce stéréotype de l'homme gai, forcé de quitter la réserve pour les centres urbains, et tentant de vivre une double vie pour ainsi dire.*
– Autochtone touché par le VIH/sida [28]

Les gais, lesbiennes, transgenres, bisexuels et bispirituels autochtones sont vulnérables à la discrimination et à la marginalisation sociale à la fois dans leurs collectivités d'origine et hors de celles-ci, ce qui peut les inciter à adopter des comportements associés au risque d'infection par le VIH [29]. [Traduction] « L'isolement, l'exclusion et le rejet de la famille, de la collectivité et de la société ont d'importantes répercussions négatives sur le sentiment d'identité des gais, lesbiennes, bisexuels, bispirituels, transgenres, leur capacité de s'afficher et de s'affirmer, leur état de santé et leur accès à des services sociaux et de santé appropriés et adaptés. » [30]. Une étude menée auprès de 86 gais, lesbiennes, transgenres, bisexuels et bispirituels des Premières nations ou d'origine inuite ou métisse a révélé que 81 % d'entre eux-ci avaient été victimes de commérages homophobes et 76 %, de

violence verbale, alors qu'une importante minorité avait subi une agression physique (38 %) ou sexuelle (21 %) [31]. Près de la moitié (46 %) des participants à cette enquête étaient séropositifs. Les gais, lesbiennes, transgenres, bisexuels et bispirituels autochtones peuvent aussi faire l'objet d'une discrimination auprès des fournisseurs de services liés au VIH/sida, tant ceux du grand public que ceux œuvrant plus particulièrement auprès des gais ainsi que des transgenres, ou encore être exposés à l'homophobie des fournisseurs de services de santé pour les Autochtones [30]. Subir l'homophobie d'organismes de services autochtones peut contribuer au sentiment d'isolement par rapport à la collectivité autochtone plus vaste [25]. La discrimination homophobe peut entraîner un sentiment d'isolement social ou culturel susceptible de pousser des Autochtones à opter pour des comportements qui accroîtront leur risque d'infection par le VIH, notamment la participation au commerce du sexe ou la consommation de drogues illicites [18;25;26].

Les AVVIH/sida peuvent aussi subir davantage de discrimination raciale susceptible de nuire à leur santé et à leur bien-être. Des études qui ont comparé les AVVIH/sida avec d'autres personnes vivant avec le VIH/sida mais non autochtones ont montré que la mortalité liée à un diagnostic du VIH était plus élevée chez les premiers [32], que ceux-ci avaient moins accès aux traitements médicaux [33-35], souffraient davantage d'insécurité alimentaire [36] et étaient plus souvent victimes de discrimination lorsqu'ils cherchaient un logement [37]. La discrimination raciale et l'homophobie pourraient également empêcher certains AVVIH/sida d'accéder à des soins de santé de qualité [27;38]. Par ailleurs, la réprobation sociale dont font l'objet les AVVIH/sida peut être pire lorsque ceux-ci sont membres d'autres groupes marginalisés, notamment les femmes, les bispirituels et bisexuels, les gais et lesbiennes, les transgenres, les travailleurs du sexe et les utilisateurs de drogue par injection [22].

[traduction] *Lorsque mon entourage l'a su, il a réagi très mal. Rester n'aurait pas été sécuritaire. C'est une petite communauté. Tout le monde se connaît. J'étais la première de la communauté à être diagnostiquée séropositive.*
– Femme séropositive des Premières nations [39]

[traduction] *Le pire, ce n'est pas la mort, mais le caractère honteux associé au VIH. C'est la façon dont tu l'as attrapé. Tu dois être homosexuelle. Tu dois avoir consommé de la drogue par injection. Tu dois avoir fait quelque chose de mal. Voilà ce que je craignais le plus : le rejet à cause du mépris.*
– Femme séropositive des Premières nations [39]

De plus, de nombreux AVVIH/sida sont pointés du doigt et souffrent de discrimination à l'intérieur des collectivités autochtones à cause de leur état sérologique vis-à-vis du VIH, et « ceci a des répercussions tant pour la personne séropositive que pour la communauté : la personne devient très isolée, et la communauté est moins en mesure de prévenir la propagation du VIH ou de soutenir les personnes malades » [40]. D'après l'*Enquête attitudinale auprès des Autochtones sur le VIH/sida* de 2006 [41], les Autochtones sont plus enclins à entretenir des croyances ou des attitudes négatives à l'égard des personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH/sida) que dans l'ensemble de la population. Le cinquième des répondants inuits (ou 20 %) ainsi que 14 % des membres de Premières nations vivant dans une réserve et 11 % de ceux ne vivant pas dans une réserve interrogés ont déclaré que les PVVIH/sida étaient la cible de sentiments négatifs, comparativement à 7 % des répondants de l'ensemble de la population canadienne. À peine 6 % des répondants métis ont signalé des sentiments fortement négatifs. Cependant, si les Autochtones avaient généralement plus tendance à entretenir des croyances ou des attitudes négatives à l'égard des PVVIH/sida, ils étaient aussi plus enclins à penser que les PVVIH/sida avaient les mêmes droits et libertés que les personnes séronégatives pour le VIH. Vingt pour cent des Inuits ont fait part de sentiments discriminatoires à l'égard des PVVIH/sida (un pourcentage similaire à celui noté dans l'ensemble de la population),

par rapport à 16 % des répondants des Premières nations et à 8 % de ceux d'origine métisse. On peut en déduire que si certains Autochtones entretiennent des attitudes ou des croyances négatives à l'égard des PVVIH/sida, cela ne se traduit pas nécessairement par un manque d'appui en faveur des droits des PVVIH/sida. De nombreux Autochtones disent aussi ressentir de la crainte par rapport aux PVVIH/sida [41] – ce qui est le cas d'environ 28 % des répondants inuits, de 23 % des répondants de Premières nations vivant dans une réserve et de 18 % de ceux ne vivant pas dans une réserve, et de 16 % des répondants métis. Les facteurs à l'origine de l'inconfort de certains Autochtones à l'égard des PVVIH/sida peuvent être liés aux comportements associés au VIH/sida, notamment les relations sexuelles occasionnelles, la promiscuité sexuelle, l'homosexualité ou la consommation de drogues illicites [1].

[traduction] *Il a fallu beaucoup de temps (des années) pour qu'ils [les membres de la communauté] le considèrent comme une personne et non comme une maladie.*
– Personne inuite [42]

[traduction] *Je pense qu'une grande part de leur peur tient au risque de rencontrer quelqu'un qu'ils connaissent [à la clinique de traitement des ITS]. Même dans la population autochtone urbaine, tout le monde connaît toujours quelqu'un qui te connaît. Ça reste une petite communauté.*

– Femme autochtone [43]

Dans les populations autochtones, la peur des préjugés associés au VIH/sida et aux comportements à risque connexes peut empêcher l'accès à certains soins de santé, notamment aux étapes du dépistage et des traitements [43]. À cause de préoccupations sur le plan de la confidentialité, des Autochtones peuvent refuser le dépistage du VIH et ne pas rechercher le soutien social qui leur permettrait de faire face plus efficacement à un diagnostic du VIH, et des AVVIH/sida peuvent se sentir obligés de migrer vers les centres urbains pour y obtenir des soins et du soutien [1]. Le RCAS note que, « dans les petites

réserves et les communautés isolées, il peut devenir extrêmement difficile pour les membres de dissimuler leur séropositivité et même de recevoir de l'information sur la prise en charge de la maladie sans que les autres ne l'apprennent » [1]. L'*Enquête attitudinale auprès des Autochtones sur le VIH/sida* a révélé que près de 40 % des répondants des Premières nations ou d'origine inuite ou métisse étaient d'accord avec l'énoncé selon lequel ils ne souhaiteraient pas que d'autres membres de leur réserve ou de leur collectivité découvrent qu'ils ont le VIH/sida si c'était le cas, alors que plus du tiers d'entre eux étaient d'accord avec l'énoncé selon lequel ils tenteraient d'obtenir des soins à l'extérieur de la réserve ou dans une autre collectivité pour éviter que les personnes avec lesquelles ils vivent et travaillent découvrent qu'ils ont le VIH/sida si c'était le cas [41]. La confidentialité et la protection des renseignements personnels des AVVIH/sida peuvent aussi devenir des sujets de préoccupation en milieu de travail et dans les relations personnelles au moment de bénéficier de services médicaux, entre autres, pour le dépistage du VIH et l'obtention de conseils, ou encore au moment de participer au mouvement de lutte contre le VIH/sida. En outre, [traduction] « lorsque le respect de la vie privée d'un AVVIH/sida est en jeu, les conséquences dépassent la personne touchée. C'est toute la collectivité qui peut en ressentir les effets néfastes » [44], et la réaction de celle-ci peut dissuader d'autres personnes de demander un dépistage du VIH ou des traitements.

[traduction] *J'en fais le plus possible à chaque mois... J'imagine que ce n'est pas pour tout le monde, mais j'ai beaucoup d'amis dans le milieu du VIH. En général, le fait de siéger à des comités et de travailler dans le milieu m'aide beaucoup; j'en retire plus de satisfaction dans ma vie.*

– Homme autochtone séropositif [19]

La littérature sur le VIH/sida et les déterminants de la santé montre l'importance particulière du réseau de soutien social pour les groupes marginalisés courant un risque élevé de contracter le VIH ainsi que pour les PVVIH/sida afin de contrer les effets négatifs de la stigmatisation

et de la discrimination. La participation à la vie sociale et le sentiment d'appartenance à un groupe peuvent améliorer la qualité de vie, voire prolonger la vie des PVVIH/sida [3], en plus d'être associés à la résilience et à l'amélioration de l'état de santé des Autochtones [45]. Les participants à une étude menée auprès de 60 hommes bispirituels autochtones en Ontario ont dit préférer les organismes de services pour le sida autochtones aux organismes similaires s'adressant à l'ensemble de la population, surtout pour le soutien social qu'on y offre [21]. Pour certains Autochtones, le fait de participer à la revendication des droits des PVVIH/sida et de parler de leur vie avec d'autres personnes peut aussi contribuer à rehausser la qualité de vie [19].

[traduction] *On a quelques bons exemples de personnes fortes qui sont retournées dans leur collectivité d'origine pour la confronter à la réalité de la vie avec le VIH. [Dans une collectivité], on a réagi selon la tradition, en organisant une cérémonie de dénomination pour la femme et en invitant les experts du VIH/sida à fournir à la collectivité tous les renseignements de base sur le sujet. Au bout du compte, cette jeune femme a bénéficié du soutien de la collectivité entière.*
– Autochtone [28]

4.1.3 Revenu, niveau de scolarité et emploi

« L'état de la santé s'améliore à chaque étape de la hiérarchie des revenus et du niveau social. Des revenus plus élevés permettent de meilleures conditions de vie, comme un logement plus sûr et la capacité d'acheter suffisamment de bons aliments. Les populations les plus en santé [sic] sont celles qui se trouvent dans les sociétés prospères où la richesse est répartie de façon équitable. Le niveau d'instruction contribue à la santé et à la prospérité en donnant aux gens les connaissances et les capacités dont ils ont besoin pour résoudre des problèmes et le sentiment d'influencer et de maîtriser leur vie. Le niveau d'instruction accroît également les possibilités d'emploi, de sécurité du revenu et de satisfaction au travail. Il améliore enfin la capacité des gens de se renseigner et de comprendre l'information pour

soigner leur santé. On associe le chômage, le sous-emploi, un travail stressant ou dangereux avec une piètre santé. Les gens qui disposent de plus de pouvoir sur leurs conditions de travail et qui sont soumis à moins de stress au travail sont en meilleure santé et vivent souvent plus longtemps que ceux qui sont exposés à davantage de stress ou de risques au travail. » [46]

Les personnes à faible revenu ou vivant dans la pauvreté sont plus susceptibles que celles ayant un revenu supérieur d'être infectées par le VIH, d'avoir le VIH, d'assister à la mutation du VIH au sida et de succomber au sida plus rapidement [3]. Les taux d'obtention d'un diplôme d'études secondaires et de participation à des études postsecondaires sont moins élevés chez les Autochtones que dans l'ensemble de la population canadienne [47]. De plus, le taux d'emploi [48] et le revenu y sont plus faibles, accroissant la vulnérabilité des Autochtones au VIH [3]. Comme l'a relevé l'Association canadienne de santé publique, « les conséquences sociales et les contraintes économiques de la vie dans la pauvreté sont notamment l'exclusion, la stigmatisation, la marginalisation et l'incapacité de satisfaire ses besoins de vie ou de participer à la communauté. Ces conséquences limitent les options et les choix qui s'offrent aux individus pour parvenir à la sécurité économique et à une norme de vie adéquate ou décente » [50].

Pour les AVVIH/sida, un faible revenu et la pauvreté peuvent donc nuire à la qualité de vie, accroître l'isolement social, réduire l'accès à des aliments sains et à un logement de qualité, et accélérer la progression du VIH vers le sida [50;51]. Diverses études réalisées auprès de personnes vivant avec le VIH/sida permettent de conclure que les AVVIH/sida sont plus susceptibles d'avoir un revenu annuel inférieur à 10 000 \$ [32;34] et d'être moins scolarisés que les PVVIH/sida non autochtones [32;34;52;53]. Une étude axée sur les décès imputables au VIH parmi les PVVIH/sida en Colombie-Britannique a montré que les Autochtones et les personnes vivant dans des quartiers moins fortunés risquaient davantage de mourir sans avoir eu accès à des traitements contre le VIH [54]. Une autre étude portant sur l'insécurité alimentaire et la faim

chez les PVVIH/sida en Colombie-Britannique a conclu que les personnes souffrant d'insécurité alimentaire étaient beaucoup plus souvent d'origine autochtone et avaient tendance à être moins instruites et à subir une plus grande instabilité au niveau du logement que celles bénéficiant d'un accès sûr à des aliments [36]. De nombreux AVVIH/sida doivent surmonter des obstacles considérables à la sécurité économique ainsi qu'à une alimentation et à un logement appropriés, qui peuvent non seulement nuire à leur qualité de vie, mais aussi accélérer la progression du VIH vers le sida.

Le développement de médicaments efficaces qui prolongent la vie des PVVIH/sida a eu de nouvelles répercussions sur l'emploi de ces personnes atteintes d'une maladie chronique et d'une incapacité [55]. La probabilité de trouver un emploi est réduite dans le cas des PVVIH/sida, sans doute à cause de la diminution de leur espérance de vie et de l'aggravement de leur état de santé [56]. D'autres difficultés se posent au niveau de l'emploi des PVVIH/sida, y compris chez celles d'origine autochtone, entre autres : la divulgation de l'état sérologique vis-à-vis du VIH et les risques de stigmatisation et de discrimination qui pourraient en découler en milieu de travail; la coordination des régimes de traitement en fonction des obligations professionnelles et des horaires de travail; le contrôle des symptômes liés au VIH/sida en milieu de travail, notamment s'il faut s'absenter à cause de la maladie [44;57]. Les PVVIH/sida peuvent aussi éprouver des difficultés à trouver du soutien social ou un régime d'invalidité à différentes étapes de leur maladie à mesure que leurs symptômes et leur état de santé évoluent [57]. Toutefois, comme l'emploi exerce un effet positif sur l'état de santé physique, mental, émotionnel et social, les PVVIH/sida pourraient envisager de demeurer ou de retourner au travail après un épisode de maladie pour concrétiser leur volonté d'améliorer leur état de santé ainsi que leur espoir pour l'avenir [57]. Le *Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : personnes vivant avec le VIH/sida*, à paraître, approfondira ces questions.

4.1.4 Environnement physique

Important déterminant de la santé, l'environnement physique peut influencer sur le bien-être des personnes vivant avec le VIH/sida ou risquant d'être infectées. La présente section porte sur les risques liés au VIH/sida auxquels sont plus particulièrement exposés les Autochtones à cause de leur environnement physique, y compris l'isolement géographique, l'instabilité au niveau du logement, l'itinérance et l'incarcération.

Isolement géographique

L'isolement géographique des habitations et des collectivités dans lesquelles vivent les Autochtones amène ceux-ci à faire face à des risques et à des obstacles uniques en matière de santé. Le *Recensement de 2006* a révélé que près de la moitié (47 %) des Autochtones au Canada vivaient dans une réserve ou en milieu rural, ce qui comprend les régions éloignées, les petites municipalités, les villages et d'autres lieux où la population est inférieure à 1 000 habitants [58].

[traduction] *C'est dur. On est bien loin de Vancouver et de Toronto. Le VIH est perçu comme une maladie de la grande ville, une maladie du Sud. Les gens d'ici pensent qu'ils sont immunisés. L'isolement accroît cependant le risque. Il y a beaucoup de relations sexuelles non protégées par ici, ou encore des échanges de partenaires. S'il se pointe, le VIH peut se propager très rapidement.*

– Travailleur d'approche, Whitehorse, Yukon [59]

Les Autochtones habitant des collectivités éloignées peuvent croire que leur emplacement, à l'écart des centres urbains, les protège du risque d'infection par le VIH. Cependant, si le fait de résider « dans des régions isolées a peut-être déjà protégé les personnes autochtones des problèmes urbains tels que la consommation de drogues et le VIH/sida lorsqu'il a fait ses premières apparitions, ce n'est certes plus le cas aujourd'hui » [18]. Une étude menée auprès de 262 jeunes femmes autochtones fréquentant la rue en Colombie-Britannique a relevé peu de différences quant aux facteurs de risque liés au VIH (notamment la participation

au commerce du sexe et l'utilisation de drogue par injection) entre Vancouver, important centre urbain, et Prince George, ville nordique plus petite [60]. Une étude sur les mouvements migratoires des Autochtones des réserves aux centres urbains montre également que les problèmes liés au VIH-sida et aux comportements à risque connexes, y compris la consommation de drogues illicites, ne se rencontrent pas uniquement dans les centres urbains [61].

L'isolement géographique et la petite taille de nombreuses collectivités inuites, auxquels s'ajoutent de [traduction] « faibles taux déclarés d'infection par le VIH, ont contribué à colporter de fausses idées sur la maladie [chez les Inuits], soit qu'il s'agit d'une maladie du Sud ou ne touchant que les homosexuels, ou que les Inuits, par la magie de l'isolement géographique, sont protégés du VIH » [62]. Les taux élevés de maladies transmissibles sexuellement et les grossesses chez les adolescentes inuites, au Nord, montrent qu'une propagation du VIH dans les collectivités inuites est possible [63;64]. De plus, les taux de VIH chez les Inuits sont probablement sous-déclarés [18;65] à cause, en partie, du manque d'identifiants ethniques dans les formulaires de déclaration du VIH en Ontario et au Québec [65], qui pourrait retrancher du compte certains Inuits vivant en milieu urbain à l'extérieur des quatre régions inuites. Il se peut aussi que les Inuits soient davantage exposés au risque d'infection par le VIH en raison de leur connaissance limitée de la maladie. L'*Enquête attitudinale auprès des Autochtones sur le VIH/sida* de 2006 [66] a conclu que, des trois groupes autochtones, les Inuits étaient les plus enclins à percevoir le VIH comme une maladie qui ne les touchait pas. Ils pourraient cependant être moins renseignés que les autres groupes autochtones par rapport au VIH/sida : 89 % des répondants inuits avaient une connaissance allant de faible à moyenne du VIH/sida, comparativement à 59 % des répondants des Premières nations ou d'origine métisse.

[traduction] *L'accès aux services est le principal obstacle. Vous êtes dans une région isolée et vous ne bénéficiez d'aucun service. Vous n'avez pas de médecin. Vous n'avez pas de médicaments. Vous n'avez peut-être pas les connaissances, ni les capacités qu'il faut. Au moins, dans une ville, il est possible de se rendre dans une clinique ou à l'hôpital. Cela n'existe même pas dans les petites collectivités.*

– Intervenant en prévention du sida auprès des Autochtones [26]

Par ailleurs, l'accès aux services sociaux et de santé peut être moindre pour les Autochtones habitant des collectivités éloignées et isolées, car « les petites communautés isolées souffrent généralement d'une pénurie de professionnels de la santé, du manque de transport et de services de counseling, et la confidentialité est une grande source d'inquiétude » [18]. L'absence de certains services dans les collectivités éloignées et plus petites, tels les programmes de soutien social et de réduction des méfaits, peut aussi contribuer à la vulnérabilité des résidents de ces régions qui vivent avec le VIH/sida ou risquent d'en être infectés [60]. Une étude sur l'accès aux services de médecins de famille en Ontario a révélé que les Autochtones et autres personnes vivant dans le nord de la province étaient ceux qui avaient le plus besoin d'un meilleur accès à de tels services [67]. Le manque de soins spécialisés dans les collectivités plus petites peut pousser des membres de Premières nations dans les réserves et des Inuits vivant avec le VIH/sida à quitter leur collectivité d'origine pour accéder à des services dont ils ne pourraient bénéficier autrement [18;65]. Cependant, les AVVIH/sida, qui quittent leur collectivité d'origine auront de la difficulté à accéder à des soins culturellement adaptés dans les centres urbains [18]. Les Métis risquent aussi de se heurter à des obstacles particuliers dans leurs efforts pour trouver des soins adaptés à leur culture. Mentionnons entre autres, les interventions qui, misant sur une approche globale auprès des populations autochtones, ne répondent pas toujours à leurs besoins propres [68], ainsi que l'isolement géographique caractérisant certains établissements métis dans les provinces de l'Ouest [69].

Logement et itinérance

L'instabilité au niveau du logement, y compris la fréquentation de refuges et l'itinérance, représente un problème particulièrement préoccupant pour les Autochtones vivant avec le VIH/sida ou risquant d'être infectés. En raison d'un faible revenu, voire de la pauvreté dans laquelle ils vivent, et du manque d'options appropriées en matière de logement dans les collectivités éloignées et plus petites ainsi que dans les réserves, de nombreux membres de Premières nations, Inuits et Métis au Canada voient leur accès à un logement sûr et abordable limité. Ils sont donc forcés d'habiter des quartiers dans lesquels on leur offrira moins de services et où les événements violents seront plus fréquents. Un tel environnement peut précipiter la participation à des activités associées à un risque d'infection par le VIH plus élevé.

Comme il en est fait mention au chapitre 2, le nombre de sans-abri au Canada oscillerait entre 150 000 et 300 000, et, d'après les données recueillies, les Autochtones seraient surreprésentés [70]. Les comptes ponctuels de sans-abri dans différentes villes d'un peu partout au Canada révèlent que les Autochtones composaient 16 % de la population itinérante de Toronto en 2006, 30 % de celle de Vancouver en 2005, 38 % de celle d'Edmonton en 2006 et 62 % de celle de Winnipeg en 2005 [71]. L'itinérance constitue aussi un important problème pour les Inuits vivant dans le Nord. Le gouvernement du Nunavut estime que 39 % des Inuits habitant le territoire sont incapables d'accéder à un logement convenable [72].

La plus grande part de la population itinérante ne s'incruste pas dans la rue, mais subit de l'instabilité au niveau du logement, et ce, sous diverses formes, y compris la fréquentation de refuges, [traduction] « de maisons de chambre ou de maisons de transition (« cyberhospitalité »), ou l'itinérance » [73]. Or, les personnes aux prises avec des conditions de logement instables ou inadéquates risquent davantage d'être infectées par le VIH à cause de la probabilité accrue de prendre part à des activités associées à la propagation du VIH/sida, notamment le sexe de survie et l'utilisation de drogue par injection. Par surcroît, l'instabilité au niveau du logement et

l'itinérance peuvent empêcher des personnes vivant avec le VIH/sida d'accéder à des soins appropriés sur une base constante. Une étude menée auprès de 100 travailleuses du sexe à Vancouver, dont plus de la moitié étaient autochtones, a révélé que 86 % d'entre elles avaient dit être ou avoir été sans-abri. Le logement a aussi été mentionné comme un besoin à combler dans l'immédiat par le tiers des participantes à cette étude [74]. Une autre étude réalisée auprès de travailleuses du sexe dans la rue a pour sa part indiqué qu'une majorité d'entre elles (82 %) n'avaient pas de logement stable, et que 22 % n'avaient pas de domicile fixe ou étaient sans-abri [75]. Plus de la moitié des participantes à cette étude étaient autochtones. Les études sur les Autochtones utilisant de la drogue injectable et non injectable présentent aussi l'itinérance et l'instabilité au niveau du logement comme d'importants problèmes affligeant cette population [23;76;77].

Il a été montré que les AVVIH/sida faisaient plus souvent l'objet de discrimination au niveau du logement que les personnes non autochtones [52]. D'après une étude menée auprès de 605 personnes vivant avec le VIH/sida en Ontario (dont 13 % étaient d'origine autochtone), la discrimination au niveau du logement est plus vive à l'endroit des Autochtones. Près de la moitié des AVVIH/sida interrogés dans le cadre de cette étude ont été victimes d'une forme de discrimination au niveau du logement; à titre comparatif, 33 % des PVVIH/sida blanches ont vécu la même chose – le pourcentage le plus faible relevé dans l'étude [37]. Les AVVIH/sida sont aussi plus sujets à subir de l'instabilité au niveau du logement [34;52;77] ainsi que de l'insécurité alimentaire [36] que les PVVIH/sida non autochtones. Cet aspect de l'exclusion sociale accroît la vulnérabilité au VIH et nuit à l'état de santé des AVVIH/sida.

Incarcération

Comme il en est fait mention au chapitre 3, les Autochtones sont surreprésentés dans la population carcérale canadienne. La prévalence du VIH est plus élevée chez les détenus que dans l'ensemble de la population du Canada. En 2006, 1,64 % des détenus des pénitenciers

fédéraux avaient été déclarés séropositifs pour le VIH [78]. Le Réseau juridique canadien VIH/sida a noté que les activités associées à un risque d'infection par le VIH, notamment l'utilisation de drogue par injection, le tatouage et les relations sexuelles à risque élevé (avec plusieurs partenaires, non protégés, en échange de drogue ou d'autre chose, ou avec des partenaires utilisant de la drogue par injection), « se poursuivent en prison, dans bien des cas, ou y sont amorcées; ces réalités ont des répercussions sur le plan de la transmission du VIH et du VHC, notamment en situation où l'accès à l'information et à des moyens préventifs est restreint ou nul » [79]. Les AVVIH/sida risquent d'être ostracisés par la communauté autochtone plus vaste dans l'établissement carcéral [80], ce qui peut poser un obstacle supplémentaire à l'accès à des services de dépistage du VIH et à des soins connexes durant leur emprisonnement.

La prévalence du VIH chez les personnes nouvellement incarcérées est associée à de longs antécédents de consommation de drogue par injection [81;82]. Les données indiquent aussi que la majorité des cas de VIH parmi les détenus étaient connus à l'admission en prison ou ont été diagnostiqués à ce moment-là [82]. Toutefois, le partage de matériel d'injection non stérilisé derrière les barreaux augmente le risque d'infection par le VIH chez les détenus qui utilisent de la drogue par injection. Les Autochtones incarcérés sont plus sujets à connaître une dépendance à la drogue que les autres détenus. Selon une enquête sur la population des établissements fédéraux en 2000, 92 % des détenus autochtones (94 % des membres de Premières nations, 92 % des Inuits et 91 % des Métis) éprouvaient un besoin modéré ou important de faire l'objet d'interventions liées à la toxicomanie, comparativement à 70 % des personnes non autochtones incarcérées [83]. Onze pour cent des hommes incarcérés dans des pénitenciers fédéraux sur lesquels portait une enquête menée par le Service correctionnel du Canada (SCC) en 1995 ont déclaré s'injecter de la drogue pendant leur emprisonnement [84]. Une étude menée en 2003 auprès de femmes incarcérées dans des établissements fédéraux a révélé que 19 %

d'entre celles-ci s'injectaient de la drogue pendant leur emprisonnement [85]. Certaines recherches ont confirmé que des utilisateurs de drogue par injection continuent de consommer celles-ci en prison, même s'ils ne disposent pas de matériel d'injection stérilisé [86]. Ceux qui continuent de consommer de la drogue par injection derrière les barreaux risquent de contracter des infections transmises par le sang, comme le VIH et l'hépatite C.

L'utilisation de matériel non stérilisé pose aussi des risques d'infection par le VIH et le VHC aux détenus qui se font tatouer pendant leur emprisonnement. Selon une enquête menée par le SCC auprès de détenus fédéraux en 1995, 13 % des hommes se font tatouer alors qu'ils sont incarcérés [84]. Une enquête semblable auprès de femmes dans des établissements fédéraux conclut que 27 % d'entre elles se font tatouer. De plus, les relations sexuelles à risque élevé entre détenus augmentent le risque d'infection par le VIH. D'après l'enquête du SCC de 1995, 6 % des hommes incarcérés ont eu des relations sexuelles avec d'autres hommes pendant leur emprisonnement, et 4 % de l'ensemble des répondants ont déclaré avoir eu des relations sexuelles non protégées (par un condom) avec d'autres détenus [84]. Une autre étude sur les femmes incarcérées dans les établissements fédéraux a indiqué que près du quart d'entre elles (24 %) avaient eu des relations sexuelles non protégées pendant leur emprisonnement [85].

En 2006, plus de la moitié (52,1 %) des personnes nouvellement admises dans des établissements fédéraux et 26,4 % de la population carcérale en général avaient subi un test de dépistage pour le VIH [87]. Comme le dépistage du VIH et d'autres infections transmises sexuellement ou par le sang est volontaire à l'intérieur des établissements fédéraux, provinciaux et territoriaux et qu'une certaine proportion de détenus seulement acceptent de subir des tests, il est impossible de savoir si le nombre de cas de VIH déclarés est représentatif de la prévalence réelle du VIH en prison [88]. L'accès à des traitements antirétroviraux (TAR) est essentiel au maintien en santé des personnes vivant avec le VIH. En moyenne, chaque mois,

58,7 % des détenus séropositifs des établissements fédéraux reçoivent des TAR. L'accès aux TAR des femmes incarcérées dans les établissements fédéraux (60,5 %) était légèrement supérieur à celui des hommes dans la même situation (58,5 %) [87]. *Le Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : personnes incarcérées*, à paraître, approfondira ces questions.

4.1.5 Habitudes de vie et capacités d'adaptation personnelles

Cette section porte sur plusieurs habitudes de vie personnelles susceptibles d'accroître le risque d'infection des populations autochtones par le VIH, y compris les relations sexuelles non protégées, l'utilisation de drogue par injection, la participation au commerce du sexe et un accès moindre aux tests de dépistage du VIH. Le rétablissement des liens culturels et la spiritualité sont perçus comme d'importants atouts favorisant l'adaptation et la résilience des AVVIH/sida [16;17].

Comportements sexuels

Les facteurs de risque d'ordre sexuel qui peuvent être à l'origine d'une infection par le VIH, parmi lesquels figurent les relations sexuelles non protégées, sont les mêmes que ceux intervenant dans d'autres infections transmises sexuellement (ITS). Aussi, les personnes optant pour des comportements par lesquels elles risquent de contracter des ITS sont aussi plus vulnérables à une infection par le VIH. Les participants à l'*Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations* de 2002-2003 ont indiqué ne pas toujours se servir du condom pendant leurs relations sexuelles, mentionnant plusieurs raisons : le fait d'avoir un partenaire sexuel stable; le refus ou celui de son partenaire d'utiliser un condom; un sentiment de sécurité tel que le port du condom est perçu comme une précaution inutile; le désir d'une grossesse [89].

[traduction] *J'ai couché avec quelqu'un avec qui je n'aurais sans doute pas dû, sans protection, et j'ai donc vraiment eu peur, au point de vouloir un dépistage du VIH [], car mon mode de vie n'était pas très sûr.*
– Jeune Autochtone [90]

Les taux élevés d'ITS et de grossesse chez les adolescentes autochtones incitent à penser non seulement que le condom n'est pas utilisé de façon constante dans cette population, mais aussi que celle-ci court un plus grand risque d'être infectée par le VIH [13]. D'après une étude portant sur 529 jeunes de la rue et sans-abri en Colombie-Britannique, les jeunes Autochtones sont 2,5 fois plus enclins à devenir séropositifs que les autres. Cette proportion élevée d'infections par le VIH chez les jeunes Autochtones s'expliquerait davantage par des pratiques sexuelles dangereuses que par l'utilisation de drogue par injection [91]. Une autre étude sur la santé sexuelle, menée en Ontario auprès de jeunes Autochtones en milieu urbain, a conclu qu'à peine 38 % des jeunes sexuellement actifs utilisent toujours un moyen de contraception, et seulement la moitié de ceux-ci (52 %) utilisent un condom. Vingt-six pour cent ont indiqué ne jamais utiliser de moyen de contraception et 21 %, parfois ou rarement. [Traduction] « Ces données indiquent que plus de 50 % des jeunes Autochtones en milieu urbain qui sont sexuellement actifs risquent de contracter une ITS » [92], dont le VIH. Qu'ils soient de sexe masculin ou féminin, ceux qui utilisent le condom ont majoritairement indiqué le faire pour prévenir une infection par le VIH [92]. Toutefois, une autre recherche consacrée à l'utilisation du condom par les jeunes Autochtones révèle l'existence d'une relation complexe entre le choix d'utiliser un condom, le fait d'être bien renseigné sur les ITS (y compris le VIH) et la présence de certaines aptitudes personnelles, notamment la capacité de s'affirmer [93]. La connaissance seule des modes de transmission et des méthodes de prévention du VIH ne suffit pas à réduire le nombre de cas d'infection par le VIH [14;93].

[traduction] *Ma copine et moi utilisons un moyen de protection, mais habituellement pas si nous étions saouls.*
– Jeune homme autochtone [92]

Par ailleurs, la fréquence à laquelle le condom est utilisé peut aussi varier en fonction de la consommation d'alcool ou de drogue. Presque 10 % des jeunes des Premières nations âgés de 18 à 29 ans et vivant dans

une réserve qui ont participé à l'*Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations* de 2002-2003 ont invoqué des facultés affaiblies par l'alcool ou la drogue comme raison pour laquelle ils n'utilisaient pas toujours le condom avec leurs partenaires sexuels [89].

S'il a été montré que les populations autochtones sont généralement surreprésentées dans les statistiques canadiennes relatives aux ITS, les collectivités inuites se caractérisent par des taux d'ITS et de grossesse précoce particulièrement élevés. Les données sur la chlamydia et la gonorrhée se rapportant aux Inuits ne sont pas disponibles, mais celles du Nunavut révèlent une incidence élevée de ces deux ITS. En 2003, le taux de chlamydia chez les résidents du Nunavut était 13 fois plus élevé que celui relevé dans l'ensemble du Canada, et le taux de gonorrhée, 8,5 fois plus élevé [94]. L'association Pauktuutit Inuit Women of Canada [65] a pour sa part noté que, en 2000, les taux de grossesse précoce étaient 2,5 fois plus élevés que la moyenne nationale dans les Territoires du Nord-Ouest et quatre fois plus au Nunavut. La plupart des participants (67 % de sexe masculin et 58 % de sexe féminin) à une enquête effectuée auprès de jeunes du Nunavut ont déclaré toujours utiliser le condom avec leurs partenaires sexuels. Dix pour cent des jeunes hommes et 20 % des jeunes femmes ont toutefois indiqué ne jamais le faire. En outre, 20 % des répondants à cette enquête ont confié avoir été soignés pour une ITS [95]. Les normes culturelles inuites compliquent les efforts de sensibilisation et de prévention du VIH. Par exemple, de nombreux Inuits ressentent de l'inconfort à l'idée de parler de la sexualité, [traduction] « et on se heurte souvent à l'absence de mots inuktituts pour exprimer des concepts liés à la sexualité et à la santé sexuelle. Selon la tradition, les Inuits ne discutent jamais avec leurs enfants de "sujets adultes", notamment la sexualité ou les questions sexuelles » [96]. Steenbeek et coll. ont montré que, [traduction] « jusqu'à tout récemment, les Inuits ignoraient l'existence des contraceptifs. Comme les taux de mortalité infantile étaient élevés, il était peu vraisemblable que les femmes envisagent de contrôler leur fécondité. La large place accordée à la grossesse sur le plan culturel les dissuadait également

de le faire » [97]. Dans ce contexte, les Inuits sont plus vulnérables au VIH à cause de relations sexuelles non protégées.

Utilisation de drogue par injection

L'utilisation de drogue par injection représente un important facteur à considérer pour mesurer la vulnérabilité des Autochtones, car il a été démontré qu'il s'agissait du principal risque d'exposition au VIH, tant chez les hommes que chez les femmes dans ces populations [81]. Les Autochtones sont surreprésentés dans les études canadiennes sur les utilisateurs de drogue par injection [98-101], mais on ne sait pas si cette tendance correspond vraiment à la réalité par rapport à la toxicomanie dans ces populations ou à d'autres problèmes. D'après certaines études, les Autochtones qui se piquent risquent davantage d'être infectés par le VIH que les autres [76;77;102;103]. Ils sont aussi moins enclins à suivre un traitement pour leur dépendance à la drogue [104]. Les jeunes qui s'injectent de la drogue, y compris ceux d'origine autochtone, sont plus particulièrement vulnérables au VIH dans la mesure où ils sont davantage portés que les utilisateurs de drogue par injection plus vieux à demander qu'on les aide à se piquer, alors que [traduction] « ce comportement, surtout chez les jeunes, peut accroître le risque d'échange d'aiguilles et d'établissement de réseaux sociaux et de partenariats marqués par l'inégalité des rôles » [98]. Les utilisateurs autochtones de drogue par injection ont souvent vécu des événements traumatisants, comme des agressions sexuelles, notamment pendant l'enfance, la séparation de leurs parents biologiques pendant l'enfance, la participation au commerce du sexe et des tentatives de suicide, qui ont accru leur vulnérabilité au VIH [23;73].

Outre celui que présente l'échange d'aiguilles par rapport au VIH, différents risques sont associés à l'utilisation de drogue par injection, par exemple d'ordre sexuel. Selon des études, les utilisateurs de drogue par injection ont tendance à ne pas toujours utiliser le condom, ce qui les expose davantage à une éventuelle infection par le VIH. Ainsi, la plupart des répondants (68 % de sexe masculin et 70 % de sexe féminin) à une étude menée auprès

d'utilisateurs de drogue par injection de Regina, très majoritairement composés d'Autochtones (87,2 %), ont déclaré ne jamais utiliser le condom avec leurs partenaires sexuels réguliers [100]. Une autre étude effectuée auprès de 910 hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) en Colombie-Britannique a révélé que ceux qui utilisaient de la drogue par injection étaient plus souvent d'origine autochtone que les HSH ne se piquant pas. Elle a aussi montré que les HSH se piquant étaient plus enclins à avoir des relations anales non protégées – un important facteur de risque d'infection par le VIH – que les autres HSH [99].

Une plus faible utilisation du condom est aussi signalée du côté des utilisateurs autochtones de drogue par injection qui sont séropositifs. Une étude menée auprès de plus de 1 400 utilisateurs de drogue par injection de Vancouver a révélé que, parmi les séropositifs, seulement 13 % des plus jeunes (âgés de 13 à 24 ans) et 28 % des plus vieux (âgés de plus de 24 ans) disaient se servir du condom dans leurs relations sexuelles avec des partenaires occasionnels. Plus de la moitié des participants séropositifs à cette étude (52 %) étaient d'origine autochtone [98].

[traduction] *Je buvais beaucoup et je faisais souvent la fête à l'époque. J'étais toujours saouïle et je ne pensais pas au condom.*

– Jeune femme autochtone [92]

Les personnes d'origine autochtone ou non qui consomment de la drogue non injectable et de l'alcool risquent également d'être infectées par le VIH, car ces substances diminuent les inhibitions et favorisent l'apparition de certains comportements sexuels qui peuvent mener à des relations sexuelles non protégées [26]. Une étude menée auprès de 198 femmes qui prenaient part à des activités sexuelles de survie a montré l'existence de liens entre le VIH et l'inhalation intensive et quotidienne de cocaïne épurée (crack) [75]. La méthamphétamine en cristaux (*crystal meth*), dont la consommation commence à se répandre dans certaines collectivités autochtones, est une drogue stimulante qui peut être injectée, ingérée ou inhalée (soit qu'on la fume ou la renifle). Parce qu'elle

accroît l'excitation sexuelle tout en diminuant les inhibitions et le sens du jugement, elle peut entraîner l'apparition de comportements sexuels à risque élevé qui exposeront davantage ses utilisateurs au risque d'infection à VIH [105]. Le lien entre les relations sexuelles non protégées et la consommation de drogue et d'alcool chez les Autochtones a aussi été établi dans une étude sur les jeunes Autochtones en milieu urbain, qui a révélé que [traduction] « l'alcool et la drogue exercent une influence majeure sur les pratiques sexuelles des jeunes, notamment sur le taux élevé de grossesse précoce » [92]. On y rapporte les propos de jeunes Autochtones qui décrivent [traduction] « comme l'activité sexuelle accompagne normalement les fêtes où chacun finit souvent par laisser aller ses inhibitions, sous l'influence de l'alcool ou de la drogue » [92], risquant alors d'être infecté par le VIH à cause de relations sexuelles non protégées.

Commerce du sexe

La participation au commerce du sexe ou à des activités sexuelles de survie²² peut accroître le risque d'infection par le VIH en raison de divers facteurs – des relations sexuelles non protégées avec des clients ou d'autres partenaires, l'utilisation de drogue par injection et l'instabilité au niveau du logement. Il ressort de la littérature que les femmes autochtones [traduction] « représentent la majorité des femmes s'adonnant visiblement au commerce du sexe dans la rue » au Canada [74;75], mais précisons que la recherche actuelle sur le commerce du sexe sur laquelle s'appuie le présent rapport est centrée sur la Colombie-Britannique et qu'on ne peut en tirer de conclusions pour l'ensemble du Canada. Une étude menée auprès de 198 femmes de Vancouver participant

22 Malgré un manque d'uniformité terminologique dans la recherche actuelle quant aux expressions « commerce du sexe » et « activités sexuelles de survie », les deux notions sont souvent définies comme le fait de recevoir de l'argent, un abri, des aliments ou de la drogue en échange de services sexuels [60;73;106]. Notons cependant que la deuxième ne se rapporte qu'aux personnes pour lesquelles les activités sexuelles représentent un moyen de survie, alors que la première peut faire référence à un métier librement choisi. La recherche sur le commerce du sexe que résume le présent chapitre est axée sur les personnes qui cumulent les facteurs de risque pour la santé et les vulnérabilités.

au commerce du sexe dans la rue a révélé que plus de la moitié d'entre elles (57 %) s'étaient déclarées d'origine autochtone (47 % des Premières nations, 9 % métisses et 1 % inuites). Les femmes autochtones sondées au début de l'étude étaient plus souvent séropositives que les autres (32 % contre 18 %) [75]. D'après Shannon et coll., [traduction] « les femmes toxicomanes qui s'adonnent au commerce du sexe dans la rue cumulent les problèmes de santé ou liés à la drogue, en plus de faire l'objet d'une surveillance policière intense et d'évoluer dans des milieux marqués par des taux de violence et d'exploitation élevés » [107]. Les auteurs d'une étude portant sur 46 travailleuses du sexe de Vancouver ont examiné les liens entre la violence sexuelle, la consommation de drogues illicites et la vulnérabilité au VIH et ont découvert que plus de la moitié de ces femmes (57 %) s'étaient déclarées d'origine autochtone. Pour elles, [traduction] « le commerce du sexe est un moyen de survie quotidien ». Ces répondantes ont insisté sur l'impact de la toxicomanie et « le besoin de soulager les symptômes de sevrage qui compromettent gravement leur capacité de contrôler la situation et d'adopter des comportements préventifs par rapport au VIH » [106].

Les fréquentes injections de drogue pratiquées par les femmes participant au commerce du sexe soulèvent des préoccupations particulières en ce qui a trait au risque d'infection par le VIH. Une étude menée en Colombie-Britannique auprès de 262 jeunes femmes autochtones qui consommaient des drogues injectables et non injectables a établi un lien entre l'utilisation fréquente de cocaïne et une participation récente au commerce du sexe. Les auteurs ont jugé ce fait [traduction] « particulièrement inquiétant dans la mesure où il a été montré que les habitudes d'injection associées à la consommation de cocaïne chez les travailleurs du sexe augmentent les risques de transmission du VIH ». Treize pour cent (13 %) des participantes autochtones à l'étude étaient séropositives pour le VIH, alors que 42 % avaient l'hépatite C [60].

La recherche sur les travailleuses du sexe autochtones fait état de taux d'utilisation du condom variables avec les clients. Une étude réalisée auprès de 260 jeunes femmes autochtones (âgées de 14 à 30 ans) qui utilisaient à la fois des drogues injectables et non injectables a rapporté que 90 % de celles s'adonnant au commerce du sexe disaient toujours utiliser le condom avec leurs clients [60]. Toutefois, une autre étude portant sur 198 travailleuses du sexe de Vancouver (dont plus de la moitié étaient d'origine autochtone) a conclu que, bien qu'une majorité d'entre elles aient déclaré utiliser le condom avec leurs clients, 42 % des répondantes séropositives et 29 % des répondantes séronégatives ne le faisaient pas [75]. L'utilisation inconstante du condom avec d'autres partenaires sexuels que les clients peut aussi entraîner des risques d'infection par le VIH pour les femmes autochtones. La première étude a révélé que 83 % des répondantes qui prenaient part au commerce du sexe avaient des relations sexuelles non protégées avec leurs partenaires réguliers autres que des clients, et que cette proportion baissait à 36 % avec des partenaires sexuels occasionnels (n'étant pas des clients non plus) [60]. La deuxième étude, axée sur des travailleuses du sexe, a rapporté que 38 % des répondantes – dont 50 % étaient séropositives et 32 %, séronégatives – avaient déclaré avoir des relations sexuelles non protégées avec des partenaires n'étant pas des clients [75].

Les hommes autochtones qui s'injectent de la drogue et prennent part au commerce du sexe risquent aussi d'être infectés par le VIH. Une étude réalisée auprès de 910 HSH de la Colombie-Britannique est arrivée à la conclusion que la plupart de ceux qui s'injectaient de la drogue (72 %) avaient fourni des services sexuels en échange d'argent ou de drogue l'année précédente, en comparaison de seulement 14 % des HSH qui ne se piquaient pas. En outre, les HSH s'injectant de la drogue étaient plus souvent d'origine autochtone que ceux qui ne se piquaient pas [99]. Le taux de participation au commerce du sexe était plus élevé chez les HSH utilisant de la drogue par injection que chez les femmes se piquant sur lesquelles portait une autre étude effectuée en Colombie-Britannique, dont 59 % des répondantes autochtones et 54 % des répondantes

non autochtones avaient déclaré être des travailleuses du sexe [76].

D'autres facteurs rendent les Autochtones participant au commerce du sexe plus vulnérables au VIH, entre autres, de mauvais traitements durant l'enfance, la violence subie au cours d'activités liées au commerce du sexe et l'itinérance. Des 100 travailleuses du sexe de Vancouver auxquelles a été consacrée une étude, beaucoup ont déclaré avoir été victimes de violence physique (72 %) et sexuelle (82 %) durant leur enfance, de même que de violence physique (90 %) et sexuelle (78 %) au cours de leurs activités liées au commerce du sexe. Ce que la majorité d'entre elles (72 %) vivent correspondrait, sur le plan clinique, au trouble de stress post-traumatique. Plus de la moitié des participantes à cette étude (52 %) se sont dites « Autochtones » (24) ou, plus précisément, membres des « Premières nations » (2), « Amérindiennes » (2) et « Métisses » (10). Par ailleurs, les femmes autochtones avaient davantage tendance que les autres à dire qu'elles avaient été victimes de violence physique et sexuelle au cours de leur enfance, de violence verbale, physique et sexuelle au cours d'activités liées au commerce du sexe, et d'itinérance. Ces femmes étaient aussi plus nombreuses que les autres à reconnaître avoir besoin d'un traitement pour soigner leur toxicomanie ou leur alcoolisme [74].

Dépistage du VIH

[traduction] *Oh, je subis toutes sortes de tests tous les trois mois – la chlamydia, la gonorrhée et le reste. De bord en bord Je subis donc aussi des tests de dépistage pour le VIH. J'aime le faire régulièrement, car je suis hypocondriaque. J'ai besoin de savoir que rien ne cloche avec moi [rires].*

– Jeune métisse [108]

Pour réduire la propagation du VIH et assurer aux personnes séropositives un accès aux soins médicaux dont elles ont besoin, il faut amener un plus grand nombre de personnes à subir des tests de dépistage. Parmi les obstacles au dépistage du VIH chez les Autochtones mentionnons l'impression d'un manque d'anonymat,

l'absence de conseils avant et après le dépistage, un sentiment de honte, la discrimination raciale dont font preuve certains professionnels de la santé et l'anticipation des résultats, en outre, de façon plus vaste, une méfiance à l'égard des professionnels des soins de santé et des autres fournisseurs de services [26;43]. Les études examinant les taux de dépistage du VIH dans les populations autochtones font état de résultats variables. D'après l'*Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations* de 2002-2003, 39 % des femmes et 30 % des hommes des Premières nations vivant dans une réserve avaient subi un test de dépistage du VIH au moins une fois dans leur vie. Les jeunes âgés de 18 à 29 ans étaient plus nombreux à avoir subi un tel test (45 %), et les personnes âgées de 60 ans et plus les moins nombreuses (14 %) [89]. D'autres études tendent à indiquer des taux de dépistage du VIH variables d'une population autochtone à l'autre. Ainsi, une étude menée auprès de plus de 500 jeunes Autochtones utilisant de la drogue par injection en Colombie-Britannique a conclu que près des trois quarts des participants avaient subi un test de dépistage du VIH au cours de leur vie; de cette proportion, 46 % l'avaient fait au moins une fois par année [109]. Cependant, une étude pancanadienne menée auprès de plus de 3 000 utilisateurs de drogue par injection a révélé que les personnes se déclarant d'origine autochtone avaient été moins nombreuses que les autres, l'année précédente, à subir un test de dépistage du VIH [110].

[traduction] *Il se peut que les Autochtones ne souhaitent pas dire exactement pourquoi ils veulent un dépistage du VIH. [La personne qui effectue le dépistage] est souvent bourrée de préjugés, et cela freine vraiment les intentions {...} Ça me met sur la défensive. J'ai l'impression de devoir me justifier.*

– Femme autochtone séropositive [43]

Les jeunes Autochtones peuvent se heurter à divers problèmes au moment de décider s'ils doivent subir un test de dépistage du VIH ou non. Les auteurs d'une étude menée auprès de 413 d'entre eux, âgés de 15 à 30 ans (57 % inscrits et membres des Premières nations, 7 % non inscrits et membres des Premières nations, 21 % métis

et 11 % inuits), se sont intéressés à l'expérience des jeunes ayant subi un test de dépistage du VIH ainsi qu'aux raisons pour lesquelles certains demandaient ou refusaient un tel test ou le traitement du VIH. Un peu plus de la moitié des répondants à cette étude avaient subi un test de dépistage, et 13 % avaient été diagnostiqués séropositifs. Parmi les caractéristiques des jeunes ayant subi un test de dépistage du VIH il y a le fait d'être une femme, d'être gai, homosexuel ou bispirituel, d'avoir eu une ITS et d'avoir utilisé de la drogue par injection. Les motifs les plus couramment invoqués par les jeunes ayant subi un tel test comprenaient des relations sexuelles sans condom (44 %) et une grossesse (35 %). Si la plupart des jeunes ayant subi un test de dépistage ont dit avoir été traités avec soin (80 %) et respect (77 %) par les professionnels de la santé, quelques-uns ont signalé de l'hostilité (19 %), de la peur (12 %) et de la discrimination (11 %). Les jeunes interrogés ont fait valoir l'importance de soins attentifs, empreints de compassion et exempts de jugement moral au moment de subir un test de dépistage du VIH. Ils ont mentionné plusieurs raisons les incitant à refuser un tel dépistage, y compris l'impression de ne pas courir un grand risque d'être infecté par le VIH, la conviction de ne pas avoir eu de relations sexuelles avec des personnes séropositives, un sentiment d'invincibilité et l'anticipation des résultats du test. Près de 4 jeunes séropositifs sur 10 (38 %) ont attendu un certain temps avant d'accéder à des soins médicaux après leur diagnostic. La durée du délai variait entre plusieurs mois et sept ans. Six des jeunes déclarés séropositifs avaient le sida au moment de leur diagnostic. Les raisons mentionnées par les jeunes qui ont attendu avant d'obtenir des soins pour traiter leur infection par le VIH comprenaient la peur de connaître l'état d'avancement de leur maladie, des problèmes d'accoutumance limitant leur attention portée à leur santé personnelle et un refus de vivre [108;111-113].

[traduction] *[Les femmes autochtones ont] peur qu'on leur enlève leurs enfants [pour les confier à des organismes de protection de l'enfance], et, si elles en ont déjà perdu la garde, elles craignent qu'on ne leur impose encore plus de restrictions. Aussi, si elles divulguent des*

comportements à risque pour le VIH ou pensent être encore enceintes, elles ne voudront pas subir un test de dépistage {...}

– Femme autochtone [43]

Les femmes autochtones enceintes doivent parfois considérer des questions complexes au moment d'accepter ou de refuser le dépistage prénatal du VIH. Une étude albertaine consacrée aux facteurs incitant les femmes à accepter le dépistage systématique et universel du VIH pendant la grossesse a conclu que les femmes des Premières nations étaient environ deux fois plus nombreuses à refuser ce test de dépistage que les autres, plus particulièrement parmi les jeunes (âgées de 20 à 24 ans) et parmi celles qui avaient consulté un praticien de la santé de sexe masculin [114]. D'autres raisons poussent les femmes autochtones à refuser le dépistage du VIH, notamment [traduction] « si elles prévoient que la personne effectuant le dépistage leur posera des questions au sujet de leurs comportements à risque, surtout parce qu'elles craignent d'être jugées » [43]. En outre, les femmes autochtones peuvent éviter le dépistage de peur de perdre la garde de leurs enfants à cause de la divulgation de comportements à risque ou du diagnostic d'une infection par le VIH [43;115].

Attitudes à l'égard du VIH et du sida

[traduction] *C'est ce que je ressentais au début. J'étais certaine que je mourrais très vite. Ensuite, en consultant des livres et en faisant des recherches, j'ai compris que je pourrais vivre encore de nombreuses années.*

– Femme autochtone séropositive [116]

Selon l'Enquête attitudinale auprès des Autochtones sur le VIH/sida de 2006, « parmi les divers facteurs à l'étude, le caractère mortel du VIH/sida est perçu comme celui qui a le plus d'effet sur le degré de malaise que le public éprouve devant cette maladie » [41]. Soixante-douze pour cent des membres des Premières nations, 68 % des Métis et 64 % des Inuits ayant participé à cette enquête ont attesté de la forte influence de ce facteur sur leur inconfort à l'égard du VIH/sida [41]. La recherche montre que les jeunes Autochtones sont davantage enclins que les

autres jeunes à [traduction] « entretenir une perception fataliste de leur avenir et [à] blâmer leur propre collectivité pour les taux d'infection élevés » [117]. La crainte du VIH/sida et la perception de la maladie comme une « condamnation à mort » parmi les AVVIH/sida sont fréquemment notées dans la littérature [1;22;118]. Il s'agit d'un important facteur de discrimination à l'égard des AVVIH/sida dans les collectivités autochtones.

[traduction] {...} *Âgé d'à peine 21 ans, j'avais tout l'avenir devant moi, et il venait de s'écrouler. J'avais peur, ça oui. Je ne savais pas comment composer avec tout ça. J'avais pensé me tuer puisque j'étais déjà mort. Telles étaient mes pensées alors.*

– Homme autochtone séropositif [22]

[traduction] *Lorsque j'ai finalement reçu le résultat positif, j'ai trouvé ça très dur. Ça m'a engourdi pendant un certain temps. J'ai commencé à boire plus. Je ne voulais plus être sobre, j'avais peur de penser à ma maladie, à la mort et à tout ce qui va avec le sida.*

– Jeune femme séropositive des Premières nations [112]

Il n'est pas étonnant, devant une perception aussi négative du VIH/sida, que de nombreux AVVIH/sida réagissent d'abord très mal au diagnostic du VIH et qu'ils se tournent entre autres vers l'alcool ou la drogue pour surmonter leurs émotions [19;112]. Une étude effectuée auprès de 31 AVVIH/sida (24 membres des Premières nations, 6 Métis et 1 Inuit) a examiné le processus enclenché dès la réception du diagnostic pour apprendre à vivre avec le VIH. Ses auteurs ont conclu que les AVVIH/sida passaient par une série d'étapes avant l'acceptation du diagnostic, y compris, au début, l'isolement des amis et de la famille, l'émergence de pensées ou de comportements suicidaires, et une consommation accrue de diverses substances [19]. La période qui suit le diagnostic du VIH est particulièrement difficile, car les AVVIH/sida se sentent alors [traduction] « vulnérables, en proie à d'autres maladies et menaçant de se meurtrir davantage et de blesser autrui sous l'influence de la drogue et de l'alcool » [19]. Toutefois, si certains peuvent utiliser la drogue ou l'alcool pour encaisser le diagnostic, bon nombre d'AVVIH/sida finissent

par s'adapter à la vie avec le VIH [16;19]. Certains AVVIH/sida trouvent même du bon dans leur état sérologique vis-à-vis du VIH, notamment une meilleure attention accordée à leur santé et à leur bien-être; une diminution voire un arrêt de la consommation de substances; la participation à des événements rassemblant les AVVIH/sida et le sentiment de faire partie d'un groupe; ainsi que le rétablissement des liens avec la culture traditionnelle autochtone et la spiritualité [16;17;19]. Dans ces cas-là, le VIH/sida peut être perçu comme un « grand enseignant » [119].

[traduction] *Si on découvrait un remède demain, j'hésiterais beaucoup à le prendre parce que j'aurais peur de perdre les leçons apprises grâce au sida. Ce serait difficile. Je ne voudrais pas laisser aller ce que le sida m'a apporté, comme la compassion, la spiritualité.*

– Homme autochtone séropositif [120]

La spiritualité et le rétablissement des liens avec les pratiques et croyances culturelles autochtones sont souvent mentionnés par les AVVIH/sida comme des moyens de s'adapter et de résister au VIH/sida [16], notamment par le recours à des pratiques de guérison traditionnelles, comme les conseils des Aînés, les cercles de guérison et la médecine traditionnelle, ou encore par la participation à des événements communautaires autochtones [17]. Aussi, l'accès à des soins culturellement adaptés apparaît nécessaire pour améliorer l'état physique et mental des AVVIH/sida [17]. Le RCAS a publié une étude qualitative en vue de préciser en quoi consistent des soins culturellement adaptés aux AVVIH/sida (« soins relationnels »). Les professionnels des soins de santé y trouveront des lignes directrices pour mieux intervenir auprès de ce groupe. On y explique que « les soins relationnels intègrent les dimensions physique, sociale, émotionnelle et spirituelle du rapprochement humain » [121] entre le soignant et le soigné. Parmi les pratiques « sages » s'inscrivant dans cette approche figurent une interprétation commune du colonialisme dans son contexte historique et de ses répercussions sur les populations autochtones, l'entretien de relations respectueuses, souples, ouvertes et honnêtes entre le soignant et le

soigné, et la « création d'un espace protégé devant permettre [aux AVVIH/sida] d'établir un lien et de s'appuyer mutuellement, un endroit où ils seront assurés de la confidentialité et d'une atmosphère à l'abri des jugements » [121].

La littérature insiste clairement sur l'importance d'intégrer des éléments culturels au contenu des programmes et interventions axés sur le VIH/sida auprès des Autochtones. Les AVVIH/sida mentionnent souvent faire appel aux ressources et aux services culturels, notamment aux cérémonies (sueries, cercles de tambour, de parole et de guérison, etc.), aux médecines traditionnelles et aux soins offerts par les Aînés, ainsi qu'aux pratiques ancestrales, comme la roue médicinale, pour améliorer à la fois leur qualité de vie et leur santé physique, mentale et spirituelle [20;69;118;120;122-124]. Il est à noter que de nombreux AVVIH/sida ont des croyances autres, comme le christianisme, qui, combinées ou non avec la spiritualité autochtone traditionnelle, peuvent les aider à s'adapter et à vivre avec le diagnostic du VIH [19;69;119].

[traduction] *Ça m'a beaucoup aidée. La spiritualité est au cœur de ma vie. Je suis catholique. Je prie donc chaque soir, mais je crois aussi aux pratiques anciennes – aux rituels de l'herbe sacrée et des sudations. Je suis en accord avec ça. Je suis totalement d'accord avec tout ça.*
– Femme autochtone séropositive [19]

Bien qu'il n'existe pas encore de remède au VIH, l'étude de la littérature montre que le ressourcement et le bien-être personnels résultent [traduction] « davantage d'un sentiment d'apaisement et d'accomplissement que de la séronégativité en soi » [120]. Une approche globale de la santé, couvrant les aspects mental, émotionnel et spirituel ainsi que l'état physique d'une personne, revêt une importance particulière pour les AVVIH/sida [125;126] « afin de promouvoir une prise de conscience holistique face à la maladie [et de s'écarter] du message "sida = mort" qui avait caractérisé la décennie précédente » [118]. Une enquête auprès de 195 AVVIH/sida a montré que ceux-ci avaient accès à divers traitements et services de soins, y compris les TAR, les soins conventionnels et des théra-

pies complémentaires. Si certains AVVIH/sida décident de ne pas se servir de médicaments ou de thérapies associés au VIH [69], un grand nombre (88 %) ont signalé qu'ils avaient eu recours à des services de santé primaires ou eu besoin de ces services, entre autres, ceux offerts par des médecins, des pharmacies, des hôpitaux et des CLSC. Environ 60 % des répondants ont indiqué avoir eu besoin ou utilisé des services de soins traditionnels, tels les conseils d'Aînés, la médecine ancestrale, les cérémonies et les cercles de guérison, tandis que près de la moitié (45,6 %) avaient eu recours à des thérapies complémentaires ou différentes ou ont eu besoin de ces thérapies, comme la massothérapie, l'usage thérapeutique de la marijuana et l'homéopathie [1]. Il semble dès lors possible de favoriser le soulagement et le mieux-être des AVVIH/sida en incitant ceux-ci à établir ou à rétablir des liens avec leur culture, pour les amener à reconsidérer des expériences négatives passées [124] et à améliorer leur état de santé futur.

[traduction] *Vers la fin, durant les deux dernières semaines, mes frères et sœurs se montraient très naïfs face à la maladie. Est-ce que je peux le serrer dans mes bras? {...} Il a été élevé par notre famille. Il était comme un petit frère pour nous. Il faisait pour ainsi dire partie de nous. Et cette ignorance [au sujet de sa maladie] avait pourtant persisté. Il désirait tellement qu'on le touche; il voulait qu'on le serre, qu'on l'embrasse.*
– Femme des Premières nations [127]

[traduction] *Beaucoup ne savaient pas comment réagir à toute cette perte et, en premier lieu, comment procéder concrètement à la suite du décès. Je ne veux pas généraliser, mais beaucoup d'Autochtones sont démunis. Même s'organiser pour trouver un cercueil et se rendre au salon funéraire est compliqué. Le sida n'est pas le seul obstacle.*
– Personne autochtone [128]

Sans doute parce qu'on a mis l'accent sur la santé et le bien-être personnels des AVVIH/sida, la littérature traite peu de l'agonie et de la mort auxquelles sont confrontés les AVVIH/sida, leurs familles, leurs amis et leurs communautés. Les familles et les amis des AVVIH/sida décédés,

ainsi que les personnes intervenant dans le mouvement communautaire autochtone plus vaste de lutte contre le VIH/sida au Canada, qui ont perdu plusieurs amis et collègues, sont tous éprouvés par la perte et le deuil [28]. De plus, la stigmatisation et la discrimination liées au VIH touchent non seulement les personnes vivant avec le VIH/sida, qui risquent d'être rejetées par leur famille et leur communauté, également [traduction] « celles non infectées, qui subissent une certaine marginalisation dans leur communauté. Ces facteurs sont à considérer, en plus des réactions de deuil des membres de la communauté confrontés au sida, qui constituent déjà un phénomène complexe » [128]. De nouveau, la culture et la spiritualité sont reconnues comme des aspects déterminants du processus de perte et de deuil en lien avec le décès des AVVIH/sida [28].

4.1.6 Développement sain durant l'enfance

[traduction] « Une bonne santé n'est pas seulement un état, mais aussi le résultat d'un apprentissage dont l'absence compromet indéniablement la possibilité même d'être en bonne santé. » [129]

Comme il en est fait mention aux chapitres 2 et 3, la population autochtone est plus jeune que le reste de la population canadienne [130]. Les personnes d'origine autochtone tendent également à être diagnostiquées plus jeunes que les autres [81]. La littérature concernant le VIH/sida et les déterminants de la santé renvoie rarement, de façon précise, au développement en santé des enfants, mais elle évoque les expériences vécues au cours de la petite enfance et leurs effets sur la vulnérabilité au VIH.

Des mauvais traitements infligés durant l'enfance, y compris la violence sexuelle et les problèmes familiaux, sont clairement associés aux comportements à risque, augmentant la probabilité que les personnes en ayant souffert adoptent des comportements les rendant plus susceptibles de contracter le VIH [3;26]. Pour de nombreux Autochtones, l'héritage des pensionnats et l'éloignement de la culture d'origine se sont traduits par l'éclatement de la famille [23], un phénomène qui a contribué à la

surreprésentation des enfants autochtones placés sous la responsabilité des services à l'enfance et à la famille [131]. La « raffe des années 1960 », par exemple, fait référence à l'augmentation abrupte du nombre d'enfants autochtones retirés de leur famille, puis confiés aux soins d'organismes de protection de l'enfance au début des années 1960 [132].

Parmi les jeunes Autochtones qui utilisent des drogues injectables et non injectables, ceux qui ont été séparés de leurs parents biologiques durant leur enfance, puis placés en foyer d'accueil, sont plus susceptibles de devenir séropositifs que ceux ayant grandi avec leurs parents biologiques [133]. Les jeunes Autochtones victimes d'abus sexuels pendant leur enfance risquent également davantage de contracter une ITS (52 % contre 33 %) [23], qui laisse craindre une éventuelle infection par le VIH [13]. D'autres études ont établi que les jeunes Autochtones ayant été victimes d'abus sexuels durant leur enfance étaient plus souvent de sexe féminin et, par ailleurs, plus susceptibles d'avoir contracté l'hépatite C et d'être séropositifs que les jeunes Autochtones n'ayant pas subi de tels sévices [23;73]. D'après une étude sur les détenus des établissements fédéraux, une proportion importante d'Autochtones avaient été plus ou moins en contact avec le système de protection de l'enfance, que ce soit par l'intermédiaire de foyers d'accueil, de foyers de groupe ou de familles adoptives. Presque les deux tiers (63 %) des répondants autochtones à cette étude étaient passés par les organismes de protection de l'enfance, comparativement à 36 % des détenus non autochtones [134]. De nombreux Autochtones incarcérés (46 % d'origine métisse, 40 % des Premières Nations et 18 % d'origine inuite) avaient également été mis en détention lorsqu'ils étaient jeunes [83]. Les risques que pose l'incarcération relativement au VIH ont déjà été abordés dans ce chapitre et au chapitre 3.

[traduction] *Ma mère et mon père buvaient. Ils avaient grandi dans les pensionnats. J'étais la plus jeune. On m'a placée dans un foyer d'accueil... C'est difficile d'être une femme autochtone. Je me suis retrouvée dans une relation où il y avait de la violence. J'ai vu en lui ce que j'avais subi de ma famille, dans laquelle j'avais été victime de violence sexuelle.*

– Femme autochtone séropositive [26]

La présence de violence physique et sexuelle dans l'enfance est aussi associée à une participation accrue au commerce du sexe [23;60], activité qui augmente le risque d'infection par le VIH. Dans une étude réalisée auprès de 100 travailleuses du sexe de Vancouver (dont 52 % étaient Autochtones), la majorité des participantes avaient été victimes d'abus sexuel (82 %) et de violence physique (72 %) dans leur enfance. Les femmes autochtones étaient plus susceptibles que les femmes non autochtones de déclarer des mauvais traitements subis dans l'enfance [74].

[traduction] *J'ai commencé à suivre une thérapie. Ça m'a vraiment donné un bon coup de pouce. Là-bas, j'ai appris beaucoup de choses à mon sujet et sur bien des expériences que j'ai vécues, et sur ce sentiment de solitude qui me pousse à boire autant... Je ne m'étais jamais rendu compte que je souffrais encore de ce qui m'était arrivé dans le passé. Je buvais pour oublier la douleur. J'ai bu pendant 10 ans.*

– Homme autochtone séropositif [19]

Dans les cultures autochtones, les enfants ont une grande valeur [135;136]. Traditionnellement, « l'éducation autochtone ne permettait pas l'usage de la violence physique envers les enfants » [137]; on avait recours à d'autres méthodes traditionnelles pour les éduquer. Dans la culture traditionnelle inuite, on accordait aux enfants plus d'indépendance que dans la plupart des familles occidentales. On encourageait le développement de leur capacité de raisonnement et leur esprit de décision, tandis qu'on assurait la discipline par des signaux verbaux et la moquerie pour corriger un comportement inapproprié [135]. Selon les aînés métis, [traduction] « apprendre à s'occuper d'un enfant est considéré comme un enseignement important. Chaque enfant reçoit un talent unique ou un don particulier... et c'est à chacun d'entre nous qu'il revient d'aider les enfants à explorer et à découvrir leurs talents ou leurs dons » [136]. Les AVVIH/sida qui sont des parents voient en leurs enfants une importante source de force qui donne un sens à leur vie [20] et décrivent [traduction] « l'amour qu'ils ont pour leurs enfants et leur désir de les protéger contre la souffrance; ils ont

souvent peur que leur maladie impose un fardeau indu sur leurs enfants » [19]. La survie des connaissances ancestrales en matière d'éducation des enfants est essentielle pour assurer la résilience et la guérison des peuples autochtones. Comme le disait le chef Wayne Christian, de la nation Splats'in/Secwepemc, [traduction] « nous devons tout faire pour créer un environnement de guérison ancré dans notre culture et nos traditions... Si nous croyons que nos enfants représentent l'avenir, alors l'avenir, c'est maintenant » [138].

4.1.7 Patrimoine biologique et génétique

Il n'existe actuellement aucun élément probant qui démontre que les Autochtones ont une prédisposition génétique accrue aux infections par le VIH. Les résultats d'une étude menée auprès d'Autochtones et de non-Autochtones vivant avec le VIH/sida ont montré que, bien que les participants non autochtones vivaient plus longtemps que les participants autochtones après avoir commencé un traitement antirétroviral hautement actif (HAART), il n'y avait pas de différences raciales dans les réponses au traitement sur le plan physique [139]. Les différences des taux de mortalité chez les Autochtones et les non-Autochtones sont vraisemblablement davantage attribuables à des déterminants non biologiques de la santé, comme les disparités socioéconomiques examinées dans le présent chapitre. Cela dit, il faut approfondir les recherches sur les questions liées à l'incidence de la biologie et de la génétique pour évaluer pleinement leur incidence sur les services de prévention, de diagnostic, de soins, de traitement et de soutien liés au VIH/sida à l'intention des populations autochtones.

4.1.8 Services de santé

Au Canada, la responsabilité des soins de santé pour les Autochtones est partagée entre les administrations fédérale, provinciales et territoriales. Les administrations provinciales et territoriales fournissent des services de santé assurés universels aux résidents à l'intérieur de leurs frontières respectives, tandis que l'administration fédérale s'occupe de la prestation, dans les réserves des

Premières nations et les collectivités inuites, de certains services de santé primaires et d'aiguillage, ainsi que de la promotion de la santé publique, y compris des initiatives visant à accroître les connaissances et la sensibilisation du personnel de la santé, des jeunes, des femmes et des dirigeants communautaires dans les réserves à l'égard du VIH/sida. L'administration fédérale assume également le coût des services de santé non assurés (p. ex. médicaments, soins dentaires, soins de la vue et transport des malades) pour les Indiens inscrits et les Inuits admissibles, ce qui comprend les traitements antirétroviraux destinés aux clients séropositifs. De plus, dans la mesure où les Autochtones sont, dans l'ensemble, touchés de façon disproportionnée par divers problèmes de santé et constituent une population ayant des besoins spéciaux en matière de santé, l'État fédéral prévoit pour eux des programmes de promotion de la santé et d'autres programmes connexes, quel que soit leur statut.

Dans la littérature existante sur le VIH/sida et les déterminants de la santé, on peut lire que le postulat voulant que la plupart des gens aient une foi considérable dans le système de soins de santé et cherchent à se prévaloir de ses services ne s'applique pas à bon nombre des personnes à risque de contracter une infection à VIH ou vivant avec le VIH/sida. En outre, on y affirme que le système de santé est en soi partiellement responsable du piètre état de santé évident de ces populations, car leur accès aux soins et aux traitements dont elles ont besoin est souvent parsemé d'obstacles [3]. Cette situation touche particulièrement les Autochtones, qui font face à des défis de taille en ce qui concerne l'accès aux services de santé, y compris aux soins de santé primaires et spécialisés, les pénuries de médecins et d'infirmières dans les collectivités de petite taille et isolées, et le manque de soins adaptés à la culture [140]. Dans le cas des Indiens non inscrits et des Métis, l'accès aux services liés au VIH/sida est parfois entravé aussi par des obstacles financiers, [traduction] « car une bonne partie des traitements ne sont pas couverts par les régimes d'assurance-médicaments » [69] et ces populations ne sont pas admissibles au Programme des services de santé non assurés.

Comme il en a été question plus haut dans la section sur l'environnement physique, l'accès des Autochtones aux soins de santé est compliqué par l'isolement géographique et la petite taille de bon nombre de leurs collectivités, qui n'ont peut-être pas toutes, les services spécialisés nécessaires pour traiter le VIH/sida. Par conséquent, les AVVIH/sida sont nombreux à devoir quitter leurs collectivités d'attache pour les centres urbains, afin d'y obtenir des traitements et des soins [1;38;65]. En milieu urbain, différents obstacles viennent aussi gêner l'accès des Autochtones aux traitements et aux soins contre le VIH/sida. Dans des études de comparaison entre les Autochtones et les non-Autochtones vivant avec le VIH/sida, on a constaté que les AVVIH/sida étaient moins enclins que les non-Autochtones à consulter leur médecin ou leur spécialiste du VIH [52], à profiter des soins de médecins expérimentés [32;34] et à sortir de l'hôpital contre l'avis des médecins [141].

[traduction] *Je trouve que, quand on est Inuit dans une ville, on vit beaucoup d'isolement, et peu importe ce qui nous inquiète en ce qui a trait à la santé, il est parfois très difficile de faire les premiers pas pour recevoir l'attention médicale dont on a besoin. Quand on vient comme moi d'une petite collectivité, on finit par accepter le manque de services. Même après avoir déménagé dans un centre urbain, je trouve qu'il faut beaucoup de pressions (faute d'un meilleur mot) pour consulter un professionnel de la santé pour les maux les plus courants.*

– Personne inuite [42]

De plus, « dans les petites localités, le stigmate du VIH et la peur de la divulgation peuvent empêcher des personnes autochtones de demander un test du VIH ou des soins pour le VIH. Dans les grands centres, en revanche, les Autochtones peuvent être menés à ne pas demander de soins pour le VIH pour des raisons qui, directement ou non, sont liées à la discrimination et au racisme » [38]. Dans une étude nationale auprès de 195 AVVIH/sida, environ le tiers des participants étaient insatisfaits des soins de santé primaires et des services sociaux parce qu'ils avaient fait l'objet de stigmatisation et de discrimination de la part des fournisseurs de services, ou croyaient en avoir fait l'objet [1]. L'accès aux soins de santé, que

ceux-ci relèvent de la médecine conventionnelle ou soient destinés spécifiquement aux Autochtones, peut être particulièrement compliqué pour les hommes gais, les lesbiennes, les bisexuels, les transgenres et les bispirituels autochtones. En effet, ces personnes font parfois l'objet de discrimination raciale lorsqu'elles veulent obtenir des services de santé destinés à la population en général et aux homosexuels ou transgenres en particulier [27;30], et risquent d'être la cible de l'homophobie des fournisseurs de soins de santé pour les Autochtones [30], ce qui peut rendre l'accès à des soins appropriés contre le VIH/sida ou à d'autres soins de santé encore plus difficile.

[traduction] *C'était le dentiste d'une petite ville il m'a ni plus ni moins dirigé vers un autre médecin. Il dit qu'il ne fait pas affaire avec ce « genre de monde ».*
– Homme autochtone séropositif [22]

Le manque d'accès à des soins appropriés peut avoir des conséquences dévastatrices pour les AVVIH/sida, qui présentent un taux de mortalité accru après un diagnostic de VIH [32] et qui ont moins accès à un traitement médical que les non-Autochtones vivant avec le VIH/sida [33-35]. Une étude menée auprès de 892 Autochtones et non-Autochtones vivant avec le VIH/sida en Colombie-Britannique a révélé que les Autochtones risquaient davantage de mourir du sida sans jamais avoir accès à un traitement antirétroviral que les non-Autochtones vivant avec le VIH/sida [34], même si les médicaments contre le VIH sont distribués gratuitement dans cette province.

Bien que l'utilisation de drogue par injection soit la principale voie de transmission de l'infection à VIH chez les Autochtones, les études semblent indiquer que ceux d'entre eux qui s'injectent des drogues sont moins susceptibles d'accéder à des services de traitement de la toxicomanie que les non-Autochtones [104;142], et sont presque deux fois moins susceptibles de recourir à un traitement de substitution à la méthadone²³ que les non-Autochtones qui s'injectent des drogues [142].

23 On a recours au traitement de substitution par la méthadone pour contrer les effets des symptômes du sevrage des opioïdes (comme l'héroïne) et, ainsi, réduire ou éliminer l'utilisation de drogue par injection [142].

[traduction] *Le fait d'avoir accès à un conseiller autochtone à cette étape de ma vie est très utile, mais si nous avions plus de centres axés sur les Autochtones, cela faciliterait la tâche à beaucoup d'autres personnes séropositives que je connais.*

– Métis séropositif [69]

Les services de soins de santé adaptés à la culture autochtone sont identifiés comme un besoin urgent pour les Premières nations, les Inuits et les Métis [69;96;140]. Tel que nous l'avons mentionné plus haut dans la section sur les habitudes de vie et les capacités d'adaptation personnelles, bon nombre d'AVVIH/sida profitent – ou aimeraient profiter – de services culturels traditionnels dans le cadre d'une démarche holistique visant à leur permettre de s'adapter au VIH/sida et de vivre avec cette maladie. Pour répondre à ce besoin, il est important de noter que, comme les peuples autochtones ne sont pas homogènes culturellement, « la simple dotation de services par des Autochtones et la prestation de matériel spécifique aux Autochtones ne constituent pas, en soi, des programmes adaptés à la différence culturelle... [L]es personnes autochtones ne partagent pas toutes la même histoire et les mêmes croyances culturelles » [1]. Par exemple, les Métis vivant avec le VIH/sida et les travailleurs du secteur des services liés au VIH/sida remarquent qu'il n'y a pas, au Canada, de services indépendants liés au VIH/sida spécifiques aux Métis. [Traduction] « Les services existants incluent les Métis vivant avec le VIH/sida et, dans certaines régions, sont adaptés aux besoins propres à cette population... [mais] les soins et les services de soutien traditionnels pour les Autochtones ne reflètent pas forcément l'identité culturelle métisse » [69]. Les Inuits qui vivent dans certains centres urbains ne se sentent pas nécessairement à l'aise d'aller dans un centre d'amitié autochtone, mais parfois, ils n'ont pas d'organisations culturelles spécifiquement inuites vers qui se tourner pour obtenir un soutien [26]. Les soins culturellement adaptés accessibles aux personnes qui vivent avec le VIH/sida ou à risque de le contracter doivent comprendre des services destinés spécifiquement aux Premières nations, aux Inuits et aux Métis, car les approches visant la population autochtone en général ne reflètent pas les besoins et les réalités propres à ces trois groupes dans le contexte du VIH/sida.

4.1.9 Sexe

Les rôles des hommes et des femmes dans les collectivités autochtones avant les premiers contacts avec les Européens étaient fondés sur les principes de l'égalité [143;144]. Dans son rapport, la Commission royale sur les peuples autochtones note que « dans de nombreuses nations autochtones, les femmes pouvaient elles-mêmes faire la guerre, chasser, être des guérisseuses ou porter des noms ou des titres de chef. Mais elles contribuaient ordinairement au bien-être de la collectivité en assumant les tâches propres à leur rôle d'épouses et de mères. Le fait qu'elles se chargeaient des tâches considérées comme des travaux féminins ne signifiait pas nécessairement que les femmes avaient peu d'influence ou qu'elles occupaient une place inférieure dans la hiérarchie de leur collectivité » [132]. Le colonialisme a eu une incidence considérable sur les rôles assignés aux hommes et aux femmes autochtones, à mesure que les familles et les collectivités ont dû, avec le temps, délaisser leur mode de vie fondé sur la chasse-cueillette ou l'agriculture pour un mode propre aux économies industrielles et urbaines [132]. L'inégalité et la discrimination sexuelle dont font l'objet les femmes autochtones aujourd'hui résultent en grande partie [traduction] « de l'imposition de conceptions européennes de la position sociale de la femme qui ont entraîné la dépossession des droits des femmes autochtones et la dévaluation de leurs rôles dans la société » [26]. Cet héritage a eu des répercussions de taille sur la santé et le bien-être socioéconomique tant des femmes que des hommes autochtones.

Au sein de la population autochtone, près de la moitié (48,1 %) des nouvelles déclarations de résultats positifs au test du VIH concernent des femmes. La situation est différente de celle qui règne dans la population non autochtone, où seulement 20,7 % des déclarations de résultats positifs sont recensées chez les femmes. La principale source d'infection à VIH chez les femmes autochtones est l'utilisation de drogue par injection, suivie des contacts hétérosexuels [81]. Biologiquement, les femmes sont plus susceptibles que les hommes de contracter le VIH par contact vaginal non protégé. Les

écrits sur le VIH/sida soulignent que la vulnérabilité biologique des femmes au VIH est exacerbée par des circonstances sociales et économiques, influencées par le sexe [3]. Dans son étude, Csete note que « le VIH/sida chez les femmes autochtones ne saurait être compris sans une attention à la pauvreté, aux relations de pouvoir entre les sexes, ainsi qu'à la violence et à la discrimination (notamment le racisme systémique dans la provision des services de santé) » [145]. La racine historique de ces maux est le colonialisme [146].

Développement des jeunes enfants

Bon nombre d'hommes et de femmes autochtones sont aux prises avec des facteurs multiples qui accroissent leur vulnérabilité à l'infection par le VIH dont des actes de violence, notamment physique et sexuelle, dans l'enfance. Dans une étude réalisée auprès de 512 jeunes Autochtones de la Colombie-Britannique qui utilisent des drogues illicites (par injection ou autrement), 25 % des participants et 70 % des participantes avaient eu au cours de leur vie des relations sexuelles sans consentement. On a constaté que ce facteur était étroitement lié aux infections à VIH chez les participants à l'étude, hommes et femmes [73]. La violence est un facteur important qui accroît la vulnérabilité des femmes autochtones au VIH [115]. Tant les femmes que les hommes autochtones sont environ trois fois plus susceptibles que les non-Autochtones d'être victimes de violence conjugale; 24 % des femmes autochtones et 18 % des hommes autochtones ont fait l'objet de violence conjugale, contre 7 % et 6 % respectivement chez les non-Autochtones. Parmi les victimes féminines de violence conjugale, une plus forte proportion de femmes autochtones (54 %) que de femmes non-autochtones (37 %) dit avoir fait l'objet de violence grave²⁴ [147].

La violence contribue à la vulnérabilité des femmes autochtones au VIH de façon à la fois directe et indirecte – directement par des relations sexuelles forcées ou obtenus sous la contrainte et, indirectement, par

24 Dans cette étude, les formes de violence graves et susceptibles de mettre la vie en danger comprennent le fait d'avoir été battu, étranglé, menacé ou attaqué avec une arme à feu ou un couteau, et avoir été agressé sexuellement [147].

la limitation de leur capacité à négocier des pratiques sexuelles plus sûres comme l'utilisation du condom [115]. La vulnérabilité des femmes autochtones à la violence et aux abus est reliée à l'héritage historique de la colonisation, y compris aux abus multigénérationnels dans les pensionnats, au racisme et à la manière dont on a, dans l'histoire, représenté les femmes et les fillettes autochtones comme des êtres dont pouvaient disposer sexuellement les hommes [148;149]. La surreprésentation des Autochtones dans les établissements carcéraux et les taux élevés de violence physique et sexuelle dans de nombreuses collectivités autochtones trouvent aussi leur origine dans le legs du colonialisme et la fréquentation des pensionnats, où les valeurs ancestrales et les normes sur les rôles et la sexualité des hommes et des femmes ont été minées [150;151].

Parmi les femmes autochtones, la relation entre l'expérience de relations sexuelles sans consentement et(ou) d'abus sexuel dans l'enfance, et la vulnérabilité au VIH, se manifeste de diverses façons, notamment par l'utilisation de drogue illícite et le commerce du sexe, et le « sentiment d'impuissance [des femmes] dans leurs relations intimes, ce qui les rend incapables de négocier des relations sexuelles plus sécuritaires, même si elles sont consentantes » [146]. Les femmes autochtones qui consomment des drogues illícites (par injection ou autrement) et s'adonnent au commerce du sexe pour survivre sont souvent victimes d'agression sexuelle ou ont été victimes d'abus sexuel dans l'enfance [73;98]. Les femmes qui connaissent la violence sexuelle et physique ont parfois l'impression que leur vie est inutile [115], ce qui augmente les probabilités de comportements à risque comme les relations sexuelles non protégées et l'utilisation de drogue.

[traduction] *Depuis le jour où j'ai appris que j'étais séropositive, c'est comme si enfin. C'est déjà assez embarrassant de dire que j'avais été toxicomane et alcoolique, que je faisais la rue, et tout ça. Maintenant que je suis séropositive, c'est comme : « Hé! T'es une vraie ordure. Va t'asseoir là-bas et ne t'approche pas de nous. Tu ne peux pas t'approcher de mes enfants, sinon ils pourraient l'attraper! ».*

– Femme autochtone séropositive [152]

Commerce du sexe

Comme nous l'avons mentionné plus haut dans la section *Habitudes de vie et capacités d'adaptation personnelles*, les femmes autochtones sont surreprésentées dans le secteur du commerce du sexe de rue visible, et sont plus susceptibles d'être séropositives que les travailleuses du sexe non autochtones [75]. Comme on peut le lire dans l'article de Shannon et coll., la pharmacodépendance et l'omniprésence de la violence dans la vie des travailleuses du sexe atténuent la capacité de ces dernières de décider elles-mêmes des comportements qui leur permettront de réduire le risque de contracter le VIH comme insister sur l'utilisation du condom [106]. Dans une étude réalisée auprès de jeunes utilisateurs autochtones de drogue illícite de la Colombie-Britannique, 70 % des participantes ont déclaré qu'on leur avait déjà fourni de la nourriture ou un abri en échange de faveurs sexuelles, contre moins de 10 % chez les jeunes participants de sexe masculin [73]. La colonisation, le racisme et le sexisme sont d'importants facteurs qui contribuent à faire des femmes autochtones des proies pour les hommes, tant autochtones que non autochtones [148;149;153], expériences qui accroissent la vulnérabilité au VIH de ces dernières dans la mesure où elles compromettent leur capacité à être maîtresses de leurs comportements à risque pour l'acquisition du VIH.

Utilisation de drogue par injection

Chez les Autochtones – hommes et femmes –, la principale source d'infection par le VIH est l'utilisation de drogue par injection. Les personnes qui s'injectent des drogues courent un risque accru d'infection à cause du partage d'aiguilles. Comme nous l'avons évoqué dans la section *Habitudes de vie et capacités d'adaptation personnelles*, certaines études portent à conclure que les Autochtones sont surreprésentés parmi les utilisateurs de drogue par injection [98-101] et plus susceptibles que les utilisateurs non autochtones de contracter le VIH [76;77;102;103]. Les utilisatrices de drogue par injection sont probablement exposées à de plus grands risques liés au VIH/sida du fait qu'elles sont plus susceptibles que les hommes d'avoir besoin d'aide pour s'injecter des drogues [154], ce qui réduit l'influence qu'elles peuvent exercer sur l'utilisation d'aiguilles propres. Bien que l'utilisation de drogue par

injection augmente le risque que court l'utilisateur de contracter le VIH – les probabilités d'exposition au VIH étant accrues par le partage d'aiguilles –, l'utilisation de drogues non injectables (comme le crack destiné à être fumé et l'alcool) expose aussi les utilisateurs au VIH dans la mesure où cette activité diminue leur capacité à s'adonner à des pratiques sexuelles sûres [75].

Gais, lesbiennes, bisexuels, transgenres et bispirituels

[traduction] *Ce type m'a amené là. Il demandait du sexe. J'ai regardé autour de moi et, partout, je voyais des coquerelles. Il m'a dit qu'il n'était pas pédophile [...] qu'il était vraiment un bon gars et qu'il voulait m'aider.*
– Transsexuelle homme-femme [25]

[Je voudrais] des services de soutien où les personnes bispirituelles pourraient aller et être bien accueillies.
– Personne bispirituelle vivant avec le sida [1]

Les gais, lesbiennes, bisexuels, transgenres et bispirituels autochtones sont aussi exposés à des risques accrus en raison de la discrimination homophobe dont ils font l'objet et de leur isolement culturel et(ou) social [29;155], facteurs qui augmentent leur vulnérabilité aux infections par le VIH. Les hommes de ce groupe sont parfois confrontés à [traduction] « l'humiliation familiale et communautaire, à la marginalisation et à l'abus, causés en grande partie par l'homophobie de la communauté autochtone » [7], tandis que les femmes bispirituelles vivant avec le VIH/sida [traduction] « font l'objet d'une stigmatisation supplémentaire du fait qu'on considère qu'elles font partie du groupe le moins à risque (en raison des suppositions à l'égard de leurs activités sexuelles et de leur usage de drogue) » [29]. Les transgenres autochtones doivent parfois composer avec diverses formes de discrimination en raison de leur apparence physique (harcèlement, arrestation, violence, etc.) [155], et avec un accès réduit aux soins de santé [30;155;156]. Dans une étude menée auprès de 75 transgenres au Manitoba et dans le nord-ouest de l'Ontario (dont 27 étaient Autochtones), les taux de souffrance morale et d'utilisation de drogue étaient élevés chez les participants autochtones : 67 % d'entre eux consommaient de l'alcool, 59 % prenaient des médicaments

sur ordonnance comme des antidépresseurs, et 44 % consommaient des drogues illicites comme de la marijuana et de la cocaïne. Quinze pour cent des participants autochtones étaient séropositifs contre 4 % chez les participants transgenres non autochtones, et 8 % des participants autochtones ne connaissaient pas leur état sérologique vis-à-vis du VIH [156].

Maternité

[traduction] *Ce que je constate chez beaucoup de femmes avec qui je discute, c'est qu'elles sont tellement occupées à prendre soin de tout le monde que leurs propres besoins se retrouvent complètement au bas de l'échelle. Que ce soit sur le plan physique, mental, émotif ou spirituel, leur santé et leur bien-être ne comptent pas.*
– Femme membre des Premières nations séropositive [39]

Divers obstacles nuisent à l'accès des femmes autochtones aux tests du VIH et aux soins connexes, notamment [traduction] « des normes culturelles sur la communication aux étrangers des facteurs de risque d'infection par le VIH et des comportements à risque, le manque de motivation ou un état de préparation inadéquat, un sentiment de honte, le manque perçu d'anonymat, la crainte d'un résultat positif au test du VIH et la peur d'être jugées par les membres de leur propre communauté » [43]. Par conséquent, ces femmes subissent le test du VIH plus tard dans l'évolution de l'infection que les femmes non autochtones [43] et risquent donc de ne pas recevoir les soins et le traitement appropriés. Il arrive que les femmes autochtones enceintes retardent ou refusent le test prénatal du VIH par peur des conséquences que pourrait avoir la communication de facteurs de risque comme l'utilisation de drogue illicite, et aussi parce qu'elles craignent de perdre la garde de leurs enfants si ces risques devaient être connus [115;157]. Les recherches semblent indiquer que les taux de natalité sont plus élevés chez les femmes séropositives autochtones que non autochtones [53;158;159]. Comme nous l'avons mentionné au chapitre 3, bien que la vaste majorité des nourrissons autochtones exposés au VIH durant la période périnatale ont depuis été déclarés officiellement séronégatifs, les femmes

autochtones sont surreprésentées parmi les cas de transmission du VIH de la mère à l'enfant [160].

[traduction] *Je pense que beaucoup de femmes ont peur lorsqu'elles apprennent qu'elles sont séropositives, car elles sentent le poids du monde entier sur leurs épaules. Elles sont responsables de leurs enfants, de leur mari, de la maison, de tout.*

– Femme membre des Premières nations séropositive [39]

[traduction] *J'aimerais avoir de l'aide pour garder mes enfants lorsque j'ai des rendez-vous chez le médecin. Il arrive que certaines personnes ne réunissent pas les conditions voulues pour les services de garde, mais qu'elles ne disposent pas des appuis en place nécessaires. Les responsables des programmes de lutte contre le VIH devraient mieux coordonner les rendez-vous pour les enfants et les parents, surtout dans le cas des parents qui habitent à l'extérieur de la ville.*

– Femme autochtone séropositive [157]

Les femmes autochtones vivant avec le VIH/sida font face à des obstacles uniques dus au racisme et à la discrimination sexuelle, et sont [traduction] « plus susceptibles d'être mère célibataire, de vivre sous le seuil de la pauvreté et de devoir veiller à la santé et au bien-être de leurs enfants – et aux leurs – avec des ressources moindres » [161]. Compte tenu de leurs rôles de mères et de pourvoyeuses de soins, les femmes autochtones vivant avec le VIH/sida éprouvent des difficultés particulières à prendre soin de leur famille tout en veillant à leur propre santé et à leur bien-être. Comme le soulignait l'Association des femmes autochtones du Canada, « la capacité de répondre à leurs besoins fondamentaux – logement, alimentation et vêtements – pour elles-mêmes et leurs familles, particulièrement si elles sont le seul soutien de leurs enfants, est une préoccupation fondamentale pour la majorité des femmes autochtones au Canada » [143]. Tel que nous l'avons signalé au chapitre 2, le revenu médian annuel des femmes autochtones est inférieur à celui des hommes autochtones [49]. Les mères autochtones vivant avec le VIH/sida font souvent passer les besoins de leurs enfants en premier,

compromettant ainsi leur capacité à prendre soin de leur propre santé et de leur propre bien-être [20;162]. À cause de l'absence de services de garde, les femmes autochtones se heurtent parfois à des obstacles lorsqu'elles souhaitent avoir accès à des services ou se rendre chez le médecin [20;157].

[traduction] {...} *L'opinion était que, si j'avais fait le choix d'avoir un enfant alors que je me savais séropositive, je devais être traitée différemment d'une victime innocente qui apprenait par hasard qu'elle était atteinte du VIH.*

– Femme membre des Premières nations séropositive [39]

Il arrive que les femmes autochtones vivant avec le VIH/sida soient l'objet d'autres formes de discrimination et de stigmatisation sociale lorsqu'elles décident d'avoir des enfants malgré un diagnostic positif pour le VIH [39;163]. De plus, les mères autochtones vivant avec le VIH/sida « portent un fardeau additionnel, celui des effets psychologiques et sociaux de la discrimination à l'égard de leurs enfants si jamais leur séropositivité devenait un fait connu » [157]. Comme elles s'inquiètent des effets de leur maladie sur le bien-être de leurs enfants, dans certains cas, elles gardent leur diagnostic secret [19]. Par contre, les enfants sont aussi une importante source d'amour et de force pour les mères autochtones vivant avec le VIH/sida, [traduction] « donnant souvent de la valeur et un sens à leur vie. Ces enfants parviennent alors à atténuer les effets de l'infection par le VIH et la dépression » [20].

4.1.10 Pensionnats

Le système des pensionnats du Canada a profondément troublé les vies de milliers de membres des Premières nations, d'Inuits et de Métis, aussi bien ceux qui ont fréquenté ces établissements que leurs parents, leurs enfants, leurs grands-parents et leurs collectivités. L'initiative des pensionnats s'est surtout étalée sur la période entre la fin du XIX^e siècle et 1969 [151], mais le dernier pensionnat public n'a fermé qu'en 1996 [164]. Le système des pensionnats était le produit d'un partenariat entre le gouvernement

fédéral et les Églises catholique romaine, anglicane, unie et autres. Toutes les provinces et tous les territoires comp- taient des pensionnats, sauf l'Île-du-Prince-Édouard et le Nouveau-Brunswick. En 1991, on a estimé que sur les 105 000 des 107 000 anciens des pensionnats encore en vie, 80 % étaient membres des Premières nations, 6 % des Indiens non inscrits, 9 % des Métis et 5 % des Inuits [164].

De toute évidence, la perte de leur culture, leur margina- lisation sociale, les comportements abusifs répétés de génération en génération, les « sentiments de honte, de rage, de méfiance et l'adoption de comportements négatifs d'adaptation comme, entre autres, l'abus de substances psychoactives » [151] contribuent à la vulnérabilité des Autochtones aux infections à VIH [73]. Comme le gou- vernement du Canada l'a indiqué dans les excuses qu'il a présentées pour son rôle dans le système des pension- nats, celui-ci « avait deux principaux objectifs : isoler les enfants et les soustraire à l'influence de leurs foyers, de leurs familles, de leurs traditions et de leur culture, et les intégrer par l'assimilation dans la culture dominante. Ces objectifs reposaient sur l'hypothèse que les cultures et les croyances spirituelles des Autochtones étaient infé- rieures » [165]. Outre les préjudices mentaux, émotifs, spirituels et culturels qu'entraînaient forcément de tels objectifs, de nombreux élèves des pensionnats ont aussi été victimes d'abus physiques, sexuels et psychologiques [164]. Chez de nombreux survivants des pensionnats victimes de ces mauvais traitements [151], on note une mauvaise santé mentale, une faible estime de soi et des problèmes de toxicomanie, autant de facteurs qui augmentent le risque d'infection par le VIH.

L'impact des pensionnats ne s'est pas limité à ceux qui les ont fréquentés, mais s'est répercuté aussi sur leurs enfants et petits-enfants [166] et a donc causé « la trans- mission du traumatisme d'un parent à son enfant, créant ainsi des Survivants intergénérationnels »; certains de ces derniers ne sont pas moins marqués par les séquelles des abus physiques et sexuels de leurs aïeux » [137]. L'impact intergénérationnel des ruptures culturelles et des mauvais traitements infligés aux membres des Premières nations, aux Inuits et aux Métis se fait encore sentir aujourd'hui, comme le rappelle le chef Wayne Christian :

[traduction] *Les conséquences de cette horreur [des pensionnats] sanctionnée par la loi continuent de se manifester dans nos collectivités sous diverses formes : taux de suicide élevés chez les jeunes, VIH/sida, toxicomanie, bouleversements sociaux, discrimination, violations des droits de la personne, enfants pris en charge par l'État et pauvreté. Actuellement, le problème de la consommation de drogues dans les réserves et à l'extérieur préoccupe énormément nos dirigeants. Nombreux sont les jeunes de nos collectivités qui souffrent de toxicomanie, qui sont isolés et qui essaient de composer avec les effets des traumatismes physiques et sexuels transmis de génération en génération [138].*

Une étude menée auprès de 543 jeunes Autochtones (âgés de 14 à 30 ans) qui consomment des drogues injectables ou non injectables a permis d'établir des liens importants entre le fait que les participants avaient au moins un parent qui avait fréquenté les pensionnats, qu'ils avaient eu affaire au système de protection de la jeunesse et qu'ils avaient souffert d'abus sexuels [23]. Les participants à l'étude qui avaient souffert d'abus sexuels étaient aussi plus enclins à avoir développé des infections transmises sexuellement et à participer à des activités les exposant au VIH, notamment le commerce du sexe et le fait d'avoir eu plus de 20 partenaires sexuels dans leur vie [23]. Seize pour cent des participants à une étude réunissant 195 AVVIH avaient fréquenté les pensionnats et presque la moitié (48 %) avait un parent, un grand-parent ou un tuteur qui les avait fréquentés. Environ 22 % de ces par- ticipants estimaient que l'héritage de ces pensionnats avait nuï à leur santé. Les problèmes les plus couramment mentionnés étaient une mauvaise santé mentale en raison d'abus et des comportements à risque plus fréquents, comme des pratiques sexuelles dangereuses et la toxicomanie [1].

Comme nous en avons discuté précédemment dans la section sur le développement sain durant l'enfance, l'in- terdiction culturelle de maltraiter les enfants chez les Premières nations, les Inuits et les Métis a été largement minée dans de nombreuses collectivités par l'héritage intergénérationnel des pensionnats [137]. Toutefois, « une personne peut neutraliser les effets du risque et

promouvoir la résilience, soit en lui-même [sic] ou soit auprès de ses enfants » [137] par des stratégies comme le soutien social, les échanges avec d'autres sur ses expériences, et un renforcement des connections spirituelles et culturelles. Par exemple, [traduction] « les enseignements, les valeurs, les chants et les danses autochtones nourriciers ont prouvé qu'ils pouvaient jouer un rôle majeur dans le rétablissement à la suite d'un traumatisme, parce qu'ils remplacent les sentiments honteux et psychologiquement destructeurs hérités des pensionnats » [60]. Il importe pour les membres des Premières nations, les Inuits et les Métis de pouvoir s'appuyer sur des stratégies culturellement pertinentes pour surmonter l'héritage des pensionnats et ainsi venir à bout de la vulnérabilité des Autochtones au VIH/sida et améliorer la qualité de vie des AVVIH.

4.2 Références

[1] Jackson, R et G. Reimer. *Les personnes autochtones vivant avec le VIH/sida au Canada : questions liées aux soins, au traitement et au soutien* [document Internet], Ottawa, Réseau canadien autochtone du sida, 2008. Accessible sur Internet : http://www.caan.ca/pdf/CAAN_CTS_French_Final.pdf [consulté en juin 2008].

[2] Réseau canadien autochtone du sida. *For Generations to Come: A Look at Aboriginal Resiliency*, Ottawa, RCAS, s.d.

[3] Martin Spigelman Research Associates. *Le VIH/sida et la santé de la population : leçons pour la coordination de l'action et des politiques*, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, janvier 2002.

[4] Bull, R. « Educating Elders », *Bloodlines Magazine*, vol. 6, n° 36 (2005), p. 8.

[5] Banister, E.M. et D.L. Begoray. « A Community of Practice Approach for Aboriginal Girls' Sexual Health Education », *Journal de l'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, vol. 15, n° 4 (2006), p. 168-173.

[6] Gagnon, M., J. Otis, J.J. Levy, G. Godin, F. Caron, M. Dugas, et coll. « Development of the Chî Kayeh Program on Sexual Health for High School Students in the Cree Region (Eeyou Istchee) of Quebec », 16^e Congrès canadien annuel sur la recherche sur le VIH et le SIDA (du 26 au 29 avril 2007 à Toronto), Vancouver, Association canadienne de recherche sur le VIH [site Web], 2007. Accessible sur Internet : http://www.cahr-acrv.ca/english/resources/abstracts_2007/abs.php?abs=P213 [consulté en novembre 2009].

[7] Thoms, J.M. *Leading an Extraordinary Life: Wise Practices for an HIV Prevention Campaign with Two-Spirit Men* [document Internet], Toronto, 2-Spirited People of the 1st Nations, 2007. Accessible sur Internet : <http://www.2spirits.com/Extraordinarylives.pdf> [consulté en août 2008].

[8] Pauktuutit Inuit Women of Canada. *Sheepa's Story* [enregistrement sonore], Ottawa, Pauktuutit Inuit Women of Canada, 2007. Accessible sur Internet : http://www.pauktuutit.ca/hiv/about_us/sheepas_story.html [consulté en novembre 2009].

[9] Assemblée des Premières Nations. *Le défi des jeunes aigles : manuel de formation des pairs éducateurs des jeunes des Premières Nations sur le VIH/sida et diverses questions s'y rapportant* [document Internet], Ottawa, APN, 2004. Accessible sur Internet : <http://www.afn.ca/cmslib/general/Young-Eagles-fr.pdf> [consulté en juin 2008].

[10] Barlow, K., J. Serkiz et A. Fulton. *Circles of Knowledge Keepers: Training Kit for Inuit, Métis and First Nations Offenders as Peer Educators and Counsellors*, Ottawa, Réseau canadien autochtone du sida, 2001.

[11] Réseau canadien autochtone du sida. *Natural Helpers: Aboriginal Peer-Driven Outreach Models*, Vancouver, Réseau canadien autochtone du sida, 2008.

[12] Garriock, J. *A Model for Elder Involvement in HIV/AIDS Prevention Education Within the Yukon Territory*, Ottawa, Réseau canadien autochtone du sida, 2003.

[13] Prentice, T. *Messages de prévention du VIH destinés aux jeunes Autochtones canadiens* [document Internet], Ottawa, Réseau canadien autochtone du sida, 2004. Accessible sur Internet : http://www.caan.ca/french/grfx/resources/publications/Youth_prevent_f.pdf [consulté en juillet 2008].

[14] Majumdar, B.B., T.L. Chambers et J. Roberts. « Community-Based, Culturally Sensitive HIV/AIDS Education for Aboriginal Adolescents: Implications for Nursing Practice », *Journal of Transcultural Nursing*, vol. 15, n° 1 (2004), p. 69-73.

[15] Peltier, D. « A Grandmother's Story: Journey of an HIV Positive Aboriginal Woman », *Bloodlines Magazine*, vol. 8, n°16 (2008), p. 9.

[16] Mill J., L. Keenan et D. Lambert. « Challenging Journeys: Aboriginal Men and Women Adapting to their HIV Diagnosis », 13^e Congrès canadien annuel sur la recherche sur le VIH et le SIDA (du 13 au 16 mai 2004 à Montréal), Vancouver, Association canadienne de recherche sur le VIH [site Web], 2004. Accessible sur Internet : http://www.cahr-acrv.ca/english/resources/abstracts_2004/abs/abs404.htm [consulté en novembre 2009].

[17] Barlow, K., C. Loppie, L. MacLean, M. Akan, R. Jackson et G. Reimer. « "Second Family": Views of Culturally Competent Care Among Aboriginal PHAs in Canada », 16^e Congrès canadien annuel sur la recherche sur le VIH et le SIDA (du 26 au 29 avril 2007 à Toronto), Vancouver, Association canadienne de recherche sur le VIH [site Web], 2007. Accessible sur Internet : http://www.cahr-acrv.ca/english/resources/abstracts_2007/abs.php?abs=0109 [consulté en novembre 2009].

[18] Jackson, R et G. Reimer. *Les personnes autochtones vivant avec le VIH/sida au Canada : questions liées aux soins, au traitement et au soutien* [document Internet], Ottawa, Réseau canadien autochtone du sida, 2008. Accessible sur Internet : http://www.caan.ca/pdf/CAAN_CTS_French_Final.pdf [consulté en juin 2008].

[19] Mill, J.E., D.T. Lambert, K. Larkin, K. Ward et J. N. Harrowing. « Challenging Lifestyles: Aboriginal Men and Women Living with HIV », *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*, vol. 5, n° 2 (2007), p. 151-173.

[20] Jackson, R., R. Cain, T. Prentice, J. Mill, K. Barlow et E. Collins. « Kids... Make Me Stronger: Aboriginal Women Living with HIV/AIDS and the Experience of Depression », 16^e Congrès canadien annuel sur la recherche sur le VIH et le SIDA (du 26 au 29 avril 2007 à Toronto), Vancouver, Association canadienne de recherche sur le VIH [site Web], 2007. Accessible sur Internet : http://www.cahr-acrv.ca/english/resources/abstracts_2007/abs.php?abs=0107 [consulté en novembre 2009].

[21] Zoccole A. *A Study Comparing Aboriginal Two Spirit Men Who Utilize AIDS Service Organizations Compared to Those Who Do Not* [document Internet], Toronto, 2-Spirited People of the 1st Nations, 2005. Accessible sur Internet : http://www.2spirits.com/2spiritsASO_Study.pdf [consulté en août 2008].

[22] Mill J., W. Austin, J. Chaw-Kant, C. Dumont-Smith, N. Edwards, J. Groft, et coll. *The Influence of Stigma on Access to Health Services by Persons Living with HIV Illness* [document Internet], Ottawa, Réseau canadien autochtone du sida, 2007. Accessible sur Internet : http://www.caan.ca/pdf/influence_stigma.pdf [consulté en septembre 2008].

[23] Pearce, M., W.M. Christian, K. Patterson, K. Norris, A. Moniruzzaman, K.J.P. Craib, et coll. « The Cedar Project: Historical Trauma, Sexual Abuse and HIV Risk Among Young Aboriginal People Who Use Injection and Non-Injection Drugs in Two Canadian Cities », *Social Science & Medicine*, vol. 66, n° 11 (2008), p. 2185-2194.

[24] Flicker, S., J. Larkin, C. Smilie-Adjarkwa, J. Restoule, K. Barlow, M. Dagnino, et coll. « It's Hard to Change Something When You Don't Know Where to Start: Unpacking HIV Vulnerability with Aboriginal Youth in Canada », *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*, vol. 5, n° 2 (2007), p. 175-200.

[25] O'Brien, Teengs D. et R. Travers. « La rivière de la vie, les rapides du changement : comprendre la vulnérabilité au VIH des jeunes bispirituels qui s'installent à Toronto », *Revue canadienne de recherche communautaire autochtone sur le VIH/sida*, vol. 1 (2008), p. 17-28.

- [26] Ship S.J. et L. Norton. « HIV/AIDS and Aboriginal Women in Canada », sous la direction de C. Amaratunga et de J. Gahagan, *Striking to the Heart of the Matter: Selected Readings on Gender and HIV* [document Internet], Halifax, Centre d'excellence de l'Atlantique pour la santé des femmes, 2002, p. 47-63. Accessible sur Internet : http://www.acewh.dal.ca/pdf/Striking_to_the_Heart_of_the_Matter.pdf [consulté en août 2008].
- [27] Brotman, S., B. Ryan, Y. Jalbert et B. Rowe. « The Impact of Coming Out on Health and Health Care Access: the Experiences of Gay, Lesbian, Bisexual and Two-Spirit People », *Journal of Health & Social Policy*, vol. 15, n° 1 (2002), p. 1-29.
- [28] Masching, R. *Caring for Ourselves: Culture and Policy in Aboriginal Community-Based AIDS Organizations*, mémoire de maîtrise en travail social, Hamilton, McMaster University, 2003.
- [29] O'Brien, Teengs D. *Two Spirit Women*, 2^e éd., Toronto, 2-Spirited People of the 1st Nations et Stratégie ontarienne de lutte contre le VIH et le sida à l'intention des Autochtones, 2008.
- [30] Brotman, S., B. Ryan, Y. Jalbert et B. Rowe. « Reclaiming Space, Regaining Health: the Health Care Experiences of Two-Spirit People in Canada », *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, vol. 14, n° 1 (2002), p. 67-87.
- [31] Zoccole, A., J. Ristock, K. Barlow et J. Seto. *Réagir à l'homophobie en relation avec le VIH/sida dans les communautés autochtones* [document Internet], Ottawa, Réseau canadien autochtone du sida, 2005. Accessible sur Internet : http://www.caan.ca/pdf/CAAN_homophobia_f.pdf [consulté en juin 2008].
- [32] Lima, V.D. « Aboriginal Status Is a Prognostic Factor for Mortality Among Antiretroviral Naive HIV-Positive Individuals First Initiating HAART », *AIDS Research and Therapy*, vol. 3, n° 14 (2006).
- [33] Wood, E., T. Kerr, A. Palepu, R. Zhang, S.A. Strathdee, M. W. Tyndall, et coll. « Slower Uptake of HIV Antiretroviral Therapy Among Aboriginal Injection Drug Users », *Journal of Infection*, vol. 52, n° 4 (2006), p. 233-236.
- [34] Miller, C.L., P.M. Spittal, E. Wood, K. Chan, M.T. Schechter, J.S.G. Montaner, et coll. « Inadequacies in Antiretroviral Therapy Use Among Aboriginal and Other Canadian Populations », *AIDS Care*, vol. 18, n° 8 (2006), p. 968-976.
- [35] Wood, E., J.S.G. Montaner, M.W. Tyndall, M.T. Schechter, M.V. O'Shaughnessy et R.S. Hogg. « Prevalence and Correlates of Untreated Human Immunodeficiency Virus Type 1 Infection Among Persons Who Have Died in the Era of Modern Antiretroviral Therapy », *Journal of Infectious Diseases*, vol. 188, n° 8 (2003), p. 1164-1170.
- [36] Normén, L., K. Chan, P. Braitstein, A. Anema, G. Bondy, J.S.G. Montanger et coll. « Food Insecurity and Hunger Are Prevalent Among HIV-Positive Individuals in British Columbia, Canada », *The Journal of Nutrition*, vol. 135, n° 4 (2005), p. 820-825.
- [37] Greene, S., D.B. Hintzen, R. Tucker, M. Sobota, J. Koornstra, L. Monette, et coll. « Access and Barriers to Housing for People Living with HIV/AIDS in Ontario: Looking Through the Ethno-racial Population Lens », 16^e Congrès canadien annuel sur la recherche sur le VIH et le sida (du 26 au 29 avril 2007 à Toronto), Vancouver, Association canadienne de recherche sur le VIH [site Web], 2007. Accessible sur Internet : http://www.cahr-acrv.ca/english/resources/abstracts_2007/abs.php?abs=0022 [consulté en novembre 2009].
- [38] de Bruyn, T. *Un plan pour le Canada afin de réduire le stigmate et la discrimination liés au VIH/sida*, Toronto, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2004.
- [39] Ship, S.J. et L. Norton. « "It's Hard to Be a Woman!": First Nations Women Living with HIV/AIDS », *Native Social Work Journal*, vol. 3 (2000), p. 73-89.
- [40] Association canadienne de santé publique. *Au premier plan : le Canada se mobilise contre le VIH/sida (2005-2010)* [document Internet], Ottawa, ACSP, octobre 2005. Accessible sur Internet : http://www.premierplan.ca/pdf/Mini_Leading_Together_web_f-1.pdf [consulté en mai 2008].

[41] Les Associés de recherche Ekos Inc. *Enquête attitudinale auprès des Autochtones sur le VIH/sida*, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2006.

[42] Jamieson, M. *Ajiqijaunnqgiituuq: Addressing the HIV Needs of Inuit in Urban Centres Evaluation Report* [document inédit], Ottawa, Pauktuutit Inuit Women of Canada, mars 2008.

[43] Bucharski, D., L.I. Reutter, L.D. Ogilvie. « You Need to Know Where We're Coming From: Canadian Aboriginal Women's Perspectives on Culturally Appropriate HIV Counselling and Testing », *Health Care for Women International*, vol. 27, n° 8 (2006), p. 723-747.

[44] Katic, R. *Creating Environments That Respect the Privacy and Confidentiality of Aboriginal People Living With HIV/AIDS* [document Internet], Ottawa, Réseau canadien autochtone du sida, 2006. Accessible sur Internet : <http://www.caan.ca/pdf/Privacy%20Doc.pdf> [consulté en juin 2008].

[45] Richmond, C.A.M., N.A. Ross et G.M. Egeland. « Social Support and Thriving Health: A New Approach to Understanding the Health of Indigenous Canadians », *American Journal of Public Health*, vol. 97, n° 9 (2007), p. 1827-1833.

[46] Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. *Pour un avenir en santé : deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*, Ottawa, Santé Canada, septembre 1999.

[47] Statistique Canada. *Portrait de la scolarité au Canada, Recensement de 2006 : résultats* [document Internet], Ottawa, Statistique Canada, 2008. Accessible sur Internet : <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/as-sa/97-560/index-fra.cfm?> [consulté en janvier 2009].

[48] Statistique Canada. *L'évolution de la population active au Canada, Recensement de 2006* [document Internet], Ottawa, Statistique Canada, 2009. Accessible sur Internet : <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/as-sa/97-559/index-fra.cfm?> [consulté en janvier 2009].

[49] Statistique Canada. *Statistiques du revenu en dollars constants (2005), groupes d'âge, identité autochtone, statut d'Indien inscrit et ascendance autochtone, plus haut certificat, diplôme ou grade et sexe pour la population de 15 ans et plus ayant un revenu, pour le Canada, les provinces et les territoires, 2000 et 2005 – données-échantillon (20 %)* (no 97-563-XCB200608 au catalogue) [document Internet], Ottawa, Statistique Canada, décembre 2008. Accessible sur Internet : <http://www12.statcan.ca/francais/census06/data/topics/Print.cfm?PID=96254&GID=614135&D1=0&D2=0&D3=0&D4=0&D5=0&D6=0> [consulté en janvier 2009].

[50] Chapman, A. *Perspective économique sur le risque* [document Internet], Ottawa, Société canadienne du sida, 2004. Accessible sur Internet : [http://www.cdn aids.ca/web/is.nsf/pages/is.0017---Fre/\\$file/Perspective%20économique%20sur%20le%20risque.pdf](http://www.cdn aids.ca/web/is.nsf/pages/is.0017---Fre/$file/Perspective%20économique%20sur%20le%20risque.pdf) [consulté en février 2009].

[51] Chapman, A. *L'impact de la pauvreté dans la vie d'une personne vivant avec le VIH* [document Internet], Ottawa, Société canadienne du sida, 2004. Accessible sur Internet : [http://www.cdn aids.ca/web/is.nsf/pages/is.0017---Fre/\\$file/Limpact%20de%20la%20pauvreté%20dans%20la%20vie%20dune%20personne%20vivant%20avec%20le%20VIH.pdf](http://www.cdn aids.ca/web/is.nsf/pages/is.0017---Fre/$file/Limpact%20de%20la%20pauvreté%20dans%20la%20vie%20dune%20personne%20vivant%20avec%20le%20VIH.pdf) [consulté en février 2009].

[52] Monette, L., S.B. Rourke, R. Tucker, S. Greene, M. Sobota, J. Koornstra, et coll. « Disparities in Health Outcomes and Social Determinants of Health Between Aboriginal and Caucasian People Living with HIV/AIDS in Ontario », OHTN Research Conference (13 et 14 novembre 2008 à Toronto), Toronto, Ontario HIV Treatment Network, 2008.

[53] Ogilvie, G.S., E. Maan, A. Palepu, V. Remple, K. Heath, G. MacDonald, et coll. « Fertility Intentions and Reproductive Health Concerns in Aboriginal HIV Positive Women in British Columbia », 14^e Congrès canadien annuel sur la recherche sur le VIH et le SIDA (du 12 au 15 mai 2005 à Vancouver), Vancouver, Association canadienne de recherche sur le VIH [site Web], 2005. Accessible sur Internet : http://www.cahr-acrv.ca/english/resources/abstracts_2005/abs/313.htm [consulté en novembre 2009].

- [54] Wood, E., J.S.G. Montaner, M.W. Tyndall, M.T. Schechter, M.V. O'Shaughnessy et R.S. Hogg. « Prevalence and Correlates of Untreated Human Immunodeficiency Virus Type 1 Infection Among Persons Who Have Died in the Era of Modern Antiretroviral Therapy », *Journal of Infectious Diseases*, vol. 188, n° 8 (2003), p. 1164-1170.
- [55] Stajduhar, K.I., E. Lindsey et L. McGuinness. « A Qualitative Evaluation of an HIV/AIDS Respite Care Service in Vancouver, Canada », *Evaluation and the Health Professions*, vol. 25, no 3 (2002), p. 321-344.
- [56] Auld, M.C. « Disentangling the Effects of Morbidity and Life Expectancy on Labor Market Outcomes », *Health Economics*, vol. 11, n° 6 (2002), p. 471-483.
- [57] Maticka Tyndale E., B.D. Adam et J.J. Cohen. « To Work or Not to Work: Combination Therapies and HIV », *Qualitative Health Research*, vol. 12, n° 10 (2002), p. 1353-1372.
- [58] Statistique Canada. Identité autochtone, région de résidence, groupes d'âge et de sexe pour la population, pour le Canada, les provinces et les territoires, Recensement de 2006 – données-échantillon (20 %) (no 97-558-XCB2006006 au catalogue), Ottawa, Statistique Canada, 2006.
- [59] Tenenbein, S. « Your Best Protection Is Your Behaviour », *Bloodlines Magazine*, no 8 (2008), p. 37-39.
- [60] Mehrabadi, A., K.J.P. Craib, K. Patterson, W. Adam, A. Moniruzzaman, B. Ward-Burkitt, et coll. « The Cedar Project: A Comparison of HIV-Related Vulnerabilities Amongst Young Aboriginal Women Surviving Drug Use and Sex Work in Two Canadian Cities », *International Journal of Drug Policy*, vol. 19, n° 2 (2008), p. 159-168.
- [61] Callaghan, R.C., J. Tavares et L. Taylor. « Mobility Patterns of Aboriginal Injection Drug Users Between On- and Off-Reserve Settings in Northern British Columbia, Canada », *International Journal of Circumpolar Health*, vol. 66, n° 3 (2007), p. 241-247.
- [62] Reynolds, R.F. et H. Kudluk. « Inuit and HIV: An Assessment of Programs and Services and Perspectives about Capacities and Gaps with Respect to Meeting the Needs of Inuit in Northern Communities », 14^e Congrès canadien annuel sur la recherche sur le VIH et le SIDA (du 12 au 15 mai 2005), Vancouver, Association canadienne de recherche sur le VIH [site Web], 2005. Accessible sur Internet : http://www.cahr-acrv.ca/english/resources/abstracts_2005/abs/385.htm [consulté en novembre 2009].
- [63] Reynolds, A. « The Canadian Inuit HIV/AIDS network: Uniting Canada's Inuit in the Fight against HIV/AIDS », 15^e Conférence internationale sur le sida (du 11 au 16 juillet 2004), Bangkok, 2004.
- [64] Healey, S., D. Plaza, A. Qayyum, L. Porter, K. Kablutsiak et C. Séguin. *Nunavut Report on Comparable Health Indicators* [document Internet], Iqaluit, ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut, 2004. Accessible sur Internet : <http://www.gov.nu.ca/health/PIRCenglishlow.pdf> [consulté en novembre 2008].
- [65] Pauktuutit Inuit Women of Canada. « Sexual Health in Inuit Communities », Sommet national des femmes autochtones (du 20 au 22 juin 2007 à Corner Brook), St. John's, gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador [site Web], 2007. Accessible sur Internet : <http://www.laa.gov.nl.ca/laa/naws/pdf/Sexual-Health.pdf> [consulté en juin 2008].
- [66] Rattner, M. et K. Peterson. « Breaking New Ground: The Aboriginal HIV/AIDS Attitudinal Survey 2006 », 16^e Congrès canadien annuel sur la recherche sur le VIH et le SIDA (du 26 au 29 avril 2007 à Toronto), Vancouver, Association canadienne de recherche sur le VIH [site Web], 2007. Accessible sur Internet : http://www.cahr-acrv.ca/english/resources/abstracts_2007/abs.php?abs=P300 [consulté en novembre 2009].

- [67] Sobota, M., R. Tucker, S. Greene, J. Koornstra, L. Monette, D. Geunter, et coll. « Use and Perceived Needs of Access to a Family Doctor for People Living with HIV/AIDS in Ontario: Relationship to Sociodemographics and the Social Determinants of Health », 16^e Congrès canadien annuel sur la recherche sur le VIH et le SIDA (du 26 au 29 avril 2007 à Toronto), Vancouver, Association canadienne de recherche sur le VIH [site Web], 2007. Accessible sur Internet : http://www.cahr-acrv.ca/english/resources/abstracts_2007/abs.php?abs=P306 [consulté en novembre 2009].
- [68] Vizina, Y. *À l'appui des besoins des Métis : pour des communautés et des personnes en santé dans le contexte du VIH/sida* [document Internet], Ottawa, Réseau canadien autochtone du sida, 2005. Accessible sur Internet : http://www.caan.ca/pdf/Supporting_Metis_Needs_fr.pdf [consulté en août 2008].
- [69] Barlow, K., G. Reimer et T. Stratton. *Background Paper: HIV/AIDS Issues Affecting Métis in Canada*, Ottawa, Réseau canadien autochtone du sida, 2006.
- [70] Laird, G. *Homelessness in a Growth Economy: Canada's 21st Century Paradox* [document Internet], Calgary, Sheldon Chumir Foundation for Ethics in Leadership, 2007. Accessible sur Internet : <http://www.chumirethicsfoundation.ca/files/pdf/SHELTER.pdf> [consulté en septembre 2008].
- [71] Institut canadien d'information sur la santé. *Améliorer la santé des Canadiens : santé mentale et itinérance* [document Internet], Ottawa, ICIS, 2007. Accessible sur Internet : http://secure.cih.ca/cihiweb/products/mental_health_report_aug22_2007_f.pdf [consulté en octobre 2008].
- [72] Gouvernement du Nunavut. *Nunavut Ten-Year Inuit Housing Action Plan*, Nunavut, Société d'habitation du Nunavut et Nunavut Tunngavik Inc., 2004.
- [73] Spittal P.M., K.J.P. Craib, M. Teegee, C. Baylis, W.M. Christian, A.K.M. Moniruzzaman, et coll. « The Cedar Project: Prevalence and Correlates of HIV Infection Among Young Aboriginal People Who Use Drugs in Two Canadian Cities », *International Journal of Circumpolar Health*, vol. 66, n° 3 (2007), p. 226-240.
- [74] Farley, M., J. Lynn et A.J. Cotton. « Prostitution in Vancouver: Violence and the Colonization of First Nations Women », *Transcultural Psychology*, vol. 42, n° 2 (2005), p. 242-271.
- [75] Shannon, K., V. Bright, K. Gibson et M.W. Tyndall. « Sexual and Drug-Related Vulnerabilities for HIV Infection Among Women Engaged in Survival Sex Work in Vancouver, Canada », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 98, n° 6 (novembre 2007), p. 465-469.
- [76] Craib, K.J.P., P.M. Spittal, E. Wood, N. Laliberté, R.S. Hogg, K. Li, et coll. « Risk Factors for Elevated HIV Incidence Among Aboriginal Injection Drug Users in Vancouver », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 168, n° 1 (7 janvier 2003), p. 19-24.
- [77] Miller, C.L., S.A. Strathdee, P.M. Spittal, T. Kerr, K. Li, M.T. Schechter, et coll. « Elevated Rates of HIV Infection Among Young Aboriginal Injection Drug Users in a Canadian Setting », *Harm Reduction Journal*, vol. 3 (2006).
- [78] Service correctionnel du Canada. Données préliminaires du Système de surveillance des maladies infectieuses (SSMI), non publiées, Ottawa, Service correctionnel du Canada, Direction de la santé publique, 2009.
- [79] Réseau juridique canadien VIH/sida. *Temps dur : programmes de prévention du VIH et du VHC pour les détenus au Canada*, Toronto, RJCVS, 2007.
- [80] George, N.G.M.L. « Traditional and Cultural Healing for HIV Positive Aboriginal Prisoners », dans Murphy S., directeur, *Pros and Cons: A Guide to Creating Successful Community-Based HIV/AIDS Programs for Prisoners* [document Internet], Toronto, Prisoners' HIV/AIDS Support Action Network, 2002. p. 158. Accessible sur Internet : http://www.pasan.org/Publications/Pros_&_Cons_Guide_02.pdf [consulté en juillet 2008].

[81] Agence de la santé publique du Canada. *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida, novembre 2007* [document Internet], Ottawa, ASPC, Division de la surveillance et de l'évaluation, 2007. Accessible sur Internet : http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/epi/pdf/epi2007_f.pdf [consulté en novembre 2009].

[82] Smith, J.M., F. Bouchard, A. Sierolawski et E. Ellis. « Screening for HIV and HCV Among New Admissions to CSC », conférence annuelle de l'Association canadienne de santé publique (du 16 au 19 septembre 2007 à Ottawa), Ottawa, ACSP, 2007.

[83] Moore, J.P. et S. Trevethan. « Profil des délinquants métis, inuits et des Premières nations incarcérées dans les établissements fédéraux », *Forum – recherche sur l'actualité correctionnelle*, vol. 14, n° 3 (septembre 2002). Accessible sur Internet : <http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/forum/e143/e143ind-fra.shtml> [consulté en mars 2009].

[84] Robinson, D. et L. Mirabelli. *Résumé des constatations du Sondage national auprès des détenus réalisé en 1995 par le SCC* [document Internet], Ottawa, Service correctionnel du Canada, 1996. Accessible sur Internet : <http://www.csc-scc.gc.ca/text/rsrch/briefs/b14/b14e-fra.shtml#t8> [consulté en mars 2009].

[85] DiCenso, A., G. Dias et J. Gahagan. *Unlocking Our Futures: A National Study on Women, Prisoners, HIV and Hepatitis C* [document Internet], Toronto, Prisoners' HIV/AIDS Support Action Network, 2003. Accessible sur Internet : http://www.pasan.org/Publications/Unlocking_Our_Futures.pdf [consulté en juin 2008].

[86] Martin, R.E., F. Gold, W. Murphy, V. Remple, J. Berkowitz, D. Money. « Drug Use and Risk of Bloodborne Infections: A Survey of Female Prisoners in British Columbia », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 96, n° 2 (2005), p. 97-101.

[87] Service correctionnel du Canada. *Surveillance des maladies infectieuses dans les pénitenciers fédéraux canadiens 2002-2004*, Ottawa, SCC, Direction de la santé publique, 2004.

[88] Moloughney, B. « A Health Care Needs Assessment of Federal Inmates », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 95 (2004), suppl. 1, p. 9-63.

[89] Comité sur la gouvernance de l'information des Premières Nations. *Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002/2003 : résultats de l'enquête sur les enfants, les jeunes et les adultes dans les communautés de Premières Nations* [document Internet], Ottawa, Assemblée des Premières Nations, 2007. Accessible sur Internet : www.rhs-ers.ca [consulté en février 2009].

[90] « HIV: "Just Go Get Tested" » [dépliant], Ottawa, [projet de recherche] Diagnosis and Care of HIV Infection in Canadian Aboriginal Youth, avril 2008.

[91] Marshall, B.D.L., T. Kerr, C. Livingstone, K. Li, J.S.G. Montaner et E. Wood. « High Prevalence of HIV Infection among Homeless and Street-Involved Aboriginal Youth in a Canadian Setting », *Harm Reduction Journal*, vol. 5, n° 35 (2008).

[92] Anderson, K. *Tenuous Connections: Urban Aboriginal Youth Sexual Health and Pregnancy*, Toronto, The Ontario Federation of Indian Friendship Centres, 2002.

[93] Shercliffe, R.J., M. Hampton, K. McKay-McNabb, B. Jeffery, P. Beattie et B. McWatters. « Cognitive and Demographic Factors that Predict Self-Efficacy to Use Condoms in Vulnerable and Marginalized Aboriginal Youth », *Canadian Journal of Human Sexuality*, vol. 16, nos 1-2 (2007), p. 45-56.

[94] Agence de la santé publique du Canada. *Rapport de surveillance canadien 2004 sur les infections transmises sexuellement*, Ottawa, ASPC, 2007.

[95] Cole, M. « Youth Sexual Health in Nunavut: a Needs-Based Survey of Knowledge, Attitudes and Behaviour », *International Journal of Circumpolar Health*, vol. 63, suppl. 2 (2003), p. 270-273.

- [96] Pauktuutit Inuit Women of Canada. *Action in Inuit Communities: What Does It Take?* [document Internet], Ottawa, PIWC, 2006. Accessible sur Internet : http://www.pauktuutit.ca/hiv/downloads/Reports/Action_In_Inuit_Communities-Eng.pdf [consulté en juin 2008].
- [97] Steenbeek, A., M. Tyndall, R. Rothenberg et S. Sheps. « Determinants of Sexually Transmitted Infections among Canadian Inuit Adolescent Populations », *Public Health Nursing*, vol. 23, n° 6 (2006), p. 531-534.
- [98] Miller, C.L. « Females Experiencing Sexual and Drug Vulnerabilities Are at Elevated Risk for HIV Infection among Youth Who Use Injection Drugs », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 30, n° 3 (2002), p. 335-341.
- [99] O'Connell, J.M., T.M. Lampinen, A.E. Weber, K. Chan, M.L. Miller, M.T. Schechter, et coll. « Sexual Risk Profile of Young Men in Vancouver, British Columbia, Who Have Sex with Men and Inject Drugs », *AIDS and Behavior*, vol. 8, n° 1(2004), p. 17-23.
- [100] Hennink, M., Z. Abas, Y. Choudhri, T. Diener, K. Lloyd, C. Archibald, et coll. « Comportements à risque de contracter le VIH et le virus de l'hépatite C chez les utilisateurs de drogues par injection à Regina (Saskatchewan) », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. 33, n° 5 (2007), p. 53-59.
- [101] Spittal, P.M., R.S. Hogg, K. Li, K.J. Craib, M. Recsky, C. Johnston, et coll. « Drastic Elevations in Mortality among Female Injection Drug Users in a Canadian Setting », *AIDS Care*, vol. 18, n° 2 (2006), p. 101-108.
- [102] Tyndall, M.W., E. Wood, R. Zhang, C. Lai, J.S.G. Montaner, T. Kerr. « HIV Seroprevalence among Participants at a Supervised Injection Facility in Vancouver, Canada: Implications for Prevention, Care and Treatment », *Harm Reduction Journal*, vol. 3, n° 36 (2006).
- [103] Wood, E., J.S.G. Montaner, K. Li, R. Zhang, L. Barney, S.A. Strathdee, et coll. « Burden of HIV Infection among Aboriginal Injection Drug Users in Vancouver, British Columbia », *American Journal of Public Health*, vol. 98, n° 3 (2008), p. 515-519.
- [104] Wood, E., K. Li, A. Palepu, D.C. Marsh, M.T. Schechter, R.S. Hogg, et coll. « Sociodemographic Disparities in Access to Addiction Treatment among a Cohort of Vancouver Injection Drug Users », *Substance Use & Misuse*, vol. 40, n° 8 (2005), p. 1153-1167.
- [105] Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances. « Qu'est-ce que le crystal meth? » [document Internet], *Le voyageur*, n° 6 (octobre 2008), p. 2-10. Accessible sur Internet : <http://www.nnapf.org/sites/default/files/en/2009/04/traveller-issue-6.pdf> [consulté en janvier 2010].
- [106] Shannon, K., T. Kerr, S. Allinott, J. Chettiar, J. Shoveller et M.W. Tyndall. « Social and Structural Violence and Power Relations in Mitigating HIV Risk of Drug-Using Women in Survival Sex Work », *Social Science & Medicine*, vol. 66, n° 4 (février 2008), p. 911-921.
- [107] Shannon, K., M. Rusch, J. Shoveller, D. Alexson, K. Gibson et M.W. Tyndall. « Mapping Violence and Policing as an Environmental-Structural Barrier to Health Service and Syringe Availability among Substance-Using Women in Street-Level Sex Work », *International Journal of Drug Policy*, vol. 19, n° 2 (avril 2008), p. 140-147.
- [108] Mill, J.E., R.C. Jackson, C.A. Worthington, C.P. Archibald, T. Wong, T. Myers, et coll. « HIV Testing and Care in Canadian Aboriginal Youth: a Community Based Mixed Methods Study », *BioMed Central Infectious Diseases*, vol. 8, n° 132 (2008).
- [109] Moniruzzaman, A., K.J.P. Craib, M.T. Schechter et P.M. Spittal. « HIV Testing Patterns and Factors Associated with Testing among Aboriginal Youth that Use Injection and Non-Injection Drugs », 15^e Congrès canadien annuel sur la recherche sur le VIH et le SIDA (du 25 au 27 mai 2006 à Québec), Vancouver, Association canadienne de recherche sur le VIH [site Web], 2006. Accessible sur Internet : http://www.cahr-acrv.ca/english/resources/abstracts_2006/abs/303.htm [consulté en novembre 2009].

[110] Tarasuk, J., Y. Choudhri, M. Fyfe, M. Hennick, P. Millson, C. Morissette, et coll. « Time since Last HIV Test and Associated Factors among People who Inject Drugs: Results from a Population Survey », 16^e Congrès canadien annuel sur la recherche sur le VIH et le SIDA (du 26 au 29 avril 2007 à Toronto), Vancouver, Association canadienne de recherche sur le VIH [site Web], 2007. Accessible sur Internet : http://www.cahr-acrv.ca/english/resources/abstracts_2007/abs.php?abs=0043 [consulté en novembre 2009].

[111] Mill, J., R. Jackson, C. Worthington, T. Myers, C. Archibald et T. Wong. « HIV Testing Decisions and Experiences in Canadian Aboriginal Youth », 14^e congrès annuel canadien sur la recherche sur le VIH/sida (12-15 mai 2005 à Vancouver), Vancouver, Association canadienne de recherche sur le VIH [site Web], 2005. Accessible sur Internet : http://www.cahr-acrv.ca/english/resources/abstracts_2005/abs/378.htm [consulté en novembre 2009].

[112] Archibald, C., T. Prentice, J. Mill, R. Jackson, C. Worthington, T. Wong et coll. *HIV Testing and Access to Care: the Experiences of Canadian Aboriginal Youth*, Ottawa, Réseau canadien autochtone du sida [site Web], 2006. Accessible sur Internet : http://www.caan.ca/pdf/Access_to_care_9_Aug_2006_v3.pdf [consulté en juillet 2008].

[113] Worthington, C., R. Jackson, J. Mill, T. Prentice, C. Archibald, T. Wong et coll. « A Little Too Cold: Aboriginal Youth Speak About the Experience of HIV Testing », 15^e congrès annuel canadien sur la recherche sur le VIH/sida (25-27 mai 2006 à Québec), Vancouver, Association canadienne de recherche sur le VIH [site Web], 2006. Accessible sur Internet : http://www.cahr-acrv.ca/english/resources/abstracts_2006/abs/437.htm [consulté en novembre 2009].

[114] Wang, F.L., B. Larke, S. Gabos, A. Hanrahan, D. Schopflocher. « Potential Factors That May Affect Acceptance of Routine Prenatal HIV Testing », *Revue canadienne de santé publique = Canadian Journal of Public Health*, vol. 96, no 1 (2005), p. 60-64.

[115] Prentice, T. *Les femmes, les enfants et les familles autochtones face au VIH/sida : énoncé de principes*, Ottawa, Réseau canadien autochtone du sida, 2004.

[116] McKay-McNabb, K. « Expériences vécues par les femmes vivant avec le VIH/sida », *Revue canadienne de recherche communautaire autochtone sur le VIH/sida*, vol. 1 (2006), p. 5-16.

[117] Larkin, J., S. Flicker, R. Koleszar-Green, S. Mintz, M. Dagnin et C. Mitchell. « HIV Risk, Systemic Inequities, and Aboriginal Youth: Widening the Circle for HIV Prevention Programming », *Revue canadienne de santé publique = Canadian Journal of Public Health*, vol. 98, no 3 (2007), p. 179-182.

[118] McLeod, A. « Tour de roue : La roue de médecine et le VIH/sida », *Vision positive*, vol. 6, no 4 (2004), p. 14-16.

[119] Clarke, J.N., D.B. Friedman et L. Hoffman-Goetz. « Canadian Aboriginal People's Experiences with HIV/AIDS as Portrayed in Selected English Language Aboriginal Media (1996-2000) », *Social Science & Medicine*, vol. 60, no 10 (2005), p. 2169-2180.

[120] Pawluch, D., R. Cain et J. Gillett. « Lay Constructions of HIV and Complementary Therapy Use », *Social Science & Medicine*, vol. 51 (2000), p. 251-264.

[121] Barlow, J.K., C.L. Reading, M. Akan, R. Jackson et L. MacLean. « Soins relationnels » - *Guide des soins de santé et de soutien à l'intention des Autochtones aux prises avec le VIH/sida*, Ottawa, Réseau canadien autochtone du sida, 2008.

[122] McLeod, A. « As the Wheel Turns: the HIV/AIDS Medicine Wheel », *Bloodlines Magazine*, n^o 6 (2005), p. 22-24.

[123] Lyons, L et D. Nambiar. *Un guide pratique des thérapies complémentaires pour les personnes vivant avec le VIH*, Toronto, Réseau canadien d'info-traitements sida, 2004.

[124] Jackson, R. et L. Monette. « The Cultural Divide: a Comparison of Use/need and Barriers (Traditional Wellness Approaches vs Primary Health Care) for Aboriginal people living with HIV/AIDS », 14^e congrès annuel canadien sur la recherche sur le VIH/sida (12-15 mai 2005 à Vancouver), Vancouver, Association canadienne de recherche sur le VIH [site Web], 2005. Accessible sur Internet : http://www.cahr-acrv.ca/english/resources/abstracts_2005/abs/386.htm [consulté en novembre 2009].

[125] George, A. « Personal Wellness Plans: Achieving a Balanced Lifestyle », *Bloodlines Magazine*, vol. 1 (2004), p. 27-28.

[126] McCue, D. « HIV/AIDS and Traditional and Western Medicine: a Path to Understanding », *Bloodlines Magazine*, vol. 8 (2008), p. 48-49.

[127] Gottfreidson, G. « Palliative Care: This Can't Happen to My Family! » *Bloodlines Magazine*, vol. 8 (2008), p. 40-44.

[128] Perreault, Y. *The Presence of Absence: the Effect of HIV Sero-status on the Bereavement Experiences of Long-term Survivors of Multiple AIDS-related Losses* [document Internet], Toronto, AIDS Bereavement Project of Ontario, avril 2007. Accessible sur Internet : <http://www.abpo.org/images/uploads/Presence%20of%20Absence.pdf> [consulté en mars 2009].

[129] Formsma, J., et K. Formsma. « Learning to Be Healthy: an Aboriginal Youth Perspective », *Paediatrics & Child Health*, vol. 10, no 9 (2005), p. 531.

[130] Statistique Canada. *Peuples autochtones du Canada en 2006 : Inuits, Métis et Premières nations, Recensement de 2006 : résultats* [document Internet], Ottawa, Statistique Canada, janvier 2008. Accessible sur Internet : <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/as-sa/97-558/index-fra.cfm?> [consulté en juillet 2008].

[131] Farris-Manning, C., et M. Zandstra. *Children in Care in Canada: a Summary of Current Issues and Trends with Recommendations for Future Research* [document Internet], Ottawa, Child Welfare League of Canada, 2003. Accessible sur Internet : http://www.nationalchildrensalliance.com/nca/pubs/2003/Children_in_Care_March_2003.pdf [consulté en septembre 2008].

[132] Gouvernement du Canada. *Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones* [document Internet], Ottawa, Affaires indiennes et du Nord Canada, 1996. Accessible sur Internet : <http://www.ainc-inac.gc.ca/ap/rrc-fra.asp> [consulté en mars 2009].

[133] Spittal, P.M., K. Craib, L. Medd, L. Barney, C. Baylis et M.T. Schechter. « Understanding the Relationship Between Childhood Foster Care and HIV Vulnerability Among Aboriginal Youth That Use Injection and Non-injection Drugs ». 14^e congrès annuel canadien sur la recherche sur le VIH/sida (12-15 mai 2005 à Vancouver), Vancouver, Association canadienne de recherche sur le VIH [site Web], 2005. Accessible sur Internet : http://www.cahr-acrv.ca/english/resources/abstracts_2005/abs/301.htm [consulté en novembre 2009].

[134] Trevethan, S., J. P. Moore, S. Auger, M. MacDonald et J. Sinclair. « Les expériences vécues durant l'enfance influent sur le comportement des délinquants autochtones », *Forum – Recherche sur l'actualité correctionnelle*, vol 14, no 3 (septembre 2002). Accessible sur Internet : <http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/forum/e143/e143ind-fra.shtml> [consulté en mars 2009].

[135] Pauktuutit Inuit Women of Canada. *The Inuit Way* [document Internet], Kuujuaq, Pauktuutit Inuit Women of Canada, 2006. Accessible sur Internet : http://www.pauktuutit.ca/pdf/publications/pauktuutit/InuitWay_e.pdf [consulté en janvier 2009].

[136] Centre Métis, Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA). *In the Words of Our Ancestors: Métis Health and Healing* [document Internet], Ottawa, Organisation nationale de la santé autochtone, 2008. Accessible sur Internet : http://www.naho.ca/metiscentre/english/documents/TK_IntheWordsofOurAncestorsMetisHealthandHealing.pdf [consulté en janvier 2009].

- [137] Stout, M.D., et G. Kipling. *Peuples autochtones, résilience et séquelles du régime des pensionnats*, Ottawa, Fondation autochtone de guérison, 2003.
- [138] Christian, W.M. et P.M. Spittal. « The Cedar Project: Acknowledging the Pain of Our Children », *The Lancet*, vol. 372 (27 septembre 2008), p. 1132-1133.
- [139] Lima, V.D., P. Kretz, A. Palepu, S. Bonner, T. Kerr, D. Moore, et coll. « Aboriginal Status is a Prognostic Factor for Mortality Among Antiretroviral Naive HIV-positive Individuals First Initiating HAART », *AIDS Research and Therapy*, vol. 3 (2006), p. 14.
- [140] Fontaine, P. « Foreword from the Assembly of First Nations », Ottawa. *Revue canadienne de santé publique = Canadian Journal of Public Health*, vol. 96, supplément 1 (2005), p. S6.
- [141] Chan, A.C.H., A. Palepu, D.P. Guh, H.Y. Sun, M.T. Schechter, M.V. O'Shaughnessy et coll. « HIV-positive Injection Drug Users Who Leave the Hospital Against Medical Advice: the Mitigating Role of Methadone and Social Support », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 35, no 1 (2004), p. 56-59.
- [142] Kerr, T., D. Marsh, K. Li, J. Montaner, E. Wood. « Factors Associated with Methadone Maintenance Therapy Use Among a Cohort of Polysubstance Using Injection Drug Users in Vancouver », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 80, no 3 (2005), p. 329-335.
- [143] Association des femmes autochtones du Canada. *Les déterminants sociaux de la santé et les femmes autochtones du Canada* [document Internet], Ottawa, Association des femmes autochtones du Canada, 2007. Accessible sur Internet : http://www.nwac-hq.org/fr/documents/F_NWAC_WHO_CSDH_Submission2007_06_04_For_Approval1.pdf [consulté en septembre 2008].
- [144] Flynn, L. *Aboriginal Women and HIV/AIDS: Gender Sensitive Considerations for Policy and Program Development*, Bureau pour la santé des femmes et l'analyse comparative entre les sexes, Santé Canada [ouvrage non publié], 2005.
- [145] Csete, J. « Vecteurs, véhicules et victimes » : *le VIH/sida et les droits humains des femmes au Canada* [document Internet], Toronto, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2005. Accessible sur Internet : <http://www.aidslaw.ca/publications/publication-sdocEN.php?ref=527> [consulté en août 2008].
- [146] Prentice, T. « Des taux alarmants de VIH-sida chez les femmes autochtones du Canada : la stratégie nationale se fait attendre », *Le Réseau canadien pour la santé des femmes*, vol. 8, n° 1/2 (2005), p. 12-13.
- [147] Centre canadien de la statistique juridique. *La violence familiale au Canada : un profil statistique 2005* (no 85-225-XIF au catalogue) [document Internet], Ottawa, Statistique Canada, juillet 2005. Accessible sur Internet : <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-224-x/85-224-x2005000-fra.pdf> [consulté en mars 2009].
- [148] Sethi, A. « Domestic Sex Trafficking of Aboriginal Girls in Canada: Issues and Implications », *First Peoples Child and Family Review* [série en ligne], vol. 3, no 3 (2007), p. 57-71. Accessible sur Internet : http://www.fnfcfs.com/pubs/vol3num3toc_f.html [consulté en novembre 2009].
- [149] Amnesty International. *Stolen Sisters: a Human Rights Response to Discrimination and Violence Against Indigenous Women in Canada* [document Internet], Ottawa, Amnesty International Canada, 2004. Accessible sur Internet : <http://www.amnesty.ca/campaigns/resources/amr2000304.pdf> [consulté en mars 2009].
- [150] Hylton, J.H. *La délinquance sexuelle chez les Autochtones au Canada*, Ottawa, Fondation autochtone de guérison, 2006.
- [151] Barlow, K. *Examen de l'incidence du VIH/sida au sein de la population autochtone au Canada : période post-pensionnat* [document Internet], Ottawa, Fondation autochtone de guérison, 2003. Accessible sur Internet : <http://www.fadg.ca/publications/collection-recherche> [consulté en juin 2008].
- [152] Robertson, L. « Taming Space: Drug Use, HIV, and Home-making in Downtown Eastside Vancouver », *Gender, Place and Culture*, vol. 14, no 5 (2007), p. 527-549.

[153] Association des femmes autochtones du Canada. « Violence Against Aboriginal Women and Girls », Sommet national des femmes autochtones (20-22 juin 2007 à Corner Brook (T.-N.)), St John's, Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador [site Web], 2007. Accessible sur Internet : <http://www.laa.gov.nl.ca/laa/naws/pdf/nwac-vaaw.pdf> [consulté en juin 2008].

[154] Spittal, P.M. « Risk Factors for Elevated HIV Incidence Rates Among Female Injection Drug Users in Vancouver », *Journal de l'Association médicale canadienne = Canadian Medical Association Journal*, vol. 166, no 7 (2002), p. 894-899.

[155] Stratton, T. *Our Relatives Said: a Wise Practices Guide—Voices of Aboriginal Trans People* [document Internet], Toronto, 2-Spirited People of the 1st Nations, 2008. Accessible sur Internet : <http://www.caan.ca/pdf/Making%20It%20Our%20Way.pdf> [consulté en octobre 2008].

[156] Taylor, C. « Health and Safety Issues for Aboriginal Transgender/two Spirit People in Manitoba », *Canadian Journal of Aboriginal Community-Based HIV/AIDS Research*, vol. 2 (2009), p. 5-26.

[157] Reimer, G. *Les femmes autochtones vivant avec le VIH/sida : questions liées aux soins, au traitement et au soutien* [document Internet], Ottawa, Réseau canadien autochtone du sida, 2005. Accessible sur Internet : http://www.caan.ca/pdf/Aboriginal_Women_Living_with_HIVAIDS_fr.pdf [consulté en août 2008].

[158] Ogilvie, G.S. « Fertility Intentions of Women of Reproductive Age Living with HIV in British Columbia, Canada », *AIDS*, vol. 21 (2007), p. S83-S88.

[159] Weber, A.E., M.W. Tyndall, P.M. Spittal et K. Li. « High Pregnancy Rates and Reproductive Health Indicators Among Female Injection-drug Users in Vancouver, Canada », *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, vol. 8, no 1 (2003), p. 52-58.

[160] Agence de la santé publique du Canada (ASPC). *Le VIH et le sida au Canada : rapport de surveillance en date du 31 décembre 2007* [document Internet], Ottawa, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, ASPC, 2008. Accessible sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/index-fra.php> [consulté en novembre 2009].

[161] *Gender Mainstreaming in HIV/AIDS: Taking a Multisectoral Approach*, Londres, Commonwealth Secretariat and Maritime Centre of Excellence for Women's Health, 2002.

[162] Callaghan, R.C. « A Gendered Analysis of Canadian Aboriginal Individuals Admitted to Inpatient Substance Abuse Detoxification: a Three-year Medical Chart Review », *The American Journal on Addictions*, vol. 15, no 5 (2006), p. 380-386.

[163] Loverin, G. « 14 Years and Strong as Ever », *Bloodlines Magazine*, vol. 1 (2004), p. 20-37.

[164] Fondation autochtone de guérison. *Retisser nos liens : comprendre les traumatismes vécus dans les pensionnats indiens par les Autochtones* [document Internet], Ottawa, Fondation autochtone de guérison, 2005. Accessible sur Internet : <http://www.fadg.ca/publications/collection-recherche> [consulté en mars 2009].

[165] *Le Premier ministre Harper présente des excuses complètes au nom des Canadiens relativement aux pensionnats indiens* [document Internet], Ottawa, Cabinet du Premier ministre, 11 juin 2008. Accessible sur Internet : <http://pm.gc.ca/fra/media.asp?id=2149> [consulté en janvier 2009].

[166] Spittal, P.M., N. Laliberte, R. Brooks, W. Small, M.V. O'Shaughnessy et M. T. Schechter. « Canada's Continuing Apartheid: the HIV Risk Profiles of Aboriginal Women Who Use Injection Drugs in Vancouver's DTES », 11^e congrès annuel canadien sur la recherche sur le VIH/sida (25-28 avril 2002 à Winnipeg), Vancouver, Association canadienne de recherche sur le VIH [site Web], 2002. Accessible sur Internet : http://www.cahr-acrv.ca/english/resources/abstracts_2002/abs/abs416.htm [consulté en novembre 2009].

4



CHAPITRE 4 – Données probantes actuelles sur les facteurs influant sur la résilience et la vulnérabilité des Autochtones face au VIH/sida

CHAPITRE 5 – Recherche actuelle sur le VIH/sida

La recherche sur le VIH/sida au Canada s'étend aux domaines comportemental, biomédical, clinique, économique, épidémiologique, juridique et psychosocial. En ce qui a trait aux Autochtones, elle comprend aussi des projets de recherche communautaires qui se penchent sur les problèmes cernés par les collectivités autochtones. Flicker et coll. soulignent qu' [traduction] « en incluant les collectivités les plus touchées par le VIH dans le processus de recherche, il est plus probable que des mesures seront prises à la suite de l'analyse des résultats » [1] et que la recherche répondra aux besoins de ces collectivités.

Par exemple, l'Initiative de recherche sur le VIH/sida des IRSC comporte un programme de recherche communautaire, géré en partenariat avec l'Institut de la santé des Autochtones des IRSC. Une caractéristique importante de ce programme est la participation des collectivités et des organisations autochtones à la conception et à la mise en œuvre des projets de recherche. Cette approche donne aux populations étudiées le contrôle des travaux de recherche qui les concernent et contribue à diffuser les nouvelles connaissances parmi les membres de la collectivité pour les aider à lutter contre le VIH/sida.

En outre, il existe des lignes directrices sur l'éthique de la recherche en santé chez les peuples autochtones. Par exemple, les principes relatifs à la propriété, au contrôle, à l'accessibilité et à la possession/protection sont importants dans la recherche sur le VIH/sida dans ces populations, et « signalent que les Autochtones ont abandonné la notion de "faire l'objet de la recherche" et ont répondu à l'appel afin de devenir des participants actifs au processus de recherche » [2]. Le travail continue dans ce domaine afin de mieux refléter les besoins des collectivités des Premières nations [3;4], des Inuits [5;6] et des Métis [7]. En outre, les IRSC ont élaboré les *Lignes directrices sur l'éthique de la recherche en santé chez les peuples autochtones* [8] afin de faciliter l'établissement de partenariats bénéfiques de part et d'autre, qui permettent la réalisation d'études éthiquement et culturellement adaptées. De plus, le Groupe

consultatif interagences en éthique de la recherche (GER) (y compris les IRSC, le Conseil de recherches en sciences humaines et le Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie) est en train de réviser le document intitulé *Énoncé de politique des trois Conseils – Éthique de la recherche avec des êtres humains*, qui contient un chapitre sur la recherche chez les peuples autochtones [9].

Un examen de la recherche financée portant spécifiquement sur le VIH/sida et les peuples autochtones au Canada nous a permis de répertorier 49 projets de recherche distincts. La plupart de ces projets sont axés sur les AVVIH/sida, la prévention, les jeunes, l'utilisation de drogue par injection et d'autres substances, les problèmes de prestation de services liés au VIH/sida et la capacité de recherche accrue des collectivités autochtones (se reporter à l'annexe B pour avoir la liste complète des projets de recherche répertoriés).

En général, les projets de recherche recensés comportent des volets psychosocial et comportemental, qui permettront aux membres des collectivités et, dans certains cas, aux fournisseurs de services, de décrire des expériences et de cerner les besoins, les problèmes, les défis à relever et les solutions à apporter. Les principaux champs d'étude sont les suivants :

- Comportements à risque et facteurs déterminants;
- Obstacles à l'accès aux services;
- Stratégies pour améliorer la conception et la mise en œuvre des programmes et des services;
- Stratégies pour accroître l'accès aux programmes et aux services;
- Développement de la capacité de recherche communautaire et stratégies de diffusion des connaissances.

5.1 Méthode

L'information contenue dans ce chapitre a été recueillie auprès des organisations suivantes : les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), l'Association canadienne de recherche sur le VIH (ACRV), la Fondation canadienne de recherche sur le SIDA (CANFAR), et le Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH). Les travaux de recherche terminés avant 2006 devraient avoir été publiés dans les littératures universitaire et grise que le présent rapport d'étape a passé en revue dans les chapitres précédents. Par conséquent, les projets recensés ont pris fin en 2006 ou après, ou sont en cours de réalisation.

5.2 Analyse

Cette section donne un aperçu des travaux de recherche entrepris (de 2006 à 2008) pour étudier des questions liées au VIH/sida chez les Autochtones. En utilisant l'information présentée précédemment dans le présent rapport d'étape, nous tentons dans ce chapitre de savoir si la recherche actuellement financée sur l'épidémie du VIH/sida chez les Autochtones répond aux besoins et comble les lacunes.

L'information de l'annexe B donne, pour chaque projet de recherche, le titre, les noms des chercheurs, le résumé, ainsi que les dates et les sources de financement. Dans l'analyse qui suit, chaque projet de recherche est identifié par un code alphanumérique (p. ex. R1) correspondant à la description du projet contenue dans l'annexe B.

5.2.1 Répartition géographique des projets de recherche

Pour la majorité des projets de recherche, le lieu principal de l'étude n'est pas indiqué. Des 22 projets qui en indiquent un, 8 se sont déroulés en Colombie-Britannique [R7-R10, R20, R24, R26, R35], dont 6 à Vancouver ou dans le quartier Downtown Eastside de

Vancouver. Deux études se sont penchées sur les populations autochtones de Prince George et de Kamloops, et une sur des collectivités autochtones dans le Nord de la Colombie-Britannique.

Les 14 autres projets concernent les populations autochtones de l'Alberta [R38], de la Saskatchewan [R23, R29], de l'Ontario [R2, R6, R39, R47], du Québec [R4, R19] et du Nord [R1, R16, R44]. De plus, 2 projets portent sur le développement de la capacité de recherche dans l'Est canadien, y compris le Labrador et le Nunavut [R27], et l'Ouest canadien, le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest [R28].

5.2.2 Projets de recherche sur la prévention, les soins et le traitement

Vingt-cinq études, soit 51 % des projets de recherche recensés, ont pour thème la prévention, les soins et le traitement.

Prévention

Étant donné la surreprésentation des Autochtones dans les nouvelles infections par VIH, la prévention est un élément clé de la lutte contre le VIH/sida dans les populations autochtones. Treize études portent sur la prévention, dont quatre traitent de la prévention dans les collectivités des Premières nations [R4, R15, R16, R47] et une, chez les jeunes Inuits [R44]. Six études portent sur la prévention chez les jeunes Autochtones [R4, R11, R21, R31, R44, R46]. Deux autres analysent les obstacles à la prévention chez les populations à risque élevé, c'est-à-dire les jeunes autochtones qui utilisent des drogues par injection [R31] et les femmes autochtones s'adonnant à des activités sexuelles de survie [R26].

Accès aux soins de santé

L'accès aux soins de santé est un déterminant de la santé important et complexe qui peut influencer sur le mieux-être des Autochtones à risque ou vivant avec le VIH/sida. Quatorze études abordent cette question chez les Autochtones [R2, R3, R5, R6, R10, R13, R15, R19, R22,

R26, R32, R34, R43, R44]. Deux de ces études traitent de l'accès aux soins pour les membres et les collectivités des Premières nations [R6, R15]; et aucune ne porte sur les besoins particuliers des Inuits et des Métis.

Dix études sont axées sur la prestation des services, dont sept sur la prestation des services aux AVVIH/sida [R5, R6, R10, R22, R32, R43, R48]. Deux d'entre elles se penchent sur les compétences culturelles des fournisseurs de soins liés au VIH/sida dans les collectivités des Premières nations. Deux autres examinent l'incidence du sexe, de la culture et de la situation relative au VIH sur l'accès des femmes autochtones aux services liés au VIH/sida [R43, R48]; une autre traite des femmes bispirituelles, une question qui constitue une lacune importante dans la littérature actuelle. Une autre analyse les facteurs favorables au mieux-être des AVVIH/sida qui utilisent des substances, l'incidence du sexe, de la culture et de la situation relative au VIH sur l'accès des femmes autochtones aux services, et les besoins de services des familles autochtones touchées par le VIH/sida.

Même si la stigmatisation et la discrimination ont des répercussions importantes sur les Autochtones à risque ou vivant avec le VIH/sida, seulement deux études se penchent sur ces problèmes dans le contexte de la prestation de services liés au VIH/sida [R12, R48]. Les importantes répercussions de la stigmatisation et de la discrimination sur les AVVIH/sida indiquent la nécessité d'accroître la recherche afin de définir des pratiques exemplaires à cet égard.

Cinq études portent sur les obstacles à l'accès aux services et les problèmes liés au traitement des personnes infectées par le VIH [R2, R10, R19, R26, R38]. Les thèmes abordés comprennent les croyances, les attitudes, les comportements à risque et les obstacles à la prévention et au traitement chez les femmes autochtones, les expériences des AVVIH/sida, y compris l'accès aux services, les résultats du traitement, la santé

mentale et le bien-être, et la maternité des femmes vivant avec le VIH/sida. Trois de ces études ont pour thème la question de l'accès des femmes autochtones aux soins de santé : les obstacles à la prévention et au traitement chez les femmes autochtones s'adonnant à des activités sexuelles de survie [R26], l'accès des mères autochtones séropositives aux soins et au traitement [R19], et les connaissances, les attitudes et les expériences des femmes autochtones en Ontario concernant le VIH et les risques d'infection au VIH [R2]. Une étude s'intéresse à l'amélioration de l'accès aux services, à l'éducation, au dépistage et au traitement en matière de VIH pour les Autochtones du Nord de la Colombie-Britannique [R10]. Une autre étude se penche sur la relation entre la consommation d'alcool et l'accès aux soins pour les AVVIH/sida [R3].

Santé mentale

Deux études abordent la question de la santé mentale des AVVIH/sida [R34, R49], sur laquelle il existe actuellement peu d'information. Les deux examinent la dépression chez les AVVIH/sida à la lumière des déterminants de la santé, [traduction] « notamment la stigmatisation continue à l'égard du VIH/sida, l'isolement social, le manque de connaissances sur le VIH et son traitement, l'utilisation d'alcool et de drogue, les expériences personnelles d'abus et de problèmes familiaux, les effets secondaires de la médication et la pauvreté » [R34].

5.2.3 Études sur des populations spécifiques

Trente-six études portent sur des questions relatives à des populations spécifiques, notamment les Premières nations et les Inuits (aucun projet ne traite des Métis), les AAVIH/sida, les utilisateurs de drogue par injection, les jeunes, les femmes, ainsi que les bispirituels, les hommes gais, les lesbiennes, les bisexuels et les transgenres. Les études axées sur des populations précises représentent 73 % des projets de recherche actuels.

VIH/sida et membres des Premières nations, Inuits et Métis

Cinq études traitent des collectivités des Premières nations [R4, R6, R15, R16, R47]. Parmi celles-ci, deux portent sur ces collectivités en Ontario, une sur les Cris de la Baie James au Québec et une autre sur les collectivités des Premières nations de Tlicho dans les Territoires du Nord-Ouest. Trois études sont axées sur les programmes de prévention, tandis que les deux autres examinent l'interaction entre la culture et la prestation efficace de services liés au VIH/sida dans les collectivités des Premières nations.

Deux études se penchent sur les Inuits et le territoire du Nunavut [R1, R44]. Ces études visent à accroître la capacité de recherche sur le VIH/sida au Nunavut et examinent les approches de l'éducation, du dépistage et du traitement relatifs au VIH/sida chez les jeunes Inuits.

Aucun des projets de recherche répertoriés ne traite des Métis.

Autochtones vivant avec le VIH/sida

Seize études portent sur les AVVIH/sida [R5, R6, R10, R12, R14, R19, R22, R32-R34, R37-R39, R43, R48, R49]. Comme nous l'avons mentionné dans la section précédente sur *l'Accès aux soins de santé*, 7 de ces études traitent des besoins des AVVIH/sida dans le contexte de la prestation de services.

L'absence de logements adéquats et l'itinérance peuvent avoir d'importantes répercussions sur le bien-être physique et mental des personnes à risque ou vivant avec le VIH/sida. Comme nous l'avons mentionné dans le chapitre précédent, les résultats de la recherche indiquent que les Autochtones sont surreprésentés dans les populations de sans-abri d'un bout à l'autre du pays. Deux études en cours examinent ces répercussions et les stratégies pour résoudre les problèmes de logement et d'itinérance des AVVIH/sida [R37, R39]. De même, l'accès à des aliments nutritifs et sains est un

déterminant important de la santé des personnes infectées par le VIH/sida, mais il existe peu de données sur ce lien. Une étude en cours porte sur les choix alimentaires et les perceptions des besoins nutritionnels chez les Autochtones dans le contexte du VIH/sida [R14].

La recherche actuelle comporte un certain nombre de lacunes. Par exemple, même si les besoins et les difficultés des membres des Premières nations, des Inuits et des Métis vivant avec le VIH/sida sont particuliers, seul un projet de recherche traite des membres des Premières nations et aucun des Inuits ou des Métis ayant le VIH/sida. Près de la moitié des résultats de tests positifs pour le VIH concernent des femmes autochtones, mais seulement 4 projets portent sur les femmes vivant avec le VIH/sida [R19, R29, R43, R48] et deux autres sur les mères autochtones vivant avec le VIH/sida [R19, R29]. De même, près du tiers des Autochtones ayant reçu un diagnostic d'infection par VIH ont moins de 30 ans, mais aucune étude ne s'est penchée sur les besoins des jeunes AVVIH/sida.

Comme nous en avons discuté au chapitre 4, les résultats de la recherche révèlent que les AVVIH/sida connaissent un taux de mortalité accru [10] et un accès réduit au traitement médical [11-13] en comparaison des membres des collectivités non autochtones vivant avec cette maladie. Une étude effectuée dans le Nord de l'Alberta explore les résultats du Traitement anti-rétroviral hautement actif chez les personnes ayant le VIH/sida et les AVVIH/sida [R38].

Utilisateurs de drogue par injection

La principale catégorie d'exposition à l'infection par VIH chez les hommes et les femmes autochtones est celle de l'utilisation de drogue par injection. Sept études portent sur ce sujet et le VIH/sida chez les Autochtones [R7-R9, R20, R24, R31, R35] et cinq sur les jeunes Autochtones qui s'injectent de la drogue. Comme les résultats de la recherche semblent indiquer une surreprésentation des Autochtones dans les cas de

co-infection au VIH et au virus de l'hépatite C (VHC), il est encourageant de constater que 4 des 5 projets de recherche traitant actuellement de l'utilisation de drogue par injection chez les Autochtones ont pour sujet la prévention et la vulnérabilité aux infections à VIH et à VHC [R9, R20, R24, R31].

Jeunes

Presque le tiers des Autochtones ayant reçu un diagnostic de VIH ont moins de 30 ans. Onze études, soit 22 % des projets de recherche recensés, sont axées sur les jeunes autochtones [R4, R7-R9, R11, R13, R20, R21, R31, R44, R46]. Parmi celles-ci, sept traitent de la prévention contre le VIH et abordent des questions comme les obstacles à la prévention du VIH chez les jeunes à risque élevé qui s'injectent de la drogue et d'autres substances, les facteurs ayant une incidence sur l'utilisation du condom chez les jeunes autochtones et les approches fondées sur les arts pour prévenir les infections au VIH. Une étude porte sur les jeunes des Premières nations [R4] et une autre sur les jeunes Inuits [R44]; aucune étude ne porte sur les jeunes Métis.

Femmes

Six études concernent les femmes autochtones et le VIH/sida [R2, R19, R26, R29, R43, R48]. Même si les femmes sont à l'origine de près de la moitié des résultats de tests positifs pour le VIH chez les Autochtones, seulement 12 % des études actuelles portent sur cette population. Deux d'entre elles examinent l'incidence du sexe dans le contexte de la prestation des services liés au VIH/sida chez les femmes autochtones [R43, R48]. Deux autres sont axées sur les questions liées à la maternité dans le contexte du VIH/sida [R19, R29] et une autre explore les connaissances, les attitudes et les expériences des femmes autochtones en matière de VIH et de risques d'infection au VIH [R2]. Enfin, une étude analyse les obstacles à la prévention et au traitement du VIH chez les femmes autochtones s'adonnant à des activités sexuelles de survie [R26].

Bispirituels, hommes gais, lesbiennes, bisexuels et transgenres

Seulement une étude concerne cette population [R48]. Cette étude porte sur les expériences d'homophobie vécues par les femmes bispirituelles dans l'accès aux services liés au VIH/sida. Elle commencera à combler les lacunes de la recherche, car peu d'études s'intéressent actuellement aux expériences des femmes bispirituelles dans le contexte du VIH/sida. Cependant, le manque d'études sur les bispirituels, les gais, les lesbiennes, les bisexuels et les transgenres autochtones est problématique, étant donné les multiples facettes des effets de l'homophobie et de la discrimination sur l'accroissement de la vulnérabilité de cette population.

5.2.4 Résilience

La plupart des études dont nous disposons sur le VIH/sida chez les Autochtones sont axées sur les facteurs qui augmentent la vulnérabilité de la population au VIH et au sida. Pour faire contrepoids au thème de la vulnérabilité, plusieurs études abordent les questions liées au VIH/sida sous l'angle de la résilience, de la santé et du bien-être des collectivités autochtones [R16, R33, R42]. Ces études sont axées sur les dimensions de la santé et du mieux-être des personnes vivant avec le VIH/sida et la résilience des collectivités autochtones dans leur lutte contre cette maladie.

5.2.5 Capacité de la recherche communautaire, diffusion des résultats et transfert des connaissances

Quinze projets de recherche s'intéressent ou contribuent à l'accroissement de la capacité de la recherche communautaire et à l'application des connaissances dans les collectivités autochtones [R1, R7, R12, R13, R16-18, R22, R23, R27, R28, R36, R37, R40, R41]. Ces projets font appel à des partenaires communautaires et comportent des ateliers visant le développement de

la capacité de recherche. Ils sont axés, entre autres, sur la conception et la mise en œuvre de stratégies de diffusion des résultats, l'élaboration de lignes directrices sur les pratiques exemplaires, le développement des compétences culturelles chez les chercheurs universitaires, la synthèse systématique des données, la création de réseaux de recherche et les considérations éthiques pour la recherche sur le VIH/sida dans les collectivités autochtones. L'accroissement de la capacité de la recherche communautaire permet de répondre aux besoins des collectivités autochtones et assure ainsi l'application des connaissances pour améliorer les politiques et les programmes de lutte contre le VIH/sida.

5.3 Domaines de recherche futurs

La liste suivante, sans être exhaustive, comprend certains des domaines de recherche à explorer à l'avenir selon les conclusions des auteurs de ce chapitre et du groupe de travail du rapport d'étape :

- Les besoins particuliers des membres des Premières nations, des Inuits et des Métis en ce qui a trait à la prévention, aux soins, au traitement et aux mesures en matière de VIH;
- Les risques d'infection au VIH résultant de dépendances autres que la drogue par injection chez les Autochtones;
- Les comportements à risque d'infection à VIH et l'accès aux services liés à la prévention, aux soins, au traitement et au soutien des Inuits vivant en milieu urbain;
- Les risques d'infection au VIH associés à l'instabilité du logement (p. ex. recours à l'hospitalité temporaire) chez les Autochtones vivant en milieu urbain ou rural/isolé;
- Les effets d'un traumatisme multigénérationnelle sur le risque d'infection à VIH chez les Autochtones;
- La vulnérabilité des aînés autochtones qui ne se perçoivent peut-être pas comme des personnes à risque d'infection à VIH;
- Les risques d'infection à VIH associés au commerce du sexe ou à des activités sexuelles de survie chez les transgenres autochtones;
- Les risques liés au VIH pour les Autochtones incarcérés et récemment remis en liberté;
- La transition vers le commerce du sexe et les risques d'infection à VIH qui en résultent des Autochtones passant d'une région rurale à un milieu urbain;
- Les besoins des bispirituels, des gais, des lesbiennes, des bisexuels et des transgenres autochtones à risque ou vivant avec le VIH/sida;
- Les besoins des femmes des Premières nations, inuites et métisses à risque ou vivant avec le VIH/sida;
- Les pratiques exemplaires dans l'élaboration de mesures pour réduire la stigmatisation associée au VIH/sida chez les Autochtones;
- Le lien entre le niveau de littératie et la vulnérabilité/résilience au VIH/sida;
- Les résultats en matière de santé du Traitement antirétroviral hautement actif chez les AVVIH/sida;
- L'accès des AVVIH/sida aux aînés et la transmission aux aînés des connaissances sur le VIH/sida;
- L'utilisation par les Autochtones de médecines traditionnelles pour lutter contre le VIH/sida et traiter les personnes atteintes;
- La comorbidité entre le VIH et d'autres maladies (p. ex. diabète, infections transmises sexuellement, tuberculose, handicaps mentaux et physiques) et les problèmes de gestion de maladies multiples chez les AVVIH/sida;
- L'expérience de la mort chez les AVVIH/sida, leurs familles et leurs communautés.

5.4 Références

- [1] Flicker, S., J. Larkin, C. Smilie Adjarkwa, J. P. Restoule, K. Barlow, M. Dagnino et coll. « It's Hard to Change Something When You Don't Know Where to Start: Unpacking HIV Vulnerability with Aboriginal Youth in Canada », *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*, vol. 5, no 2 (2007), p. 175-200.
- [2] Réseau canadien autochtone du sida (rcas). *OCAP: Ownership, Control, Access and Possession*, Ottawa, RCAS, n.d.
- [3] Assemblée des Premières Nations (APN). *O.C.A.P. Ownership, Control, Access and Possession: First Nations Inherent Right to Govern First Nations Data*, Ottawa, APN [site Web], juin 2007. Accessible sur Internet : <http://www.afn.ca/misc/ocap.pdf> [consulté en août 2009].
- [4] Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA). *Ownership, Control, Access, and Possession (OCAP) or Self-Determination Applied to Research: a Critical Analysis of Contemporary First Nations Research and Some Options for First Nations Communities*, Ottawa, Centre des Premières Nations, ONSA [site Web], 2009. Accessible sur Internet : http://www.naho.ca/firstnations/english/documents/research/FNC_OCAPCriticalAnalysis.pdf [consulté en août 2009].
- [5] Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA). *Ethics and Research*, Ottawa, Inuit Tuttarvingat, ONSA [site Web], 2009. Accessible sur Internet : <http://www.naho.ca/inuit/e/ethics/> [consulté en août 2009].
- [6] Inuit Tapiriit Kanatami, Institut de recherches du Nunavut. *Negotiating Research Relationships with Inuit Communities: a Guide for Researchers*, Ottawa et Iqaluit, Inuit Tapiriit Kanatami et Institut de recherches du Nunavut; 2006.
- [7] Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA). *Métis Research Ethics*, Ottawa, Centre des Métis, ONSA [site Web], juin 2009. Accessible sur Internet : http://www.naho.ca/metiscentre/english/backgrounder_ethics.php [consulté en août 2009].
- [8] Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). *Lignes directrices des IRSC sur l'éthique de la recherche en santé chez les peuples autochtones*, Ottawa, ICRC [site Web], mai 2007. Accessible sur Internet : <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/29134.html> [consulté en février 2009].
- [9] Groupe consultatif interagences en éthique de la recherche (GER). *Deuxième ébauche de l'Énoncé de politique des trois Conseils – Éthique de la recherche avec des êtres humains*, Ottawa, Secrétariat interagences en éthique de la recherche, décembre 2009.
- [10] Lima, V. D., P. Kretz, A. Palepu, S. Bonner, T. Kerr, D. Moore, et coll. « Aboriginal Status Is a Prognostic Factor for Mortality among Antiretroviral Native HIV-Positive Individuals First Initiating HAART », *AIDS Research and Therapy*, vol. 3, no 14 (2006).
- [11] Wood, E., T. Kerr, A. Palepu, R. Zhang, S. A. Strathdee, N. W. Tyndall, et coll. « Slower Uptake of HIV Antiretroviral Therapy among Aboriginal Injection Drug Users », *Journal of Infection*, vol. 52, n° 4 (2006), p. 233-236.
- [12] Miller, C. L., P. M. Spittal, E. Wood, K. Chan, M. T. Schechter, J. S. G. Montaner et coll. « Inadequacies in Antiretroviral Therapy Use among Aboriginal and Other Canadian Populations », *AIDS Care*, vol. 18, n° 8 (2006), p. 968-976.
- [13] Wood, E., J. S. G. Montaner, M. W. Tyndall, M. T. Schechter, M. V. O'Shaughnessy, et R. S. Hogg. « Prevalence and Correlates of Untreated Human Immunodeficiency Virus Type 1 Infection among Persons Who Have Died in the Era of Modern Antiretroviral Therapy », *Journal of Infectious Diseases*, vol. 188, no 8 (2003), p. 1164-1170.



CHAPITRE 6 – Mesures de lutte actuelles contre le VIH/sida chez les Autochtones

Ce chapitre donne un aperçu des stratégies, des coalitions, des réseaux et des organisations vouées à la lutte contre le VIH/sida chez les Autochtones, et de l'appui programmatique à cette lutte.

Cet aperçu décrit un certain nombre de composantes de la lutte contre le VIH/sida chez les Autochtones, mais, en raison de limitations méthodologiques et de données insuffisantes, il ne constitue pas une analyse aussi approfondie que dans les chapitres précédents du présent rapport. Alors que le chapitre 4 présente un examen détaillé des déterminants de la santé et de leur incidence sur la vulnérabilité et la résilience des Autochtones au VIH/sida, ce chapitre traite seulement des stratégies, des coalitions, des réseaux, des organisations et des projets axés sur le VIH/sida chez les Autochtones. En effet, le présent rapport ne s'étend pas aux mesures relatives aux divers déterminants de la santé chez les Autochtones.

6.1 Méthode

Afin de recueillir les données sur les projets, les réseaux, les coalitions, les comités et les stratégies mis en place pour lutter contre le VIH/sida chez les Autochtones de 2006 à 2008, des modèles pour la présentation de l'information sur la santé ont été transmis aux représentants fédéraux, provinciaux et territoriaux à l'aide des mécanismes suivants : le Réseau canadien autochtone du sida (RCAS); le Comité consultatif fédéral/provincial/territorial sur le sida (F/P/T sida); les consultants des programmes d'action communautaire national et régionaux sur le VIH/sida de l'ASPC; le Groupe de travail sur la santé fédéral-provincial-territorial des chefs des affaires correctionnelles; et le sous-groupe de travail régional de Santé Canada sur le VIH/sida. Toutes les provinces et tous les territoires ont répondu à l'appel. De plus, l'analyse inclut les projets financés par l'AIDS Prevention Community Investment Program (programme d'investissement dans les collectivités pour la prévention du sida) des services de santé publique de la Ville de Toronto.

Il importe de souligner que certains projets, programmes ou initiatives, comme les soins de santé et les services sociaux offerts par les provinces et les territoires, n'ont pas pu être répertoriés à l'aide de la méthode de collecte des données du présent rapport. De plus, nous n'avons pas obtenu d'information de quelques-unes des autorités régionales du Québec en matière de santé publique, qui gèrent les programmes communautaires locaux, mais nous espérons combler cette lacune dans l'avenir. Les organisations qui souhaitent voir leurs travaux inclus dans les prochains rapports sont invitées à communiquer avec le Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections de l'ASPC (www.phac-aspc.gc.ca).

Nous reconnaissons aussi que, même si de nombreux autres programmes et services s'adressent à des clients autochtones en plus d'autres populations clés, seuls les programmes sur le VIH/sida visant explicitement les besoins des membres des Premières nations, des Inuits et des Métis sont inclus dans ce chapitre.

6.2 Vue d'ensemble

Depuis le début de l'épidémie, les mesures fédérales de lutte contre le VIH/sida se sont accrues en termes de portée et de complexité. Les organismes gouvernementaux, les organisations non gouvernementales et communautaires, les chercheurs, les professionnels de la santé et les personnes vulnérables ou vivant avec le VIH/sida participent à la lutte contre cette maladie et les conditions qui favorisent la propagation de l'épidémie.

Dans le cadre de l'*Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada* [1], le gouvernement du Canada surveille l'épidémie à l'aide de son système de surveillance national, élabore des politiques, des lignes directrices et des programmes, et soutient le secteur bénévole et communautaire (composé d'organisations nationales anti-VIH/sida, d'organismes de services liés au sida et d'organismes communautaires) pour lutter contre le VIH/sida dans les collectivités d'un bout à l'autre du pays.

Les provinces et les territoires ont entrepris des activités semblables et, en vertu de la Constitution canadienne, sont les principaux responsables de la prestation des soins de santé et des services sociaux aux personnes à risque ou vivant avec le VIH/sida²⁵. Dans toutes les provinces et tous les territoires, des organisations s'efforcent de réduire la vulnérabilité des Canadiens au VIH/sida et ses répercussions sur les populations, et offrent des services de diagnostic, de prévention et de soutien, ainsi que des soins et des traitements aux personnes les plus à risque. Ces organisations sont financées par le gouvernement et le secteur privé. Selon la province ou le territoire, les autorités locales ou régionales en matière de santé publique jouent un rôle plus ou moins important dans la lutte contre l'épidémie. Dans certaines provinces ou certains territoires, les organismes communautaires ont des structures prédéfinies pour établir les priorités et allouer des ressources. Les collectivités et les autorités sanitaires locales, les gouvernements, les organismes de première ligne, les bénévoles et les personnes touchées par l'épidémie sont les mieux placés pour évaluer le caractère adéquat des mesures [2]. Le secteur privé, y compris les sociétés, les entreprises pharmaceutiques et les Églises, participe aussi à la lutte contre le VIH/sida chez les populations canadiennes.

6.3 Stratégies axées sur des populations précises

Cette section donne une vue d'ensemble des stratégies existantes de lutte contre le VIH/sida chez les Autochtones à l'échelle nationale, provinciale et territoriale. Comme les Autochtones sont surreprésentés dans les statistiques canadiennes sur le VIH/sida, l'existence de telles stratégies donne des assises aux mesures de lutte et témoigne de l'attention prioritaire que reçoit ce problème de la part des organisations et des gouvernements nationaux, provinciaux et territoriaux.

25 Le gouvernement du Canada est aussi responsable de la prestation des services de santé auprès de groupes désignés comme les Autochtones vivant dans les réserves, le personnel militaire et les personnes incarcérées dans les prisons fédérales.

L'*Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada* [1] inclut les Autochtones parmi les huit principales populations à risque ou touchées de façon disproportionnée par le VIH/sida²⁶. Elle a été élaborée en même temps que le document *Au premier plan : le Canada se mobilise contre le VIH/sida (2005-2010)* [3], un plan d'action préparé par des intervenants, qui présente dans ses grandes lignes une approche nationale coordonnée de la lutte contre le VIH/sida au Canada. Ce plan d'action souligne aussi l'importance de la participation communautaire à la lutte et la nécessité d'offrir des services sensibles et culturellement adaptés aux personnes de groupes ethnoculturels différents, notamment les Autochtones.

Le Réseau canadien autochtone du sida a récemment renouvelé son approche avec la *Stratégie autochtone sur le VIH/sida à l'intention des Premières nations, des Inuits et des Métis, de 2009 à 2014* [4], qui s'appuie sur la stratégie précédente, *Renforcement des liens – Renforcement des communautés*, publiée en 2003 [5]. Afin de répondre aux besoins des Autochtones touchés par le VIH/sida ou vivant avec lui, cette stratégie renouvelée circonscrit les sept champs d'action suivants : soins, traitement et soutien holistiques; participation autochtone à la recherche sur le VIH/sida; vastes approches de la réduction des méfaits; renforcement des capacités; questions rattachées au droit, à l'éthique et aux droits de la personne; partenariats, collaboration et durabilité; et prévention et sensibilisation.

En 2002, l'organisation Pauktuutit Inuit Women of Canada, dirigée par le comité directeur du Canadian Inuit HIV/AIDS Network (réseau national inuit s'intéressant aux enjeux liés au VIH/sida), a publié le plan d'action *Inuit Plan of Action for HIV/AIDS* [6]. Ce plan d'action a été élaboré par des intervenants en consultation avec des travailleurs sur le terrain, des organisations nationales et

26 Les autres populations visées par l'Initiative fédérale sont les gais et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les utilisateurs de drogue par injection, les personnes incarcérées, les jeunes à risque, les femmes, les personnes provenant de pays où le VIH est endémique et les personnes vivant avec le VIH/sida.

régionales, et des Inuits vivant avec le VIH/sida. Il s'adresse aux associations inuites régionales et vise à sensibiliser davantage les Inuits aux questions liées au VIH/sida, à accroître les activités d'éducation et de prévention, et à encourager les partenariats qui aident les Inuits vivant avec le VIH/sida à accéder à des soins, à un traitement et à un soutien appropriés. En plus du VIH/sida, le plan d'action reconnaît l'hépatite C comme étant une nouvelle préoccupation dans les collectivités inuites.

Il existe actuellement des stratégies de lutte contre le VIH/sida axées sur les Autochtones en Colombie-Britannique, en Alberta, au Manitoba, en Ontario, et au Québec.

En Colombie-Britannique, on a élaboré deux stratégies particulièrement axées sur les Autochtones. Le document *The Red Road, Pathways to Wholeness: An Aboriginal Strategy for HIV/AIDS in B.C.* [7], publié en 1999, cerne un certain nombre de questions liées au VIH/sida chez les Autochtones, notamment l'importance de déterminants de la santé comme le logement et l'accès à des services de santé, la coordination des services et les questions relatives aux Autochtones incarcérés. L'autre document, visant le Nord de la province et intitulé *An Aboriginal Strategy on HIV/AIDS for Northern British Columbia* [8], est le résultat d'une rencontre qui a eu lieu en 2005 entre les chefs des communautés du Nord, des représentants gouvernementaux et des organismes de services. La stratégie met l'accent sur le rôle mobilisateur des dirigeants et l'action politique; la formation et la sensibilisation; la réduction des méfaits; le traitement et les services; les soins palliatifs pour les AVVIH/sida; et la recherche et l'évaluation.

L'Alberta Aboriginal HIV/AIDS Strategy (stratégie autochtone de l'Alberta sur le VIH/sida) est un projet commun de Santé Canada et de l'Alberta Health and Wellness, mis en œuvre de 2001 à 2004 [9]. Cette stratégie a cerné sept champs d'action dans la province, notamment le renforcement de la capacité et les partenariats dans les collectivités autochtones, l'amélioration des soins et des services de soutien, l'accroissement des

ressources culturellement adaptées, l'utilisation de pratiques de réduction des méfaits et l'accroissement de l'information épidémiologique sur le VIH/sida dans la population autochtone de l'Alberta. Le modèle élaboré est connu sous le nom de l'« arbre de la création ». Actuellement, les animateurs autochtones en matière de VIH/sida utilisent une stratégie communautaire pour lutter contre les agents pathogènes à diffusion hématogène et les infections transmissibles sexuellement (ITS) intitulée *Taking the Lead*.

Bien que la Saskatchewan n'ait pas de stratégie pour lutter précisément contre le VIH/sida, en 2002, les responsables de la stratégie provinciale sur le VIH, les agents pathogènes à diffusion hématogène et l'utilisation de drogue par injection ont publié un document contenant des recommandations sur l'élaboration d'une stratégie pour lutter contre la transmission des pathogènes transmissibles par le sang chez les utilisateurs de drogue par injection et leurs partenaires en Saskatchewan. Les auteurs de ce document, intitulé *At Risk: Recommendations for a Strategy on HIV, Blood-borne Pathogens and Injection Drug Use* [10], reconnaissent les Autochtones comme étant une population à risque d'infection et recommandent des stratégies culturellement adaptées pour répondre à leurs besoins.

Au Manitoba, le document *As Long as the Waters Flow: An Aboriginal Strategy on HIV/AIDS* [11], composante de la stratégie provinciale sur le sida, vise les quatre objectifs suivants : la prévention et l'éducation, surtout auprès des mères, des enfants et des jeunes; les soins, le traitement et le soutien aux AVVIH/sida; la coordination des services; et la recherche et l'évaluation.

L'Ontario Aboriginal HIV/AIDS Strategy (stratégie autochtone de l'Ontario sur le VIH/sida) est un organisme de services liés au VIH/sida mandaté par le gouvernement provincial qui a été mis sur pied en 1995 pour fournir des services de sensibilisation, de prévention, d'éducation et de soutien aux Autochtones vivant hors réserve touchés par le VIH/sida ou vivant avec cette

maladie. Le *Strategic Plan for the Years 2006-2011* (plan stratégique des années 2006-2011) [12] met l'accent sur les activités suivantes : organiser des campagnes de sensibilisation au VIH et de prévention chez les Autochtones à risque élevé d'infection à VIH; fournir des soins, un traitement et des services de soutien aux AVVIH/sida, y compris des soins de longue durée et palliatifs; faciliter le développement et l'échange des connaissances chez les personnes touchées par le VIH/sida; influencer sur les déterminants de la santé, notamment ceux ayant une incidence sur la qualité de vie des AVVIH/sida; s'occuper des populations clés chez les Autochtones, y compris les femmes, les enfants, les jeunes, les bispirituels, les personnes incarcérées et ceux qui utilisent des substances; assurer un leadership; et rendre compte des indicateurs énumérés dans le plan stratégique.

La stratégie sur le VIH/sida de la Commission de la santé et des services sociaux des Premières nations du Québec et du Labrador, intitulée *The Circle of Hope: The First Nations and Inuit of Quebec HIV and AIDS Strategy* [13], a été créée en 2000 à la demande des chefs des Premières nations du Québec et du Labrador. Elle est axée sur les cinq domaines suivants : connaissances, prévention, soins et traitement, communautés saines et coordination. Les activités mises en œuvre dans le cadre de cette stratégie comprennent des forums, des ateliers de formation et des conférences, le développement de matériel didactique (jeux, affiches et brochures) et la création du bulletin semestriel *The Circle of Hope*.

À l'échelle internationale, les organisations canadiennes autochtones de lutte contre le VIH/sida ont participé à l'élaboration de la *Toronto Charter: Indigenous Peoples' Action Plan on HIV/AIDS* (charte de Toronto : plan d'action des Autochtones sur le VIH/sida) [14], présentée à la 16^e Conférence internationale sur le sida à Toronto en 2006. Cette charte vise à faire reconnaître les points communs entre les populations autochtones du monde entier en ce qui concerne leur vulnérabilité au VIH/sida, leur droit de contrôler leur santé et leur participation à l'élaboration des politiques et des programmes pour lutter contre le VIH/sida.

6.4 Réseaux, coalitions et organismes consultatifs au service de populations précises

Cette section donne une vue d'ensemble des réseaux, des coalitions et des organismes consultatifs nationaux et provinciaux/territoriaux axés sur les Autochtones, qui entreprennent, entre autres, des activités de consultation, de représentation et de recherche. Certains des réseaux et coalitions énumérés ci-dessous mettent aussi en œuvre des programmes. L'existence de ces organisations indique l'importance de travailler en partenariat dans l'ensemble des secteurs communautaires, organisationnels et gouvernementaux pour lutter contre le VIH/sida chez les populations autochtones.

Dans le présent rapport, on entend par réseau ou coalition une organisation dont les membres sont des personnes ou des groupes de personnes, mise sur pied pour représenter les intérêts ou les objectifs de ces membres sur la scène provinciale, nationale ou internationale. Un organisme consultatif est une organisation qui donne des conseils sur l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies, de politiques et de programmes. La liste de ces réseaux, coalitions et organismes consultatifs est présentée à l'annexe C.

Réseaux, coalitions et organismes consultatifs nationaux

Le Conseil national autochtone sur le VIH/sida (CNAVS) donne des conseils d'orientation stratégique à l'Agence de la santé publique du Canada et à Santé Canada sur les questions liées au VIH/sida concernant les besoins particuliers des membres des Premières nations, des Inuits et des Métis dans le cadre de l'*Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada* [15].

Le Réseau canadien autochtone du sida (RCAS) joue un rôle mobilisateur, apporte un soutien et représente les intérêts des Autochtones touchés par le VIH/sida ou vivant avec cette maladie dans l'ensemble du Canada. Au nombre de ses activités figurent la publication de documents et de feuillets d'information sur le VIH/sida à l'intention des Autochtones, des campagnes de sensibilisation et des études originales sur les besoins et les réalités des AVVIH/sida [16].

Le Canadian Inuit HIV/AIDS Network (CIHAN) [17] a été mis sur pied par Pauktuutit Inuit Women of Canada en 1999 pour guider la mise en œuvre de ses programmes sur le VIH/sida. Le CIHAN accroît la sensibilisation des Inuits aux questions relatives au VIH/sida et fait connaître leur point de vue sur la lutte contre cette maladie. Il est dirigé par un comité consultatif composé de représentants des régions inuites, d'un jeune Inuit, d'un Inuit vivant avec le VIH/sida et d'un aîné.

Réseaux, coalitions et organismes consultatifs provinciaux

La Colombie-Britannique compte trois réseaux et coalitions. Le Red Road HIV/AIDS Network [18], créé dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie provinciale de lutte contre le VIH/sida chez les Autochtones, a élaboré un document intitulé *Red Road: Pathways to Wholeness, An Aboriginal Strategy for HIV and AIDS in B.C.* (décrit dans la section précédente). Ce réseau aide à renforcer les compétences, organise des présentations et prépare du matériel pour ses membres, qui comprennent les AVVIH/sida, les organismes de services liés au VIH/sida

(OSS) autochtones et autres, et les organismes communautaires autochtones. Le Réseau publie aussi le magazine *Bloodlines*, qui présente des histoires et des expériences d'AVVIH/sida. *Renewing Our Response* [19] est une coalition d'OSS en Colombie-Britannique qui révisé la stratégie provinciale de lutte contre le VIH/sida chez les Autochtones. Le groupe de travail Northern Aboriginal HIV/AIDS Task Force a été créé dans le but de regrouper le leadership autochtone, les jeunes et les organisations gouvernementales afin de définir une approche stratégique de la lutte contre le VIH/sida dans le Nord de la Colombie-Britannique.

L'All Nations Hope AIDS Network [20] est situé en Saskatchewan. Ce réseau offre des services d'éducation, de prévention et de soutien aux Autochtones en organisant des ateliers, des séances de formation et des activités de réseautage et de sensibilisation, et publie un bulletin bimestriel. Il participe à des projets régionaux, provinciaux et nationaux pour faire connaître les questions et les préoccupations liées au VIH/sida et aux Autochtones.

Le Manitoba First Nations AIDS Working Group [21] cherche à améliorer la prévention contre le VIH/sida en établissant des liens entre les programmes de santé, les activités de formation, les soins, le traitement et le soutien destinés aux membres des Premières nations dans la province. Ses membres comprennent les conseils tribaux provinciaux, les organismes de santé, les représentants communautaires, les représentants régionaux de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada, des AVVIH/sida et des aînés. Le groupe de travail se réunit quatre fois par année afin de renforcer les compétences, d'établir des réseaux et de défendre les intérêts des Autochtones avec d'autres organismes de santé liés au VIH/sida et aux Premières nations.

L'Ontario First Nations HIV/AIDS Education Circle est un réseau d'éducateurs et de coordonnateurs, membres des Premières nations, qui permet l'échange

d'information, de ressources et de services de soutien personnel liés au VIH/sida en Ontario.

Au Québec, le Comité permanent des Premières Nations et des Inuits du Québec contre le VIH/sida [13] a été créé pour mettre en œuvre le programme *The Circle of Hope: the Quebec First Nations and Inuit Strategy against HIV and AIDS* [13], élaboré par la Commission de la santé et des services sociaux des Premières nations du Québec et du Labrador. Le Comité comprend les agents des programmes de lutte contre le VIH/sida dans les villes et les collectivités des Premières nations, une personne vivant avec le VIH/sida, des représentants des Inuits, des Premières nations et des aînés, une infirmière, ainsi que des représentants d'organisations non gouvernementales (ONG) et de ministères et organismes provinciaux et fédéraux, dont l'ASPC.

Dans les provinces de l'Atlantique, le Healing Our Nations Atlantic First Nations AIDS Network [22] soutient les AVVIH/sida, organise des ateliers pour informer les collectivités autochtones sur les questions liées au VIH/sida et travaille à la prévention. L'Atlantic Aboriginal HIV/AIDS Circle est un forum d'intervenants et de personnes participant à la lutte contre le VIH/sida dans les collectivités autochtones qui leur permet d'échanger de d'information, de partager des ressources, de développer des compétences, de renforcer leurs capacités et de se soutenir mutuellement [23].

Le Northwest Territories HIV and Hepatitis C Support Network [24] a été formé en 2008 pour faire connaître aux Autochtones et aux autres habitants des Territoires du Nord-Ouest les programmes et les services de soutien aux personnes vivant avec une infection chronique, y compris le VIH/sida et d'autres ITS, l'hépatite C et la tuberculose, et leur permettre ainsi d'y avoir accès. Le réseau élabore des programmes pour abaisser le pourcentage de maladies infectieuses, soutenir les personnes vivant avec une infection chronique, y compris le VIH/sida, et réduire la discrimination associée aux infections chroniques.

Sur la scène internationale, des Autochtones canadiens travaillant dans le domaine du VIH/sida ont participé par vidéoconférence aux séances destinées aux Autochtones tenues lors des conférences internationales sur le sida de 2006 et 2008, à Toronto et à Mexico respectivement. Une troisième vidéoconférence autochtone est prévue à l'occasion de la conférence qui aura lieu à Vienne en 2010.

6.5 Analyse des programmes

Cette section décrit la répartition des programmes et des projets de lutte contre le VIH/sida chez les populations autochtones au Canada. Ces programmes et projets ont été recensés à l'aide du processus de collecte de données décrit à la section 6.1. Ils sont classés selon les trois catégories suivantes : lutte contre le VIH/sida chez les Autochtones vivant hors réserve; lutte contre le VIH/sida chez les Autochtones vivant dans les réserves; et lutte contre le VIH/sida chez les Autochtones incarcérés. Cette section sert aussi à évaluer dans quelle mesure les interventions actuelles reflètent les réalités et les besoins d'une population définis en fonction des indications dont on dispose.

6.5.1 Lutte contre le VIH/sida chez les membres des Premières nations vivant hors réserve, les Inuits et les Métis

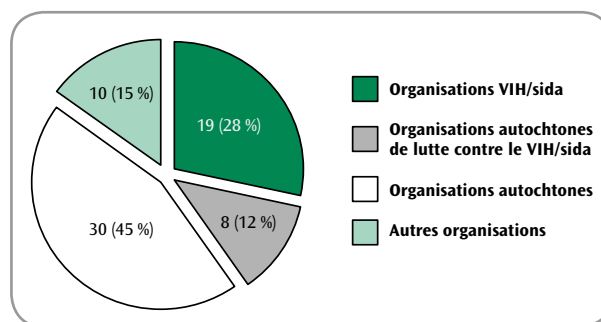
Des organisations variées participent à la lutte contre le VIH/sida chez les Autochtones vivant hors réserve, y compris les groupes autochtones et non autochtones s'intéressant aux enjeux liés au VIH/sida, les centres d'amitié et d'autres groupes autochtones ne s'occupant pas spécifiquement du VIH/sida, les unités de santé publique et les ministères. Ces organisations entreprennent diverses activités pour lutter contre le VIH/sida auprès de leurs populations clientes, notamment en fournissant de l'information et des ressources, en organisant des ateliers et des séances de formation, en sensibilisant les populations à risque élevé, en organisant des groupes de soutien pour les personnes vivant

avec le VIH/sida, en orientant leurs clients vers des soins de santé et des services sociaux, en distribuant des condoms, en échangeant ou en distribuant des seringues, et en organisant des campagnes de sensibilisation dans la collectivité comme des foires sur la santé ou des marches contre le sida.

L'ASPC aide les organisations communautaires dans la prestation de services locaux de prévention, de soins de santé et de soutien aux AVVIH/sida et aux personnes vulnérables à l'infection à VIH dans le cadre de ses programmes communautaires, y compris le Fonds pour les projets sur le VIH/sida des communautés hors réserve des Premières nations, des Inuits et des Métis (qui s'efforce de réduire l'incidence du VIH chez les Autochtones), les Fonds nationaux pour les initiatives visant spécifiquement les populations touchées par le VIH/sida et le Programme d'action communautaire sur le sida. Un certain nombre de projets mentionnés dans cette section sont financés par ces programmes.

Le principal objectif de la collecte de données était de recenser les projets d'une durée limitée (actifs entre 2006 et 2008) qui ont contribué à lutter contre le VIH/sida chez les Autochtones. Les projets et les organisations responsables sont énumérés à l'annexe C. Il importe de souligner que l'analyse ne comprend pas les services liés au VIH/sida qui ont été intégrés aux soins de santé et aux services sociaux provinciaux ou territoriaux réguliers. La figure 13 montre que la collecte de données a permis de répertorier 84 projets d'une durée limitée, dirigés par 67 organisations. Ces organisations sont regroupées dans les quatre catégories suivantes : les organisations s'intéressant aux questions liées au VIH/sida; les organisations s'intéressant à ces questions chez les Autochtones, les organisations autochtones ne s'occupant pas uniquement de ces questions, et d'autres types d'organisations, comme les unités de santé publique, les ministères et les ONG ayant d'autres mandats que celui de la lutte contre le VIH/sida.

Figure 13 : Répartition des projets selon les catégories d'organisations (n=67)



Répartition géographique des projets

Parmi les 84 projets d'une durée limitée examinés, 24 % ont été mis en œuvre au Québec [A54-A73], 19 % en Colombie-Britannique [A4-A19], 16 % en Alberta [A20-A33], 12 % en Ontario [A44-A53], 8 % au Manitoba [A37-A43] et 5 % en Saskatchewan²⁷ [A34-A37]. Les Territoires du Nord-Ouest en comptent 7 % [A79-A84] et les provinces de l'Atlantique, 6 % [A74-A78]. Les projets d'envergure nationale constituent 4 % des projets recensés [A1-A3].

Sous-populations autochtones

Jeunes

Des 84 projets examinés, 24 projets (29%) visaient les jeunes. Ces projets sont répartis dans toutes les régions du Canada. Comme presque le tiers des Autochtones ayant reçu un diagnostic d'infection à VIH ont moins de 30 ans, ils sont une composante importante de la lutte contre cette maladie.

²⁷ Note : Un projet [*Play It Safer Phase II Project*, projet A37] couvre le Manitoba et la Saskatchewan. Il est mentionné pour ces deux provinces à l'annexe C.

Presque tous les projets (21 sur 24) utilisent, comme principal outil de mise en œuvre, des activités de communication de l'information, entre autres, des présentations et des ateliers. Certains projets s'adressent aux jeunes dans les écoles. Chî Kayeh [A64], un programme pilote d'éducation sexuelle pour les élèves des écoles secondaires de deux communautés cris de la Baie James au Québec, intègre les valeurs et les traditions des Cris aux leçons sur la santé en matière de sexualité, les comportements sexuels malsains, la grossesse chez les adolescentes et les compétences liées à l'affirmation de soi.

Quelques projets s'adressent aux jeunes Autochtones à risque élevé. Par exemple, le projet *Na-Me-Res/Tumivut Aboriginal Homeless Youth HIV/AIDS Prevention Initiative: Towards an Urban Aboriginal Approach* [A51], mis en œuvre par la Native Men's Residence, à Toronto, cherche à sensibiliser davantage cette population au risque du VIH/sida et fait la promotion de relations sexuelles plus sûres chez les jeunes Autochtones de la rue à Toronto.

D'autres projets visent aussi les jeunes à risque élevé qui font partie d'autres populations à risque élevé, notamment les utilisateurs de drogue par injection et les femmes à risque élevé. Par exemple, le projet *Circle of Change: Reducing Harm* [A35], mis en œuvre par le Battlefords Family Health Centre en Saskatchewan comprend des activités éducatives sur le VIH/sida pour les jeunes d'un centre correctionnel local. Le *HIV/AIDS Labrador Project* [A77], un partenariat avec le Newfoundland and Labrador AIDS Committee (comité de Terre-Neuve-et-Labrador sur le sida) et le Healing our Nations Atlantic First Nations AIDS Network, œuvre dans le domaine de l'éducation, de la sensibilisation et de la prévention, offre des ressources pour orienter les malades vers les organismes et les services appropriés, et soutient les populations autochtones vulnérables au VIH/sida, notamment les jeunes à risque élevé.

Femmes

Les femmes représentent près de la moitié des nouveaux cas d'infections à VIH chez les Autochtones. Des 84 projets examinés, 13 (15 %) visent cette population [projets A1, A14-15, A35, A38-A39, A49, A52, A65, A69, A71, A74, A77]. Cinq de ces projets cherchent principalement à faciliter l'accès aux soins de santé, tandis que quatre autres sont axés sur le renforcement des capacités chez les femmes autochtones à risque ou vivant avec le VIH/sida.

Trois projets s'adressent aux femmes vivant avec le VIH/sida, en Colombie-Britannique et en Alberta, sans viser exclusivement les femmes autochtones. Le projet *Support Program for HIV Positive Women* [A14], mis en œuvre par le Positive Women's Network à Vancouver, apporte un soutien aux femmes vivant avec le VIH/sida, y compris les Autochtones, qui ont de la difficulté à accéder aux soins, au traitement et au soutien liés au VIH/sida à cause de multiples obstacles (comme la toxicomanie, la pauvreté et le racisme).

Deux projets concernent les femmes s'adonnant au commerce du sexe. L'*Aboriginal Sex Worker Outreach and Education Project* [A49], mis sur pied par le Toronto Prostitute Community Service Project de Maggie's, offre des services d'information, de soutien et d'éducation culturellement adaptés aux femmes autochtones à risque ou vivant avec le VIH/sida s'adonnant au commerce du sexe. Le projet québécois, *CatWoman Mauricie* [A71], réalisé par Sidaction Trois-Rivières, vise à transmettre de l'information sur le VIH/sida et à encourager l'adoption de comportements sexuels plus sûrs chez les femmes s'adonnant au commerce du sexe dans les clubs d'effeuilleuses et les salons de massage ainsi que dans la rue.

Au Québec, deux projets sont axés sur la réduction des méfaits et la communication de l'information chez les femmes autochtones qui fuient des situations de violence et d'abus. Le projet *Harm Reduction* du Native

Women's Shelter of Montreal [A69] vise à améliorer l'accès des femmes autochtones au diagnostic, aux soins et au traitement liés au VIH/sida, en organisant des ateliers, un groupe de soutien et des cérémonies culturelles, en distribuant une brochure sur les ressources disponibles pour les femmes à Montréal et en accompagnant les femmes à des rendez-vous chez le médecin. Le projet mis sur pied par Femmes autochtones du Québec, intitulé *Les femmes autochtones victimes de violence et leur santé sexuelle Vers une prise en charge* [A65], offre des ateliers sur la santé en matière de sexualité pour les femmes autochtones qui résident dans les refuges pour femmes et le personnel qui y travaille un peu partout dans la province.

Utilisateurs de drogue par injection

Comme nous l'avons mentionné au chapitre 2, l'utilisation de drogue par injection est à l'origine de la majorité des nouvelles infections à VIH chez les hommes et les femmes autochtones. Parmi les 84 projets examinés, 11 (13 %) sont axés sur l'utilisation de drogue par injection chez les Autochtones [projets A1, A11-12, A18-19, A35-A36, A57, A59, A72, A77]. Les programmes visant les Autochtones qui s'injectent de la drogue comprennent, entre autres, des activités d'éducation préventive en matière de VIH, des centres d'accueil, des programmes d'échange de seringues et des campagnes de sensibilisation qui comportent souvent une composante de formation par les pairs pour faciliter la transmission de l'information et le renforcement des capacités dans la population visée. Par exemple, le projet *From a Whisper to a Song—Bridging the Peer Collective Together* [A19], réalisé par la Western Aboriginal Harm Reduction Society, organise des ateliers, des forums et des activités de sensibilisation et de formation par les pairs pour les Autochtones qui s'injectent de la drogue et qui résident dans le quartier du Downtown Eastside à Vancouver.

Certains projets axés sur l'utilisation de drogue par injection prévoient également des activités de sensibilisation et des interventions pour réduire les méfaits et améliorer la santé sexuelle. Le projet *The Fire Pit:*

Fanning the Flames [A12], mis en œuvre par Positive Living North: No kheyoh t'sih'en t'sehena Society, prend la forme d'une halte-accueil culturelle qui fait de la prévention et de la sensibilisation culturellement adaptées au sujet de la santé sexuelle et des méfaits liés à l'utilisation de drogue par injection. Le centre facilite également l'accès aux services de diagnostic, aux traitements et aux soins pour les Autochtones vivant avec le VIH/sida ou risquant d'être infectés qui habitent Prince George, en Colombie-Britannique. En Saskatchewan, un projet du Centre de santé familial Battlefords, *Circle of Change: Reducing Harm* [A35], est destiné aux populations autochtones qui courent un risque élevé de contracter le VIH, y compris par l'injection de drogue. Il propose aux femmes un service de porte ouverte centré sur la réduction des méfaits liés à l'utilisation de drogue par injection et l'amélioration de la santé sexuelle, en plus de sensibiliser les jeunes de la rue autochtones à ces questions.

À l'échelle nationale, le Réseau canadien autochtone du sida a lancé un projet pour la création d'un modèle de réduction des méfaits liés à l'utilisation de drogue par injection qui serait culturellement adapté aux femmes, aux jeunes, aux détenus et aux hommes bispirituels d'origine autochtone, *Culturally Appropriate Harm Reduction Program Development: Four Best Practice Approaches to Reducing Harm Associated with Injection Drug Use (and Other Substances) in Aboriginal Communities* [A1]. Le projet prévoit des activités de formation pour aider les fournisseurs de services à mettre en œuvre des programmes adaptés à ces populations.

Gais, lesbiennes, bisexuels, bispirituels et transgenres

Des 84 projets à l'étude, neuf (11 %) ciblaient les gais, lesbiennes, bisexuels, bispirituels, transgenres d'origine autochtone [projets A1, A10, A28, A30, A34, A44-A46, A48]. Outre l'offre de ressources sur les pratiques sages pour orienter la lutte contre le VIH/sida, ces projets mis en œuvre en Colombie-Britannique, en Alberta, en Saskatchewan et en Ontario étaient axés sur l'élaboration et l'animation d'ateliers de formation et de conférences

pour les populations cibles et les fournisseurs de services les desservant afin d'enrichir leurs connaissances, d'accroître leur compétence culturelle et de réduire la stigmatisation et la discrimination. Par exemple, le HIV Network of Edmonton Society a mis en œuvre le projet *Two Spirit Safe Communities* [A28], dans le cadre duquel étaient entre autres offerts des ressources et des ateliers de formation et de sensibilisation à divers organismes œuvrant auprès de bispirituels vivant avec le VIH/sida ou risquant d'en être infectés afin de réduire la stigmatisation et la discrimination dont sont victimes les populations bispirituelles, notamment les jeunes. En Saskatchewan, le projet *A Journey of Healing, Aboriginal People Living with HIV/AIDS (APHAs) Joining the Circle, Two Spirit People Joining the Circle* [A34], de l'All Nations Hope AIDS Network, prévoyait la création d'un manuel sur la réduction des méfaits à l'intention des bispirituels ainsi que la formation d'AVVIH/sida pour la tenue d'ateliers connexes. Par ailleurs, le projet *2 Spirits Trans* [A45], mené par l'organisme torontois 2-Spirited People of the 1st Nations, a permis de préparer un guide des pratiques sages ainsi que des ateliers de formation axés sur la définition des besoins des transgenres et autochtones et la valorisation de leurs expériences.

Autochtones vivant avec le VIH/sida

Des 84 projets à l'étude, 31 (37 %) ciblaient les AVVIH/sida [A4, A7, A9-A10, A13-A15, A16-A18, A20-A21, A29, A32-A34, A37-A38, A42-A43, A48, A53-A54, A56, A66, A60, A70, A74, A77, A81, A83]. Ces projets proposaient des activités pour faciliter l'accès des AVVIH/sida à des services de diagnostic et de soutien, à des soins et à des traitements, ainsi qu'une réflexion pour définir les besoins particuliers de ces populations. Par exemple, un projet pilote auquel ont pris part l'ASPC, Ressources humaines et Développement des compétences Canada (Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance) et le Centre de santé communautaire Nine Circles de Winnipeg, avait pour but d'améliorer l'accès aux services ainsi que les résultats pour la santé des AVVIH/sida et d'aider ceux-ci à éviter de sombrer dans l'itinérance [A43].

Les projets centrés sur les besoins des AVVIH/sida comportaient souvent un volet de renforcement des capacités pour former ceux-ci afin qu'ils sensibilisent leurs pairs aux moyens de prévenir le VIH/sida. Par exemple, le Centre de santé communautaire Nine Circles de Winnipeg, par son projet *An Integrated Community-Based Response to HIV/AIDS* [A42], offre aux AVVIH/sida des activités de renforcement des capacités, plus précisément en leur proposant une formation pour devenir bénévoles.

Un projet du Réseau canadien autochtone du sida, intitulé *Encourager les dirigeants de communautés à mettre fin aux stigmates et à la discrimination à l'endroit des gens aux prises avec le VIH/sida* [A2], était plutôt axé sur la stigmatisation et la discrimination. Ses concepteurs ont mis à profit les techniques de marketing social pour accroître les connaissances des dirigeants autochtones relativement au VIH/sida et les sensibiliser aux problèmes de stigmatisation et de discrimination que vivent les AVVIH/sida.

Projets particulièrement conçus pour les Premières nations, les Inuits ou les Métis

Des 84 projets à l'étude, 13 ciblaient des populations des Premières nations [A6, A8, A17, A22, A30, A32, A64, A74-A76, A78, A80, A84], quatre, des populations métisses [A25-A27, A31], et deux, des populations inuites [A3, A82].

Projets visant les Premières nations

Des 13 projets visant les populations des Premières nations, sept étaient axés sur les jeunes [A8, A22, A30, A64, A76, A78, A84], quatre, sur les personnes vivant avec le VIH/sida [A17, A32, A74, A80], et un, sur les femmes [A74]. Les projets particulièrement conçus pour ces populations avaient surtout pour but de renseigner au sujet du VIH/sida. Par exemple, en Alberta, le projet *Astawinitan (Let's Put it Out)* [A22] de l'Athabasca Native Friendship Centre Society a notamment pris la forme d'ateliers dans les écoles primaires et secondaires pour sensibiliser et informer davantage les élèves au sujet du VIH/sida. Pour sa part, la Hiyye'yu Lelum Society

(maison de l'amitié), basée à Duncan, en Colombie-Britannique, a préparé le contenu d'ateliers sur le VIH/sida, le VHC et la santé sexuelle animés par des jeunes, dans le cadre de son projet *Kwam Kwum Súli: Strengthening the Spirit* [A8].

Trois des projets destinés aux Premières nations traitaient plus particulièrement de problèmes de coinfection par le VIH. Par exemple, le programme de sensibilisation à l'hépatite C et au VIH/sida de la Tlicho Community Services Agency [A84], mis en œuvre dans les Territoires du Nord-Ouest, avait pour objectif de lutter contre les taux élevés d'ITS dans la région de Tlicho par la tenue d'ateliers et la distribution de ressources dans les collectivités isolées. Au Yukon, dans le cadre du projet *Bringing the HIV and Hepatitis C Risk Assessment Guidelines to Remote and Rural Northern Communities* [A80], le Conseil des Premières Nations du Yukon a organisé des ateliers pour faire connaître les moyens de transmission et les méthodes de prévention des ITS, promouvoir les pratiques favorisant la réduction des méfaits et soutenir les AVVIH/sida ainsi que les résidents des collectivités rurales éloignées du Nord qui vivent avec le VHC.

En Colombie-Britannique, le ministère de la Vie saine et du Sport apporte son appui à une analyse qualitative et quantitative des services offerts pour contrer le VIH/sida chez les populations autochtones de la province [A6]. Cette initiative, réalisée en partenariat avec le Conseil de santé des Premières Nations de la Colombie-Britannique ainsi qu'avec les bureaux régionaux de l'ASPC et de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, en plus des autorités de la santé provinciales, fournira un outil de planification utile pour combler les lacunes et étendre de façon équitable la prestation des services aux Autochtones.

Projets visant les Métis

Les quatre projets visant les Métis ont été menés dans des collectivités métisses albertaines. Ainsi, des évaluations des besoins liés au VIH/sida ont été entreprises dans les collectivités de Buffalo Lake [A25]

et de Peavine [A31]. Elles ont aussi permis l'analyse de problèmes connexes et l'identification d'approches pour répondre aux besoins cernés. Les deux autres projets, soit le *Grande Prairie Youth Wellness Project* [A27] et l'*Eastern Métis Settlements HIV Cultural Camp* [A26], visaient surtout à informer les jeunes Métis au sujet du VIH/sida au moyen de conférences et d'ateliers qui, en plus de communiquer des données sur la santé, comportaient entre autres des enseignements culturels et des activités artistiques, et faisaient parfois intervenir des Aînés.

Projets visant les Inuits

Deux des projets visant les Inuits sur lesquels s'appuie la présente étude ont été élaborés par l'association Pauktuutit Inuit Women of Canada. Le premier, *Aj-jigijaunningittuq: Addressing the HIV Needs of Inuit in Urban Centres* [A3], examinait la documentation actuellement offerte aux Inuits vivant dans les centres urbains au sujet des services de prévention, de diagnostic, de soins et de soutien liés au VIH. Il prévoyait également la tenue d'entrevues avec des hommes et femmes inuits pour cerner les lacunes dans les services. Le second, *Increasing Sexual Health Capacity and Building Supportive Community for HIV-Positive Inuit* [A82], consistait notamment en une évaluation des besoins des Inuits en matière de santé sexuelle pour déterminer les secteurs de recherche et les programmes prioritaires, et mettre sur pied des ateliers culturellement adaptés sur le VIH/sida.

6.5.2 Lutte contre le VIH/sida chez les populations des Premières nations vivant dans les réserves

Santé Canada met en œuvre des programmes communautaires dans l'ensemble des collectivités des Premières nations se trouvant dans les réserves ainsi que des services de soins primaires dans les collectivités des Premières nations éloignées ou isolées qui ne sont pas desservies par les organismes de santé provinciaux ou régionaux. En ce qui a trait au VIH/sida, Santé Canada offre des programmes d'éducation et de prévention

du sida, outre des services connexes, aux populations des Premières nations dans les réserves et à quelques collectivités inuites. Les présentes données concernant les programmes de lutte contre le VIH/sida dans les réserves ont été recueillies avec l'aide du sous-groupe de travail régional sur le VIH/sida de Santé Canada²⁸. Il importe de noter qu'elles ne couvrent pas les services liés au VIH/sida qui font partie des soins de santé primaires offerts dans les réserves, comme le diagnostic ou le traitement du VIH. Cette section porte exclusivement sur les programmes et services de prévention du VIH/sida ainsi que sur les soins et les traitements dépassant la portée des soins de santé primaires.

L'approche programmatique adoptée pour aider les collectivités des Premières nations dans les réserves à lutter contre le VIH/sida prévoit des activités et des programmes exécutés par les collectivités elles-mêmes, des organismes autochtones et les différents ordres de gouvernement. Le processus de collecte de données s'est étendu à un vaste éventail de programmes et de projets destinés à diverses populations à la fois, entre autres, des ateliers, des présentations et des conférences, des services de soutien et d'aiguillage, des programmes d'échange de seringues et des ressources culturellement adaptées relativement au VIH/sida.

Activités de prévention générales

Bon nombre des activités cernées lors du processus de collecte de données sont axées sur la prévention – mesures de sensibilisation et d'information, notamment sous la forme de présentations, d'ateliers et de conférences. Les collectivités des Premières nations de l'ensemble du Canada se voient souvent offrir des fonds afin d'exécuter leurs propres projets pour lutter contre le VIH/sida, prévenir les ITS et les co-infections, favoriser la santé sexuelle et régler d'autres problèmes connexes. De plus, des organismes de services liés au sida (OSS) peuvent tenir des séances d'information à l'intention des collectivités des Premières nations. Par exemple, les OSS autochtones Healing Our Nations

(provinces de l'Atlantique), All Nations Hope AIDS Network (Saskatchewan) et Healing Our Spirit (Colombie-Britannique) offrent tous des séances d'information sur le VIH/sida aux collectivités des Premières nations se trouvant sur le territoire qu'ils desservent. Au Manitoba, Santé Canada propose aux collectivités des Premières nations des présentations pour les sensibiliser aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (comme le VIH). Une conférence a ainsi été tenue à l'intention de représentants d'organismes de santé communautaires des Premières nations au Manitoba pour mieux les informer au sujet du VIH/sida, des ITS, de la tuberculose et de l'immunisation à l'échelle communautaire. En Alberta, toutes les collectivités des Premières nations participent à des campagnes de sensibilisation favorisant l'échange de renseignements, par exemple au moyen d'activités communautaires, de jeux et de stands d'information où on fait la promotion des relations sexuelles protégées.

Renforcement des capacités et des ressources

Dans plusieurs régions, il est fait mention, outre la tenue d'ateliers d'éducation à l'intention des membres de la collectivité, d'activités de formation pour le personnel d'organismes œuvrant auprès de clients issus des Premières nations. Au Québec, on a fait part d'un projet dans le cadre duquel des infirmières offrant des soins à des collectivités des Premières nations et inuites ont été formées pour mieux conseiller et éduquer les jeunes Autochtones relativement à la contraception et aux ITS. En Colombie-Britannique, le programme Chee Mamuk propose aux employés d'organismes autochtones, des Premières nations ou non, de participer à un atelier de cinq jours pour acquérir les connaissances et les compétences nécessaires afin de mieux intervenir pour combattre le VIH/sida et régler des problèmes connexes chez les populations autochtones. Mentionnons aussi, en ce qui concerne la Colombie-Britannique, les ateliers offerts par le Red Road HIV/AIDS Network aux dirigeants des Premières nations pour les sensibiliser aux obstacles à la prestation de services dans les réserves, y compris par rapport au VIH/sida.

28 L'information n'était cependant pas disponible pour les régions de l'Ontario et du Nord.

Le processus de collecte de données a montré que l'élaboration d'outils culturellement adaptés aux Premières nations constitue un moyen de lutter contre le VIH/sida dans certaines régions. La Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) a travaillé de concert avec les collectivités des Premières nations et des organismes autochtones à la création d'une brochure informative sur le VIH/sida. Elle a également publié deux éditions d'un bulletin consacré au VIH/sida, aux ITS, à la contraception et à des questions connexes (*Circle of Hope – Le cercle de l'espoir*). En Colombie-Britannique, le programme Star in Your Own Stories permet à de jeunes Autochtones de concevoir leur propre campagne de promotion de la santé sexuelle, laquelle comprend un DVD et du matériel promotionnel. De plus, le Red Road HIV/AIDS Network, un réseau autochtone de fournisseurs de services liés au sida en Colombie-Britannique, a une bibliothèque qui envoie des documents traitant du VIH/sida à ses clients. Les jeunes des collectivités des Premières nations en Alberta ont aussi préparé des DVD contenant des messages clés au sujet du VIH/sida, des ITS, du VHC, de la santé sexuelle et de la consommation de drogue.

Femmes

Bien que les femmes représentent presque la moitié de tous les nouveaux cas d'infection à VIH parmi les Autochtones, seules quelques-unes des activités de prévention et de sensibilisation parmi celles recensées lors de la collecte de données s'adressent plus particulièrement à elles. Au Québec, l'organisme autochtone Femmes autochtones du Québec offre aux femmes des ateliers sur le VIH/sida en innu. En Colombie-Britannique, l'organisme Chee Mamuk, qui relève des services de santé provinciaux, a conçu un projet (Around the Kitchen Table) qui encourage l'autonomie des femmes autochtones dans les collectivités éloignées en associant des activités d'enseignement traditionnelles à la sensibilisation au VIH/sida. En Alberta se tient un rassemblement pour femmes de toutes les collectivités des Premières nations de la province. Cet événement

permet de diffuser de l'information sur divers sujets, dont la santé sexuelle, le VIH/sida, les ITS, l'hépatite C ainsi que la consommation d'alcool et de drogue.

Jeunes

Dans la mesure où la population autochtone est plus jeune que le reste de la population canadienne et où près du tiers des Autochtones chez lesquels on a diagnostiqué une infection par le VIH sont âgés de moins de 30 ans, les initiatives ciblant les jeunes Autochtones doivent faire partie intégrante d'une approche globale. Divers projets visant les jeunes des Premières nations dans les réserves au Québec, en Saskatchewan et en Colombie-Britannique ont ainsi été cernés. Les collectivités des Premières nations de la Saskatchewan signalent pour leur part l'existence de nombreux projets et programmes qui mettent l'accent sur l'éducation et la sensibilisation des jeunes à des problèmes tels que le VIH/sida, les ITS, le VHC, la santé sexuelle, les répercussions de la consommation de drogue et d'alcool sur le comportement sexuel, l'estime de soi et la culture. Deux collectivités ont mis sur pied une troupe de théâtre pour les jeunes qui présente une série de pièces sur le VIH/sida, les ITS et la santé sexuelle, à la suite desquelles ont lieu des discussions avec le public. En Colombie-Britannique, Chee Mamuk a élaboré un programme destiné aux jeunes des Premières nations, Star in Your Own Stories, qui encourage les jeunes à monter leurs propres campagnes sur la santé sexuelle, plus particulièrement sur le VIH/sida, les ITS, le dépistage et la santé sexuelle. En Alberta, on a recours à une trousse de prévention de la violence chez les jeunes qui, en plus d'établir des liens entre la violence chez les jeunes et le VIH/sida, les ITS et la consommation de drogue, permet de former des travailleurs communautaires pour la production de présentations et d'ateliers dans leur propre collectivité. Par ailleurs, tous les ans, la région de l'Alberta rassemble pendant cinq jours des jeunes issus de toutes les collectivités des Premières Nations sur son territoire afin de former des animateurs qui pourront produire des présentations sur différents thèmes, comme la santé sexuelle, le VIH/sida, les ITS, le VHC et la consommation de drogue, dans leur propre collectivité.

Utilisateurs de drogue par injection

Les utilisateurs de drogue par injection représentent la principale catégorie de personnes risquant de contracter le VIH, à la fois chez les hommes et les femmes autochtones. Plusieurs régions, y compris les provinces de l'Atlantique, le Manitoba et la Saskatchewan, font état de programmes d'échange de seringues dans les collectivités des Premières nations se trouvant sur leur territoire. Au Québec, l'organisme Pikatemp propose des services de dépistage et des interventions aux populations difficiles à atteindre risquant d'être infectées par le VIH, notamment aux utilisateurs de drogue par injection. Les membres des collectivités d'Abitibi dans la région ont accès au programme. En Alberta, cinq collectivités des Premières nations participent à un programme, Harm Reduction 101/Leaving the Rez, qui fournit non seulement de l'information à ses participants vivant à l'intérieur ou à l'extérieur des réserves, mais offre aussi une tournée guidée des programmes, des refuges, des haltes et des centres médicaux des quartiers défavorisés du centre des grandes villes. Le programme permet d'aborder différents problèmes, tels le VIH/sida, les ITS, le tatouage et le perçage, la santé sexuelle et la consommation de drogue, y compris par injection.

Autochtones vivant avec le VIH/sida

Nombreux sont les projets répertoriés qui mettent l'accent sur la prévention du VIH, mais peu fournissent du soutien aux AVVIH/sida vivant dans les réserves. Healing Our Nations, OSS autochtone de la région de l'Atlantique, propose pour sa part des groupes d'entraide aux AVVIH/sida. Si des OSS autochtones d'autres provinces offrent également du soutien aux AVVIH/sida, celui-ci n'est pas forcément accessible aux personnes vivant dans les réserves, plus particulièrement dans les collectivités des Premières nations rurales ou éloignées.

6.5.3 Lutte contre le VIH/sida auprès des détenus autochtones

Comme il en est fait mention au chapitre 4, les Autochtones sont surreprésentés dans les systèmes carcéraux fédéral et provinciaux-territoriaux. C'est la raison pour laquelle des données ont été recueillies au sujet des projets et des programmes mis en œuvre dans les prisons fédérales, provinciales et territoriales en vue de prévenir le VIH et la consommation de drogue, ainsi que des programmes culturels autochtones, susceptibles de rendre les Autochtones actuellement détenus, ou qui l'ont été, moins vulnérables au VIH. Comme le précise la section 6.1, les données sur lesquelles s'appuie cette partie du rapport ont été recueillies avec l'aide du Groupe de travail fédéral-provincial-territorial des responsables des services correctionnels sur la santé. De plus, huit projets destinés aux détenus autochtones ont été cernés lors du processus de collecte de données se rapportant aux populations autochtones ne vivant pas dans les réserves. Certains de ces projets sont également décrits ci-dessous.

Prévention du VIH

Dans les pénitenciers fédéraux, les programmes de prévention du VIH sont mis en œuvre par l'intermédiaire de conseillers personnels ou sous la forme d'ateliers de formation ou encore de présentations offertes par des organismes communautaires. Par exemple, le cours Aboriginal Peer Education permet de former des détenus autochtones afin qu'ils puissent sensibiliser et soutenir leur pairs par rapport, entre autres, aux maladies infectieuses et à la réduction des méfaits. Au Québec, le projet Cercle de partage et sensibilisation [A62], de la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, prévoit la tenue d'ateliers de prévention du VIH/sida culturellement adaptés aux détenus autochtones des établissements fédéraux du Québec.

Dans les établissements correctionnels provinciaux-territoriaux, les programmes de prévention du VIH sont généralement mis en œuvre dans le cadre de l'un des deux modèles mentionnés – par l'intermédiaire de conseillers personnels ou sous la forme d'ateliers de formation ou encore de présentations offertes par des organismes communautaires. La plupart du temps, les services proposés ne s'adressent pas particulièrement aux Autochtones. Dans le premier modèle de mise en œuvre, des infirmières spécialisées en santé publique ou d'autres membres du personnel des établissements correctionnels fournissent des conseils au sujet du VIH ou organisent des ateliers de formation, au moment de l'admission ou sur demande. En Alberta, une vidéo traitant de la réduction des méfaits, intitulée « Getting Out and Staying Safe », est mise à la disposition de tous les délinquants détenus dans des établissements correctionnels provinciaux afin qu'ils le visionnent avant leur libération.

Dans le deuxième modèle de mise en œuvre, des organismes communautaires organisent des ateliers de formation sur le VIH ou des présentations à l'intention des détenus – c'est le cas, par exemple, au Québec, en Ontario et en Alberta. Ainsi, en Ontario, dans le cadre du Programme de liaison pour les détenus autochtones, des organismes communautaires offrent des présentations sur le VIH/sida derrière les barreaux. En Saskatchewan, le projet *Circle of Change: Reducing Harm* [A35] du Centre de santé familial Battlefords prévoyait la formation d'équipes de sensibilisation au VIH/sida ciblant des jeunes et des adultes de deux établissements correctionnels de la province. Pour sa part, le gouvernement de la Colombie-Britannique dirige un projet pilote aux points de service de cinq établissements correctionnels. Ce projet vise à permettre aux détenus de demander et d'obtenir un dépistage du VIH ainsi que, avant et après celui-ci, des conseils et des renseignements au sujet du VIH/sida par le personnel infirmier.

Quelques projets destinés à d'anciens détenus autochtones, qui visent à informer ceux-ci du VIH/sida et d'autres questions touchant la santé et le mode de vie, ont été cernés. Parmi eux, notons le projet *HIV/AIDS Policy Development and Implementation for APHA Offender Transitional Services* [A7], de la Healing Our Spirit BC Aboriginal HIV/AIDS Society, qui avait notamment pour but de préparer des ressources et des ateliers pour enrichir les connaissances du personnel de transition et des organismes œuvrant auprès des Autochtones actuellement détenus, ou qui l'ont été, en vue d'améliorer le soutien aux délinquants autochtones touchés par le VIH/sida en Colombie-Britannique. En Alberta, *Full Circle* [A29], un projet de la Fondation Kimamow Atoskanow, prévoyait l'élaboration de documents culturellement adaptés pour discuter de la santé sexuelle et des pratiques de réduction des méfaits à l'intérieur et à l'extérieur du milieu carcéral, et animer des ateliers de sensibilisation à l'importance du mode de vie à l'intention de personnes actuellement derrière les barreaux, ou l'ayant été.

Le Service correctionnel du Canada (SCC) propose un modèle de services cliniques de planification de la libération pour assurer la continuité des soins de santé dispensés aux délinquants vivant avec le VIH/sida. Ce modèle mise sur l'entretien des liens avec les collectivités autochtones, l'établissement de contacts et l'aiguillage vers les ressources communautaires afin de permettre un accès rapide aux services. Le SCC s'est aussi doté d'une stratégie sur la santé des Autochtones, qui tient compte de l'ensemble des initiatives touchant la santé et véhicule une approche globale de la santé et du bien-être auprès des délinquants autochtones. Cette stratégie met davantage l'accent sur les besoins des délinquants autochtones en matière de santé, notamment en ce qui a trait au VIH/sida.

Consommation de drogue ou d'alcool

Comme il en est fait mention au chapitre 2, une enquête menée auprès de détenus d'établissements fédéraux en 2000 a révélé que 92 % des Autochtones avaient fait part d'un problème de consommation de drogue ou d'alcool lors de l'admission [25]. La sur-représentation des Autochtones dans les prisons canadiennes expose ceux-ci à des risques élevés d'infection par le VIH à cause de leur tendance à adopter certains comportements à risque, comme la consommation de drogue par injection [26].

Le SCC et certaines prisons provinciales et territoriales offrent un traitement de substitution à la méthadone. De plus, dans les pénitenciers fédéraux, le SCC met en œuvre deux programmes conçus pour aider les détenus autochtones à surmonter leur problème de consommation de drogue ou d'alcool, soit le Programme pour délinquants autochtones toxicomanes (PDAT) pour les hommes et le Programme Esprit de guerrière pour les femmes. Le premier, d'intensité élevée, consiste en 72 séances de formation de deux heures sur une période de 13 semaines. Suivant une approche globale, il examine les aspects physique, mental, émotionnel et spirituel de la toxicomanie. Il intègre aussi des éléments culturels, entre autres, des activités cérémonielles combinées avec des pratiques sages actuelles, utiles au traitement de la toxicomanie. Destiné aux femmes autochtones, le programme Esprit de guerrière a été conçu pour prévenir la violence chez les délinquantes autochtones à risque élevé. Il a récemment été revu afin d'inclure un volet sur la toxicomanie. Il propose plus particulièrement des moyens d'échapper à la violence pendant l'enfance et l'adolescence ainsi qu'à l'âge adulte. L'intervention en profondeur sur laquelle il mise vise à réduire le risque de récurrence de la violence ainsi que le risque de rechute dans la toxicomanie, à resserrer les liens familiaux, à améliorer les capacités de communiquer et de surmonter les difficultés, et à intégrer la culture et la spiritualité autochtones à tous les aspects comportementaux ainsi que dans la vie quotidienne. Les deux programmes sont mis en œuvre sous la direction d'un Aîné autochtone et d'un agent

correctionnel autochtone, dûment formé. La conception et la mise en œuvre de programmes visant à aider les Autochtones à régler leur problème de consommation de drogue ou d'alcool dans le système carcéral fédéral sont importantes étant donné la présence de nombreux Autochtones toxicomanes dans les prisons et les répercussions de la consommation de drogue sur les risques d'infection par le VIH.

À l'exception de ceux du Québec et du Nunavut, les gouvernements provinciaux et territoriaux offrent des programmes de lutte contre la toxicomanie, sous une forme ou une autre, dans leurs établissements correctionnels. Cependant, seul le gouvernement ontarien met en œuvre des programmes conçus pour les détenus autochtones (Eastern Door pour les hommes et Understanding the Journey pour les femmes). Plusieurs provinces et territoires proposent des programmes généraux pour contrôler la consommation de drogue, qui ne s'adressent pas particulièrement à des détenus autochtones. Par exemple, les établissements correctionnels du Nouveau-Brunswick permettent l'accès aux programmes des Alcooliques Anonymes et des Narcotiques Anonymes, ainsi qu'à différents services offerts par des centres communautaires locaux spécialisés. En Saskatchewan, les programmes de lutte contre la toxicomanie comprennent le « programme prélibératoire pour toxicomanes » ainsi qu'un traitement de substitution à la méthadone. Les établissements accueillant de jeunes délinquants en Saskatchewan forment des partenariats officiels et non officiels avec les services de toxicomanie régionaux en vue d'offrir des services d'évaluation, de traitement, de consultation et de planification de la réintégration dans le cadre d'un modèle de réduction des méfaits. Par ailleurs, le programme Substance Abuse Management est accessible à l'ensemble des détenus des établissements correctionnels de la Colombie-Britannique. Basé sur les principes orientant la réduction des méfaits, ce programme éducatif prépare les détenus à participer à une série de 18 ateliers sur le traitement de la toxicomanie, animés par le personnel des services correctionnels.

Programmes culturels autochtones

La culture est perçue comme un important facteur favorisant le bien-être mental, physique, émotionnel et spirituel des Autochtones qui vivent avec le VIH/sida ou risquent d'en être infectés. Les pénitenciers fédéraux et certains établissements provinciaux et territoriaux offrent des programmes culturels autochtones.

À l'intérieur des pénitenciers fédéraux, les unités « Sentiers autochtones » fournissent un environnement positif et propice à la guérison aux Autochtones qui s'engagent sur la voie de la guérison personnelle en s'inspirant d'approches culturelles traditionnelles, y compris en profitant des services d'Aînés et d'autres programmes et interventions. Ces unités sont situées dans les prisons pour hommes à sécurité moyenne ainsi que dans les établissements pour femmes des cinq régions desservies par le SCC. Les pavillons de ressourcement proposent des programmes culturellement adaptés aux Autochtones dans un lieu physique où sont mis en valeur différents éléments de la culture autochtone. Des programmes personnalisés, favorisant notamment la transmission d'enseignements et de conseils de sages ainsi que la tenue d'ateliers et de cérémonies, sont mis en œuvre dans un but de guérison et de préparation en vue d'une libération dans la collectivité. Il existe huit pavillons de ressourcement au Canada – sept pour les hommes et un pour les femmes. Quatre d'entre eux sont gérés par le SCC, alors que les autres fonctionnent sous la direction de collectivités autochtones dans le cadre d'une entente avec le SCC. À ces deux programmes s'ajoutent ceux axés sur la prévention du VIH et la consommation de drogue décrits dans la section précédente, qui s'adressent aussi aux Autochtones et misent sur une approche de guérison globale.

La majorité des établissements correctionnels provinciaux et territoriaux proposent différents programmes culturels pour les Autochtones. Plusieurs gouvernements provinciaux ne ménagent pas les efforts à cet égard, entre autres, ceux de l'Ontario, de la Saskatchewan, de l'Alberta

et de la Colombie-Britannique. Les programmes offerts en Ontario traitent notamment de la consommation de drogue, de la criminalité et de questions s'inscrivant dans le contexte de la colonisation – c'est le cas, par exemple, du Healing Journey Aboriginal Women's Intensive Program, de l'Aboriginal Men's Intensive Substance Abuse Program, de l'Aboriginal Men's Intensive Integrated Program Turning Full Circle et des programmes The Eastern Door (pour les hommes autochtones) et Understanding the Journey (pour les femmes autochtones). En Saskatchewan, les programmes culturels autochtones destinés aux adultes prévoient la tenue de séances de consultation personnelles, d'événements spirituels et culturels, et de cercles de la parole, outre la visite d'enfants pour mettre l'accent sur différentes questions touchant, entre autres, les compétences parentales, les troubles causés par l'alcoolisation fœtale, l'alphabétisation et la gestion de la colère. Dans les établissements destinés aux jeunes, les programmes culturels prévoient la transmission d'enseignements traditionnels, le counseling, la tenue d'événements spirituels et culturels et la mise en œuvre d'initiatives de réintégration en partenariat avec des conseils régionaux des Premières nations. Les programmes culturels de la Colombie-Britannique misent pour leur part sur l'éducation culturelle, les cérémonies et les conseils d'Aînés. Au Québec, les Autochtones peuvent bénéficier d'un accès aux services d'Aînés, mais celui-ci, qui ne fait pas partie d'un programme culturel plus vaste, est déterminé à l'échelle individuelle. Par ailleurs, les gouvernements de l'Ontario, de la Saskatchewan, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique mettent en œuvre des programmes visant la formation d'agents de liaison auprès des Autochtones ou de coordonnateurs d'initiatives pour les Autochtones ou de programmes et de services destinés aux Autochtones, outre la prestation de services d'Aînés. Les gouvernements du Yukon, des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut s'appliquent également à offrir des programmes culturels aux détenus autochtones. Au Nunavut, un programme de ce type permet la réalisation d'activités traditionnelles sur les terres, et un autre offre la possibilité de créer des sculptures traditionnelles.

6.6 Références

- [1] Agence de la santé publique du Canada. *L'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada : renforcer l'intervention fédérale dans la réponse du Canada au VIH/sida* [document Internet], Ottawa, ASPC, 2004. Accessible sur Internet : http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/fi-if/fa-if/pdf/fed_init_f.pdf [consulté en janvier 2009].
- [2] Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le sida. *Un portrait national : rapport sur la réponse des gouvernements à l'épidémie de VIH/sida au Canada*, Ottawa, F/P/T sida, novembre 2004.
- [3] Association canadienne de santé publique. *Au premier plan : le Canada se mobilise contre le VIH/sida (2005-2010)* [document Internet], Ottawa, ACSP, octobre 2005. Accessible sur Internet : http://www.premierplan.ca/pdf/au_premier_plan.pdf [consulté en mai 2008].
- [4] Réseau canadien autochtone du sida. *Stratégie autochtone sur le VIH/sida au Canada II pour les Premières nations, les Inuit et les Métis de 2009 à 2014*, Ottawa, RCAS, 2009.
- [5] Barlow, K. *Renforcement des liens – Renforcement des communautés : une stratégie autochtone canadienne sur le VIH/sida* [document Internet], Ottawa, Réseau canadien autochtone du sida, 2003. Accessible sur Internet : http://www.caan.ca/french/grfx/resources/publications/Strengthening_ties.pdf [consulté en juin 2008].
- [6] Pauktuutit Inuit Women of Canada. *Inuit Plan of Action for HIV/AIDS* [document Internet], Ottawa, PIWC, 2002. Accessible sur Internet : <http://www.pauktuutit.ca/hiv/downloads/Reports/Plan%20of%20Action.pdf> [consulté en juin 2008].
- [7] B.C. Aboriginal HIV/AIDS Task Force. *The Red Road, Pathways to Wholeness: an Aboriginal Strategy for HIV and AIDS in BC* [document Internet], Vancouver, ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique, 1999. Accessible sur Internet : <http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/1999/red-road.pdf> [consulté en mars 2009].
- [8] Northern Aboriginal HIV/AIDS Task Force. *An Aboriginal Strategy on HIV/AIDS for Northern British Columbia* [document Internet], Terrace, Northern Aboriginal HIV/AIDS Task Force, 2008. Accessible sur Internet : http://www.nwtgroup.com/aids_task_force/hiv_task_force_plan.pdf [consulté en juin 2008].
- [9] *Tree of Creation—Alberta Aboriginal HIV Strategy 2001-2004*, Santé Canada et ministère de la Santé et du Bien-être de l'Alberta, 2001. Accessible sur Internet : <http://www.assembly.ab.ca/lao/library/egovdocs/alhw/2001/135944.pdf> [consulté en novembre 2009].
- [10] Provincial Strategy Team on HIV, Blood-borne Pathogens and Injection Drug Use. *At Risk: Recommendations for a Strategy on HIV, Blood-Borne Pathogens and Injection Drug Use* [document Internet], Regina, ministère de la Santé de la Saskatchewan, août 2002. Accessible sur Internet : <http://www.health.gov.sk.ca/hiv-strategy-recommendations> [consulté en juin 2009].
- [11] Santé Manitoba. *As Long as the Waters Flow: an Aboriginal Strategy on HIV/AIDS* [document Internet], Winnipeg, ministère de la Santé du Manitoba, 2004. Accessible sur Internet : <http://www.gov.mb.ca/health/aids/waters.pdf> [consulté en mars 2009].
- [12] *Ontario Aboriginal HIV/AIDS Strategy: A Strategic Plan for the Years 2006-2011* [document Internet], Toronto, Stratégie ontarienne de lutte contre le VIH et le sida à l'intention des Autochtones, 2006. Accessible sur Internet : http://www.oahas.org/documents/OAHAS_Strategic_Plan_2006-2011.doc [consulté en juillet 2008].
- [13] Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. *Cercle de l'espoir - Stratégie des Premières Nations et des Inuits du Québec contre le VIH et le sida*, Wendake, CSSSPNQL [site Web], 2000. Accessible sur Internet : <http://www.cssspnql.com/fr/sante/vih-sida.htm> [consulté en mars 2009].

[14] Planning Committee of the International Indigenous Peoples' Satellite. *The Toronto Charter: Indigenous Peoples' Action Plan on HIV/AIDS 2006* [document Internet], Toronto, 2-Spirited People of the 1st Nations, 2006. Accessible sur Internet : <http://www.2spirits.com/TorontoCharter06.pdf> [consulté en juillet 2008].

[15] Agence de la santé publique du Canada. *Conseil national autochtone sur le VIH/sida* (CNAVS) [document Internet], Ottawa, ASPC, 2007. Accessible sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/fi-if/national-fra.php> [consulté en novembre 2009].

[16] Réseau canadien autochtone du sida. Vancouver, RCAS [site Web] 2009. Accessible sur Internet : www.caan.ca [consulté en juin 2009].

[17] Pauktuutit Inuit Women of Canada. *Sexual health, HIV/AIDS & hepatitis C* [site Web], 2006. Accessible sur Internet : <http://pauktuutit.ca/hiv/main.html> [consulté en juin 2009].

[18] Red Road HIV/AIDS Network. Vancouver, Red Road HIV/AIDS Network Society [site Web], 2009. Accessible sur Internet : <http://www.red-road.org/index.html> [consulté en juin 2009].

[19] Varley, L. *Renewing our Response: Provincial Aboriginal HIV/AIDS Forum* [document Internet], Vancouver, Autorité en matière de services de santé de la Colombie-Britannique, 2005. Accessible sur Internet : <http://www.phsa.ca/NR/rdonlyres/51AD09FE-AC78-4440-8330-8337773A900F/13767/RenewingOurResponseReportFinal.pdf> [consulté en octobre 2008].

[20] All Nations Hope AIDS Network. Regina, ANHAN [site Web], avril 2009. Accessible sur Internet : <http://www.allnationshope.ca> [consulté en juin 2009].

[21] Manitoba First Nations AIDS Working Group. Winnipeg, Manitoba First Nations AIDS Working Group [site Web], 2009. Accessible sur Internet : <http://www.mfnawg.ca/default.htm> [consulté en juin 2009].

[22] Healing Our Nations. Dartmouth, Healing Our Nations [site Web], 2008. Accessible sur Internet : <http://www.hon93.ca> [consulté en juin 2009].

[23] Yuzicapi Fayant, A. « Atlantic Aboriginal HIV/AIDS Circle: Collaboration, Co-operation and Consensus among Aboriginal HIV/AIDS Stakeholders in the Atlantic Region », 12^e Congrès canadien annuel sur la recherche sur le VIH et le SIDA (du 10 au 13 avril 2003 à Halifax), Vancouver, Association canadienne de recherche sur le VIH [site Web]. Accessible sur Internet : http://www.cahr-acrv.ca/english/resources/abstracts_2003/abs/abs298P.htm [consulté en novembre 2009].

[24] Northwest Territories HIV & Hepatitis C Support Network. Yellowknife, Northwest Territories HIV & Hepatitis C Support Network [site Web], 2009. Accessible sur Internet : <http://nwthhsn.ca> [consulté en juin 2009].

[25] Moore, J.P., et S. Trevethan. « Profil des délinquants métis, inuits et des Premières nations incarcérés dans les établissements fédéraux », *Forum – Recherche sur l'actualité correctionnelle*, vol. 14, n° 3 (septembre 2002). Accessible sur Internet : <http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/forum/e143/e143ind-fra.shtml> [consulté en mars 2009].

[26] Agence de la santé publique du Canada. *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida, novembre 2007* [document Internet], Ottawa, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, ASPC, 2007. Accessible sur Internet : http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/epi/pdf/epi2007_f.pdf [consulté en novembre 2009].



CHAPITRE 7 – Conclusions

Les Autochtones – Premières nations, Inuits et Métis – forment un segment particulier des victimes de l'épidémie concentrée VIH/sida au Canada. C'est la première fois que l'ASPC tente de regrouper les données de diverses sources en un seul document afin de mieux comprendre l'impact du VIH et du sida sur les populations autochtones. Ce rapport d'étape ne comporte pas une liste exhaustive des programmes, des politiques et des lacunes de la recherche, pas plus qu'il ne présente de solutions pour combler les lacunes existantes. Toutefois, nous espérons que les indications fournies dans ce rapport seront utiles aux gouvernements, aux organismes non gouvernementaux, aux responsables de la santé publique, aux chercheurs, aux collectivités et aux autres intervenants en leur donnant l'information nécessaire à l'élaboration des programmes et des politiques efficaces pour lutter contre le VIH/sida et venir à bout des questions relatives aux déterminants de la santé des Autochtones.

Les données de surveillance indiquent que les Autochtones sont surreprésentés dans les statistiques sur le VIH et le sida au Canada. La principale voie d'infection par le VIH chez les Autochtones est la consommation de drogues par injection. Par rapport à la population non autochtone, les femmes et les jeunes autochtones sont particulièrement touchés par le VIH/sida. Les données sur les Autochtones sont souvent incomplètes, car la collecte de données est difficile et l'information circule mal entre les provinces et les territoires. En outre, les Autochtones n'ont pas facilement accès aux tests de dépistage du VIH; ils craignent de prendre connaissance des résultats des tests, éprouvent des sentiments de honte, ou redoutent une discrimination raciale de la part des fournisseurs de soins de santé. De plus, ils manquent de services de counseling avant et après les tests et, de façon générale, ils ne font pas confiance aux professionnels des soins de santé et autres fournisseurs de services.

Ce rapport confirme que le VIH/sida chez les Autochtones est étroitement lié à divers facteurs et déterminants de la santé, qui influencent la vulnérabilité de la population face au VIH/sida. Les travaux de recherche décrits dans le présent rapport indiquent que les Autochtones connaissent des taux élevés de pauvreté, de violence, de consommation de substances nocives, d'itinérance et d'incarcération – tous des facteurs qui accroissent le risque d'infection par le VIH. Le rapport souligne aussi les effets du racisme et de l'héritage intergénérationnel des pensionnats qui sont des facteurs clés de la vulnérabilité des Autochtones à l'infection par le VIH.

Les obstacles à l'obtention de services de santé appropriés et culturellement adaptés et à l'information demeurent un problème pour cette population. Le racisme, la stigmatisation et la discrimination continuent d'influer sur la qualité de vie et l'état de santé des Autochtones qui vivent avec le VIH/sida ou qui y sont vulnérables. En outre, la stigmatisation et la discrimination résultant d'un diagnostic de VIH/sida, y compris l'homophobie au sein des communautés autochtones, peuvent réduire l'accès aux soins de santé, y compris les services de dépistage du VIH, les soins et le traitement, ainsi que le soutien social et familial dont ont besoin les AVVIH/sida.

Ce rapport confirme également l'importance critique d'approches culturellement adaptées aux Autochtones de la prévention, des soins et des traitements du VIH/sida et du soutien donné. Les documents consultés indiquent que la reconnexion culturelle est une importante source de force et de résilience pour les AVVIH/sida; c'est un aspect important de la prévention efficace de l'infection par le VIH.

La littérature sur le sujet indique également que les approches de la lutte contre le VIH/sida chez les Autochtones devraient être adaptées aux besoins et réalités culturels, linguistiques et géographiques uniques des Premières nations, des Métis et des Inuits. Il faudra davantage de travaux de recherche et de données pour trouver et analyser des approches de prévention, de soins, de traitement et de soutien culturellement adaptées aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis, de même qu'aux femmes, aux jeunes, aux bispirituels, aux gais, aux lesbiennes, aux bisexuels et aux transgenres Autochtones.

Les données présentées dans ce rapport soulignent clairement l'interrelation des déterminants de la santé comme facteurs clés de la vulnérabilité et de la résilience des Autochtones à l'infection à VIH. Ces résultats confirment l'importance des partenariats entre les différents secteurs de la société lorsque vient le temps de traiter les questions entourant le VIH/sida chez les Autochtones. La capacité des collectivités autochtones, des organismes communautaires, des organismes de services sociaux et de santé publique et d'autres groupes de faire diminuer le nombre de nouvelles infections à VIH chez les Autochtones et d'améliorer la qualité de vie des AVVIH/sida dépend de la façon dont le Canada « s'attaque aux facteurs qui influent sur la santé et les milieux physiques et sociaux pour faire de bons choix afin d'être aussi en santé que possible et de le rester »[1]. Il faudra déployer des efforts généraux et coordonnés pour s'attaquer aux inégalités dans le domaine de la santé qui influent sur la vulnérabilité des Autochtones à l'infection par le VIH.

La lutte contre le VIH/sida chez les Autochtones exige la participation d'un large éventail d'organismes, de collectivités et de gouvernements. Ceux-ci ont bâti des réseaux partout au pays et encouragé l'échange de connaissances et l'adoption d'approches du VIH/sida culturellement adaptées. Il est aussi important de renforcer la capacité d'évaluation pour voir si les programmes, les interventions et les activités actuels répondent adéquatement aux besoins des Autochtones en matière de prévention, de soins, de traitement et de soutien. En conséquence, il faut encourager la diffusion des pratiques exemplaires entre les secteurs et les intervenants, créer d'autres partenariats entre un plus grand nombre d'intervenants et mieux mettre à profit les données disponibles pour élaborer des stratégies et des interventions.

Les intervenants canadiens qui luttent contre le VIH/sida chez les Autochtones ont fait montre d'une volonté collective forte et d'un leadership solide. Leurs efforts de sensibilisation au VIH/sida et de lutte contre la stigmatisation et la discrimination ont contribué à convaincre les Autochtones qu'ils ne peuvent ignorer l'épidémie et qu'ils doivent jouer un rôle de premier plan dans la lutte contre cette maladie. Ce rapport souligne l'importance de leur rôle, les succès obtenus et les efforts actuels pour contrôler et inverser la propagation du VIH/sida chez les Autochtones.

7.1 Références

[1] Agence de la santé publique du Canada (ASPC). *Rapport sur l'état de la santé publique au Canada de l'administrateur en chef de la santé publique*, [document Internet]. Ottawa, ASPC, 2008 [consulté en juin 2009]. Accessible sur Internet : www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/cphorsphc-respcacsp/pdf/CPHO-Report-f.pdf.

Annexe A

1) Termes de recherche

Prière de noter que les mots suivis d'un astérisque (*) sont des termes de recherche qui peuvent avoir plusieurs terminaisons.

Aboriginal	Alberta	Acquired immunodeficiency
Alaska	British Columbia	AIDS
Algonquin	Calgary	AIDS serodiagnosis
America	Canad*	APHA
American Indian	Colombie-Britannique	APHAs
American-Native-Continental- Ancestry-Group	Edmonton	HIV
Autochtone	Halifax	HIV+
Blackfoot	Haligonian	HIV infections
Chippew*	Île-du-Prince-Edouard	HIV positive
Chipwe*	Labrador	HIV seropositivity
Cree(s)	Manitoba	HIV seroprevalence
Dene	Montreal	Human immune deficiency
Eskimo	New Brunswick	Human immunodeficiency
First Nation(s)	Newfoundland	Immunodeficiency/y
Haida	NFLD	D'immunodéficience (acquise; acquise humaine)
Indian	Northwest Territor*	L'immunodéficience
Indigenous (Person or Persons; People or Peoples; Population or Populations; Community or Communities)	Nouveau-Brunswick	Infection
Innu	Nouvelle Écosse	Prevalence
Innus	Nova Scotia	Sida
Inuit	Nunavut	Syndrome
Iroqu*	NWT	VIH
Listuguj	Ontario	VIH+
Malecite	Ottawa	VIH positi*
Maliseet	PEI	Virus
Métis	Prince Edward Island	
Micmac	Quebec	
Mikmaq	Regina	
Mohawk	Saskatchewan	
Naskap*	Saskatoon	
Native	Terre-Neuve	
Nisga*	Territoires du Nord Ouest	
North America	Toronto	
Ojibw*	Vancouver	
Première nation	Winnipeg	
Sekani	Yukon	
Sioux		
Six Nations		
Status Indian		
Tlingit		

2) Bases de données consultées

- CINAHL 2001 – Novembre 2008
- Global Health 2001- Février 2008
- Current Contents 2001-2008
- MEDLINE 2001 – 2008
- PreMEDLINE Novembre 2008
- PsychInfo 2001 – 2008
- Social Policy and Practice 2001 – Octobre 2008
- SCOPUS – Novembre 2008
- OVID Embase 1980 – Novembre 2008
- Bibliography of Native North Americans 2008-2009

Annexe B

Projets de recherche sur le VIH/sida chez les Autochtones

Projet R1

Titre : *Aboriginal community-based research capacity-building initiative Canada: An initiative for Eastern Canada and Nunavut*

Chercheurs principaux : Randy Jackson et J.K. Barlow, Réseau canadien autochtone du sida (RCAS)

Résumé : Dans le cadre d'un projet en cours de renforcement de la recherche communautaire (qui entreprend actuellement sa sixième année d'existence), le Programme des assistants techniques de recherche (ATR) autochtones du RCAS fait partie d'une approche stratégique continue pour réduire le nombre d'infections par le VIH/sida et renforcer la capacité de recherche dans les collectivités autochtones. Les assistants techniques de recherche répondront aux objectifs originaux de l'initiative en cours : 1) soutenir le développement de compétences en recherche dans les collectivités autochtones; 2) renforcer la compétence culturelle chez les professionnels et les chercheurs universitaires qui entreprennent des travaux au sein des collectivités autochtones; 3) collaborer à la conception de travaux de recherche sur le VIH/sida adaptés aux diverses cultures, respectueux et utiles qui reposent sur une méthodologie solide. Les objectifs précis sont les suivants : a) explorer l'élaboration d'outils électroniques de formation à distance en collaboration avec des établissements d'enseignement (p. ex. les ministères et le programme CDCARS) et d'autres organismes non gouvernementaux (p. ex. l'Ontario HIV Treatment Network et le Wellesley Institute ou le Centre de recherche communautaire) pour mettre en place un processus de certificat en recherche communautaire autochtone; b) tirer parti des succès obtenus avec un journal de recherche communautaire axé sur les Autochtones et visant à faire connaître les activités en cours, y compris les publications et les présentations à des conférences; c) poursuivre la mise en œuvre des initiatives de mentorat en recherche communautaire afin de soutenir le perfectionnement des compétences en recherche; d) évaluer la faisabilité d'activités de partenariats pour soutenir le renforcement

de la recherche communautaire à l'appui des mandats des facilitateurs de la recherche communautaire (FRC) et des ATR autochtones; e) préparer et tenir un atelier sur l'éthique de la recherche autochtone; f) participer à un programme de subventions parrainé par le RCAS et axé sur le logement; g) pour les ATR, travailler en étroite collaboration avec les membres du Comité consultatif national de la recherche pour élaborer et mettre en œuvre les activités décrites ci-dessus.

Date : D'avril 2007 à mars 2009

Programme de financement : Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida des IRSC – Facilitateurs de la recherche communautaire (Volet autochtone)

Source : Base de données des IRSC

Projet R2

Titre : *Advancing HIV services research: Expanding Andersen's health service utilization framework*

Chercheuse principale : Catherine Anne Worthington

Résumé : Les travaux de recherche et d'évaluation des services de lutte contre le VIH ont montré que, pour être efficaces, ces services de lutte contre le VIH doivent s'insérer dans le cadre d'initiatives de recherche concertée et s'adapter aux contextes, aux cultures et aux conditions d'existence particuliers des populations à risque d'infection ou infectées à VIH, vulnérables et marginalisées. Le but de ce programme de recherche quinquennal, soutenu par la Bourse de nouveau chercheur de l'IRSC, est de mener une série de projets de recherche pluridisciplinaires afin d'améliorer les services de lutte contre le VIH qui s'adressent à des groupes précis. Deux projets sont axés sur les services offerts à ceux qui vivent avec le VIH, et deux autres sont axés sur les services offerts aux populations vulnérables. Le premier projet (financé par les IRSC de 2003 à 2005) fournira aux spécialistes de la réadaptation et du VIH de l'information sur les façons dont les services de réadaptation peuvent améliorer les soins de santé aux personnes vivant avec le VIH. Le second projet (financé par le Conseil des recherches en sciences humaines du Canada de 2003 à 2006) fournit aux cliniciens spécialistes du VIH de l'information sur les moyens d'améliorer les pratiques de recherche clinique avec les patients

séropositifs. Le troisième projet de recherche (présenté aux IRSC) fournit aux Autochtones et aux fournisseurs de services de lutte contre le VIH de l'information sur les connaissances, les attitudes, les expériences et les croyances des femmes autochtones de l'Ontario relativement au VIH et aux risques liés au VIH pour faciliter la mise en œuvre de services destinés à cette population vulnérable. Le quatrième projet de recherche (mis en priorité de financement par Santé Canada en 2004) fournit à une équipe de lutte contre le VIH et à des organismes d'intervention auprès de jeunes sans-abri de l'information sur les jeunes sans-abri de Calgary, sur leur niveau de vulnérabilité au VIH et à d'autres problèmes de santé, sur les forces du milieu, les mécanismes d'adaptation, et les besoins de services. Tous ces projets sont axés sur la collaboration et la participation directe des fournisseurs de services et les membres des populations à l'étude pour assurer l'échange de connaissances et l'adoption en temps opportun de mesures prises en fonction des résultats de recherche.

Date : De juillet 2005 à juin 2010

Programme de financement : Initiative de recherche clinique des IRSC/ Institut des services et des politiques de la santé (ISPS)/ Bourse de nouveau chercheur

Source : Base de données des IRSC

Projet R3

Titre : *Alcohol use by Aboriginal persons living with HIV/AIDS and its association with access to care and treatment*

Chercheurs principaux : Kevin Barlow; Colleen Dell

Chercheurs associés : John Egan; Nancy Gros-Louis; David Lee; Tracey Prentice; Lyanna Storm

Résumé : Cette proposition a été élaborée pour appuyer le programme de recherche exhaustif du RCAS, qui évalue la prestation des services de santé et étudie les problèmes des Autochtones qui vivent avec le VIH/sida (AVVIH/sida) et consomment de l'alcool ou qui semblent en consommer. Depuis 1997, le RCAS a mené plusieurs projets de recherche, dont beaucoup ont été financés par les IRSC. L'étude intitulée *Canadian Aboriginal People Living with HIV/AIDS: Care, Treatment and Support Issues* (Jackson et Reimer, 2005) a établi

que les fournisseurs de soins de santé primaires ont des préjugés envers les AVVIH/sida. Les recommandations des participants AVVIH/sida se rapportent directement aux moyens d'améliorer l'accès aux services et leur mode de prestation. Par conséquent, l'objectif du projet faisant l'objet d'une demande de subvention est d'entreprendre des recherches pour évaluer la relation entre la consommation d'alcool et l'accès aux services du point de vue des personnes autochtones vivant avec le VIH/sida et des fournisseurs de service en utilisant une approche méthodologique mixte. Ces résultats, l'analyse et les conclusions de ces travaux de recherche serviront à orienter la prestation des services de santé et à élaborer des services de formation pour améliorer la compétence culturelle des fournisseurs de soins de santé.

Date : D'avril 2008 à mars 2011

Programme de financement : Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida des IRSC – Subvention de fonctionnement (Volet autochtone)

Source : Base de données des IRSC

Projet R4

Titre : *Analyse de l'implantation du programme Chiiyikiyaa pour la prévention du VIH et la promotion de la santé sexuelle des élèves de deux communautés de la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James (Eeyou Istchee)*

Chercheurs principales : Manon Dugas; Joanne Otis

Chercheurs associés : Marlene Beaulieu; Francoise Caron; Gaston Godin; Joseph Levy

Résumé : Les adolescents des communautés autochtones sont particulièrement à risque pour le VIH et les autres infections transmises sexuellement (ITS) (Statistique Canada, 2005; Calzavara et coll., 1998). Un programme de formation par les pairs, appelé Chiiyikiyaa, sera à l'essai auprès d'adolescents de deux communautés des Terres-Cries-de-la-Baie-James (Waskaganish, Waswanipi). Dans ce programme, les élèves de secondaire 4, sous la supervision d'un enseignant, auront à développer des activités créatives et éducatives sur cinq thèmes, qui seront par la suite présentés aux élèves plus jeunes (secondaire 1 ou 2). Les thèmes sont : le report des relations sexuelles, la communication, les conditions d'une sexualité responsable, les conditions d'une

relation égalitaire et l'usage du condom. L'étude proposée poursuit les objectifs suivants : 1) décrire le degré de mise en œuvre et les facteurs qui facilitent ou entravent cette mise en œuvre du programme; 2) apprécier le processus et la structure du programme ainsi que l'atteinte de ses objectifs; 3) développer les instruments de mesure pour procéder ultérieurement à l'évaluation des effets du programme; 4) préparer le transfert du programme vers d'autres communautés. Pour réaliser cette analyse d'implantation d'une durée de 3 ans, diverses méthodes seront privilégiées, tant qualitatives que quantitatives. Cette étude permettra d'offrir à plus long terme un programme de prévention du VIH pertinent et culturellement adapté aux adolescents-es des Terres-Cries-de-la-Baie-James. Ce projet devrait contribuer aux efforts mis en œuvre au Canada pour prévenir l'acquisition et la transmission de nouvelles infections par le VIH auprès des jeunes des collectivités autochtones.

Date : D'avril 2006 à mars 2009

Programme de financement : Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida des IRSC – Subvention de fonctionnement (Volet autochtone)

Source : Base de données des IRSC

Projet R4

Titre : *Analyse de l'implantation du programme Chiyikiyaa pour la prévention du VIH et la promotion de la santé sexuelle des élèves de deux communautés de la région des Terre-Cries-de-la-Baie-James*

Chercheuse principale : Mélanie Gagnon, Université du Québec à Montréal (UQAM)

Chercheuse associée : Joanne Otis

Résumé : [Ce projet de recherche fait partie d'un plus gros projet. Prière de vous référer au résumé précédent pour une description du projet.]

Date : D'août 2006 à juillet 2008

Programme de financement : Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida des IRSC – Bourse à la maîtrise (Volet autochtone)

Source : www.hivresearch.ca/index.asp?navid=18&csid1=1804

Projet R5

Titre : *Canadian Aboriginal cultural competence for HIV/AIDS health care providers*

Chercheur principal : Kevin Barlow, RCAS

Chercheuse associée : Charlotte Loppie, Université Dalhousie

Résumé : Les fournisseurs de soins de santé auprès des Autochtones doivent souvent tenir compte de la vision du monde de leurs patients. C'est dans ce contexte que ce travail de recherche traite des compétences culturelles des fournisseurs de soins de santé auprès des Autochtones séropositifs. Les questions à l'étude sont la perception des fournisseurs de soins de santé primaires et communautaires à l'égard de la prestation de soins de santé adaptés à la culture des AVVIH/sida, ainsi que les ressemblances et les différences entre la perception et la pratique des modèles de prestation de soins de santé primaires et communautaires. Comment les fournisseurs de services influencent-ils la perception qu'ont les AVVIH/sida de la qualité des services? Pour répondre à ces questions, nous appliquerons une approche communautaire participative. Nous ferons vingt-quatre (24) entrevues et tiendrons quatre (4) groupes de discussion avec vingt-quatre (24) fournisseurs de soins de santé primaires et vingt-quatre (24) fournisseurs de soins de santé communautaire dans quatre endroits différents. Avec la publication d'un manuel des « pratiques exemplaires », nous espérons que les fournisseurs de services pourront acquérir les compétences culturelles de base leur permettant d'améliorer le niveau de satisfaction des clients et d'obtenir de meilleurs résultats auprès des AVVIH/sida.

Date : D'avril 2005 à mars 2008

Programme de financement : Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida des IRSC – Subvention de fonctionnement (Volet autochtone)

Source : www.hivresearch.ca/index.asp?navid=18&csid1=391

Projet R6

Titre : *Capacity building: Culturally sensitive training for staff and volunteers of First Nations' community organizations providing HIV/AIDS services*

Chercheur principal : Basanti Bhaduri Majumdar

Chercheurs associés : Gina M. Browne; Amiram Gafni; Tracey L. Chambers, Université McMaster; Jacqueline Gail, Université McMaster

Résumé : Un enseignement tenant compte des facteurs culturels améliore les connaissances et la sensibilisation liées au VIH/sida et contribue à faire diminuer les cas d'infection, la stigmatisation et la peur dans les collectivités. Ce type d'enseignement, bien qu'il soit répandu dans une grande partie de l'Amérique du Nord, traite rarement des besoins spécifiques des Autochtones nord-américains, qui représentent une proportion croissante des personnes séropositives. Au Canada, il existe de nombreux organismes de soutien des AVVIH/sida, mais ils manquent de ressources pour s'occuper convenablement de leurs clients qui vivent souvent dans des régions éloignées. Le personnel et les bénévoles de ces organismes estiment souvent qu'ils manquent de soutien et qu'ils sont dépassés par l'ampleur de leur travail. Ce projet vise à former un groupe d'employés et de bénévoles pour renforcer ces organismes. L'Université McMaster, l'Union of Ontario Indians, les 2-Spirited People of the First Nations, l'Association of Iroquois and Allied Indians, le Grand Council Treaty # 3 et la nation Nishnawbe Aski unissent leurs ressources pour mener un projet visant à examiner l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation d'un programme de formation sur le VIH/sida tenant compte des facteurs culturels à l'intention du personnel et des bénévoles de leurs organisations respectives. Chaque groupe fournira du personnel et des bénévoles pour former un petit groupe de stagiaires qui recevront une formation sur le VIH/sida axée sur le développement de compétences culturelles afin d'offrir de meilleurs services de prévention et d'information liés au VIH/sida. Les membres de ce groupe formeront ensuite d'autres personnes au sein de leurs organisations respectives. Les renseignements recueillis grâce à ce projet serviront à créer un ensemble d'outils de sensibilisation et de formation à l'intention des futurs employés et

bénévoles de ces organismes et permettront de maintenir un réseau d'éducateurs et de formateurs pour développer leurs capacités d'enseignement de masse. En outre, ce projet servira de modèle aux organismes de lutte contre le sida d'autres provinces en leur montrant comment développer et utiliser les ressources existantes afin d'accroître la sensibilisation et de réduire la propagation du VIH/sida.

Date : De mars 2005 à mars 2006

Programme de financement : Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida des IRSC – Atelier de renforcement des capacités (Volet autochtone)

Source : www.hivresearch.ca/index.asp?navid=18&csid1=671

Projet R7

Titre : *The Cedar project leadership forum: Acknowledging the pain of our children*

Chercheuse principale : Patricia Spittal

Résumé : Le Projet Cedar est une initiative en cours financée par les IRSC. Elle porte sur la vulnérabilité des jeunes Autochtones qui consomment des drogues aux virus du sida et de l'hépatite C dans trois villes canadiennes. C'est la première étude du genre en Amérique du Nord. L'un des résultats les plus désastreux du traumatisme historique des Autochtones est le taux plus élevé de VIH et d'autres maladies infectieuses chez les jeunes Autochtones qui consomment des drogues. Depuis le lancement de l'étude, un partenariat autochtone a mené à la création du Projet Cedar. Ce partenariat a créé le « Cedar Project Leadership Forum: Acknowledging the pain of our children ». Grâce à une subvention de l'IRSC et de l'Institut de la santé des Autochtones pour faciliter la tenue de réunions, la planification et la diffusion, cette activité permettra de diffuser l'information recueillie par le projet Cedar et d'échanger sur le thème de la guérison des traumatismes multigénérationnels des Autochtones. Les responsables du partenariat se sont engagés à chercher des fonds supplémentaires pour la tenue du forum. Les partenaires ont également souligné la nécessité de tenir une réunion préliminaire pour faciliter le transfert des connaissances, la planification, la préparation et

l'organisation du forum sur le leadership du projet Cedar. Une partie de la subvention servira à financer la tenue de cette réunion.

Rencontre préparatoire : Grâce à l'aide financière fournie par la subvention, les partenaires et les chercheurs du projet Cedar se réuniront à Vancouver en septembre 2008. Cette rencontre préliminaire permettra aux partenaires d'accomplir d'importants travaux d'organisation du forum. Cedar Project Leadership Forum : Les fonds recueillis par les partenaires et le reste de la subvention seront consacrés à la tenue du Forum de Vancouver en février 2009. Cette activité donnera la parole à des leaders autochtones et non autochtones, à de jeunes délégués autochtones, à des représentants des forces de l'ordre et du secteur judiciaire, à des représentants de la protection de la jeunesse, à des AVVIH/sida, à des représentants de services de soins de santé, à des chercheurs du domaine de la santé et à d'autres universitaires.

Date : De septembre 2008 à août 2009

Bailleur de fonds : Subvention des IRSC pour la tenue de réunions, la planification et la diffusion – Transfert des connaissances

Source : Base de données des IRSC

Projet R8

Titre : *The Cedar Project: A comparison of the sexual vulnerabilities of young Aboriginal men and women surviving drug use and sex work in Prince George and Vancouver*

Chercheuse principale : Negar Chavoshi

Chercheuse associée : Patricia M. Spittal

Résumé : Non disponible

Date : De mai 2008 à avril 2009

Programme de financement : Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida des IRSC – Bourse à la maîtrise (Volet autochtone)

Source : Base de données des IRSC

Projet R9

Titre : *The Cedar Project: Exploring HIV and hepatitis C vulnerabilities among young Aboriginal drug users in three Canadian cities*

Chercheurs principaux : Patricia M. Spittal, Hôpital St. Paul; Martin Schechter

Chercheurs associés : Catherine Baylis; Russell Callaghan; Kevin Craib; Patricia Janssen; David Marsh; Akm Moniruzzaman; Christopher H. Sherlock; Mary Teegee; Christian M. Wayne; Eric Yoshida

Résumé : L'infection à VIH se propage chez les Autochtones du Canada. De 1996 à 1999, le nombre d'AVVIH/sida a presque doublé. Bien que les Autochtones ne représentent que 4 % de la population de la Colombie-Britannique, ils représentent plus de 13 % de tous les nouveaux tests de séropositivité et la moitié des bébés infectés par le VIH dans cette province. L'usage de drogues injectables, telles que la cocaïne et l'héroïne, est l'un des principaux vecteurs de propagation de l'infection par le VIH. Une récente étude menée à Vancouver a montré que les Autochtones qui s'injectent des drogues devenaient séropositifs plus de deux fois plus rapidement que les utilisateurs non autochtones. Les femmes autochtones semblent courir un risque encore plus élevé. Cette étude axée sur la collaboration rejoindra un grand nombre de jeunes Autochtones (de 14 à 30 ans) qui utilisent des drogues à Vancouver, à Prince George et à Kamloops. L'étude utilisera les méthodes scientifiques de l'épidémiologie et de l'anthropologie. Son but est de comprendre les raisons complexes de la vulnérabilité accrue au VIH des jeunes Autochtones utilisateurs de drogues par injection. Cette recherche essentielle repose sur la collaboration des organisations autochtones de lutte contre le sida dont l'apport est crucial pour aboutir à des interventions de prévention qui auront un impact réel.

Date : D'octobre 2006 à septembre 2009

Programme de financement : Subventions de fonctionnement de l'Initiative de recherche sur le VIH/sida de l'IRSC – Volet services de santé/santé de la population

Source : www.hivresearch.ca/index.asp?navid=18&csid1=1852

Projet R10

Titre : *A collaborative approach to understanding and improving Aboriginal people's access to HIV services in Northern BC*

Chercheuse principale : Lesley A. Cerny

Chercheuse associée : Dara H. Culhane

Résumé : La diminution générale du nombre de cas d'infection à VIH au Canada masque une augmentation catastrophique des infections au sein des populations vulnérables, comme les femmes autochtones, les jeunes et les utilisateurs de drogues par injection. Les chercheurs attribuent l'épidémie chez les Autochtones à l'héritage du colonialisme et à leur passé marqué par la marginalisation sociale. Une récente étude a révélé que les femmes autochtones se sentent diminuées quand elles vont voir des fournisseurs de services de santé, ce qui les décourage d'accéder à des services de santé. Si le colonialisme continue de façonner les relations entre les fournisseurs de soins de santé et les patients autochtones, nous savons peu de choses sur la façon dont cet héritage influe sur la prestation des services de lutte contre le VIH. Plus précisément, comment sont ressentis et négociés les rapports de pouvoir dans les relations patient-fournisseur? Comment les AVVIH/sida et les fournisseurs de soins de santé vivent-ils la prestation de ces services, et comment la compréhension du vécu des Autochtones contribue-t-elle à améliorer les politiques et les pratiques de lutte contre le VIH? Cette étude utilise des méthodes ethnographiques d'observation des participants, d'entrevues et de groupes de discussion afin d'examiner ces questions dans le cadre des relations entre les fournisseurs de services de santé et les AVVIH/sida. Les relations entre les patients et les fournisseurs seront observées pendant la prestation des services de soins de santé relatifs au VIH. Les parties seront aussi interviewées séparément en mettant l'accent sur la perception des femmes autochtones, des jeunes et des utilisateurs de drogues injectables. Les participants seront invités à discuter des facteurs perçus comme des obstacles à l'accès aux services de soins liés au VIH afin d'améliorer la compréhension mutuelle des patients et des fournisseurs de soins de santé. L'élaboration d'une méthode axée sur la collaboration permettra de compléter les approches

conventionnelles par une démarche de recherche participative dans le cadre de laquelle les parties se livrent à des activités d'analyse de données et d'échange de connaissances. S'appuyant sur les expériences vécues des personnes les plus vulnérables au VIH, et de celles qui fournissent des services de santé liés au VIH, cette recherche permettra de trouver de nouvelles stratégies novatrices pour améliorer les politiques et les pratiques relatives au VIH, et l'accès aux services de prévention, de traitement et de soutien liés au VIH.

Date : De septembre 2007 à août 2012

Programme de financement : Bourse de recherche des IRSC (VIH/sida) - Volet services de santé/santé de la population

Source : Base de données des IRSC

Projet R11

Titre : *Colliding worlds: Looking behind HIV/AIDS discourse in public health campaigns and among Aboriginal youth*

Chercheur principal : Jorge Laucirica, Université d'Ottawa

Résumé : Non disponible

Date : De janvier 2006 à janvier 2009

Baillleur de fonds : CRSH

Source : www.hivresearch.ca/index.asp?navid=18&csid1=1618

Projet R12

Titre : *Community consultations to design an intervention to reduce AIDS stigma*

Chercheuse principale : Judith E. Mill, Université de l'Alberta

Chercheurs associés : Wendy J. Austin; Claudette Dumont-Smith; Nancy C. Edwards; Randy Jackson, RCAS; Lynne E. Leonard, Université d'Ottawa; Lynne M. Mclean

Résumé : Deux ateliers de consultation communautaire sont proposés pour renforcer les capacités de recherche entre les partenaires en recherche communautaire en les faisant participer de façon significative à l'élaboration d'une intervention visant à réduire la stigmatisation des personnes infectées au VIH. L'intervention sera basée sur les résultats d'un projet de recherche communau-

taire financé par les IRSC, intitulé « The Influence of Stigma on Access to Health Services by Persons with HIV Illness », et actuellement réalisé à Ottawa et à Edmonton. Durant le projet de recherche, des personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH/sida), des AVVIH/sida et des professionnels de la santé ont été interrogés afin d'examiner l'impact de la stigmatisation sur l'accès aux services de santé. Les ateliers, qui se tiendront à Ottawa et à Edmonton, seront composés de membres de l'équipe du projet de recherche et des comités consultatifs qui participent actuellement au projet, de décideurs et de professionnels de la santé d'organismes d'Ottawa et d'Edmonton qui ne participent pas actuellement au projet. Après un aperçu des principaux résultats de la recherche, les participants à l'atelier seront invités à contribuer à l'élaboration de l'intervention. Le développement des orientations concernant les meilleures pratiques de prestation des services de santé aux PVVIH/sida et aux AVVIH/sida sera l'un des résultats de ce processus. Les ateliers de consultation communautaire auront lieu au printemps de 2006, en même temps qu'une autre réunion provinciale à Ottawa et à Edmonton. L'atelier reposera sur des stratégies participatives d'apprentissage axées sur la participation directe et l'expertise reconnue des participants aux ateliers.

Date : De janvier 2006 à mars 2007

Programme de financement : Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida des IRSC – Atelier de renforcement des capacités (Volet autochtone)

Source : Base de données des IRSC

Projet R13

Titre : *Community solutions workshop: HIV testing and care for Aboriginal youth*

Chercheur principal : Judith Ellen Mill, Université de l'Alberta

Chercheur associé : Chris Patrick Archibald, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques de l'Agence de la santé publique du Canada (DSER-ASPC); Randy Jackson, RCAS; Ted Myers, Université de Toronto; Thomas Wong, Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose de Santé Canada; Catherine Anne Worthington, Université de Calgary

Résumé : Le but de cet atelier de deux jours est de renforcer les capacités de recherche chez nos partenaires autochtones en leur permettant de participer de façon significative à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de diffusion liées aux résultats d'un projet de recherche communautaire financé par les IRSC et intitulé *The Diagnosis and Care of HIV Infection in Canadian Aboriginal Youth*. Les participants seront invités à élaborer des moyens appropriés de diffuser cette information à leurs propres clients et aux communautés en fonction de leur connaissance des besoins et des capacités communautaires. L'équipe de recherche fournira des conseils et de l'assistance technique pour concevoir des stratégies de diffusion. L'atelier accueillera notamment les membres de l'équipe de recherche et du comité consultatif du projet, et un représentant de chacun des organismes communautaires autochtones qui nous ont aidés à recruter des participants à notre étude et qui ont participé aux exercices précédents de renforcement des capacités. Ces personnes comprennent des représentants de groupes inuits, métis et autochtones, et de collectivités de partout au Canada. L'atelier aura lieu à l'occasion de l'assemblée générale annuelle du RCAS, en octobre 2005. Ainsi, un nombre optimal de membres des collectivités autochtones pourra y assister. L'atelier reposera sur des stratégies participatives d'apprentissage qui exigent la participation directe et la mise à profit des compétences des participants aux ateliers. Cette participation active et l'engagement plein et entier à l'atelier amèneront les participants à mieux comprendre les processus de traduction des résultats des travaux de recherche en interventions efficaces.

Date : De mars 2005 à mars 2006

Programme de financement : Programme de recherche communautaire sur le VIH-sida des IRSC – Atelier de renforcement des capacités (Volet autochtone)

Source : www.hivresearch.ca/index.asp?navid=18&csid1=693

Projet R14

Titre : *A cross-cultural analysis of HIV: Patterns of food choice behaviours and perceptions of nutritional needs in Aboriginal and non-Aboriginal families*

Chercheur principale : Kristine Hoyak, Université du Manitoba

Résumé : (Pas disponible)

Date : De janvier 2005 à janvier 2006

Bailleur de fonds : CRSH

Source : www.hivresearch.ca/index.asp?navid=18&csid1=1587

Projet R15

Titre : *The cultural dynamics of care and service provision : HIV/AIDS prevention in First Nation communities*

Chercheur principale : Sarah C. Fletcher, Université Brunel (R-U)

Chercheur associée : Melissa Parker, Université Brunel (R-U)

Résumé : Les AVVIH/sida reçoivent rarement des soins de santé adéquats (Arnold, 2004 et BC Aboriginal HIV/AIDS Task Force, 1999). Les Autochtones représentent une proportion anormalement élevée (16 %) des nouveaux cas de séropositivité en Colombie-Britannique (BC Stats, 2001). Étant donné que les stratégies de prévention existantes n'ont pas réussi à endiguer le VIH, l'hépatite C et la toxicomanie chez les Autochtones, il faut entreprendre de nouveaux travaux de recherche pour trouver des façons efficaces de prévenir la maladie au sein de ces populations et de rejoindre les personnes déjà touchées. La dynamique culturelle, y compris les systèmes de croyances, les expériences individuelles et historiques, les relations communautaires et les approches traditionnelles de la santé influencent fortement l'accès des personnes aux services de santé. Des chercheurs ont examiné les dynamiques culturelles qui entrent en jeu dans les pays africains les plus durement touchés par l'épidémie de sida, mais peu d'entre eux se sont penchés sur ces facteurs dans les collectivités autochtones du Canada. En s'écartant de la collecte de données quantitatives et en tentant de mieux comprendre les contextes qui influencent l'accès des Autochtones aux services de santé, on peut faire en sorte que les résultats

des travaux de recherche amènent des améliorations concrètes pour les collectivités concernées. Un examen attentif de la dynamique culturelle liée à l'accès aux services de santé pourrait mener à la création de services de soins de santé tenant compte des particularités culturelles et faciliter la lutte contre le VIH/sida chez les Autochtones.

Date : De septembre 2005 à août 2007

Programme de financement : Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida des IRSC – Bourse à la maîtrise (Volet autochtone)

Source : www.hivresearch.ca/index.asp?navid=18&csid1=491

Projet R16

Titre : *Decision tool for evidence-based planning of AIDS prevention programs*

Chercheur principal : Neil Andersson

Chercheurs associés : Jim Martin; Steven Paul Mitchell; Beverley J Shea; Cecilia Zoe-Martin

Résumé : Les dirigeants des communautés Tlicho des T.N.-O. ont décidé de faire de la prévention en rapport avec les ITS et le VIH un objectif de santé prioritaire. Toutefois, les Tlicho doivent améliorer leur façon d'utiliser les données pour créer et mettre en œuvre des programmes efficaces et durables. Autrement dit, les concepteurs de programmes de la communauté sont submergés par l'abondance d'information sur les ITS et le VIH/sida. Nous nous proposons de trouver, de concevoir ou d'adapter des méthodes efficaces pour mettre en œuvre dans la région une politique de prévention des ITS et du VIH et un processus de planification fondés sur des faits grâce à un outil d'aide à la décision adapté aux besoins de la collectivité. Premièrement, nous allons examiner la faisabilité et l'utilité d'une base de données accessible pour mettre en œuvre une politique et des programmes de prévention des ITS et du VIH adaptés aux Tlicho et aux autres collectivités autochtones. Deuxièmement, nous allons adapter un outil actuel d'échange de connaissances et de prise de décisions en fonction des besoins de la collectivité. Troisièmement, nous allons créer des possibilités de renforcement des capacités aux chercheurs et aux

décideurs relativement à la synthèse et à la mise à jour des données, et à l'utilisation de l'outil décisionnel. Le Projet s'appuiera sur les résultats d'un examen systématique des activités de prévention du VIH en Afrique du Sud et sur un outil d'aide à la décision créé avec les planificateurs de huit pays d'Afrique australe. Nous allons enrichir ce processus d'examen systématique par la prise en compte des particularités des Tlicho en mettant l'accent sur des interventions culturellement appropriées, sur les facteurs de résilience locaux et sur les forces communautaires qui contribuent à la prévention des ITS et du VIH. Les Tlicho adapteront l'outil d'aide à la décision à leurs besoins, en tenant compte des préférences des personnes qui consultent et utilisent l'information. Cela se fera grâce à un processus de consultation périodique entre les représentants de la collectivité et l'équipe de recherche. Nous prévoyons que l'élaboration de modèles de prévention et d'aide à la décision sera également utile à d'autres collectivités et organisations comme le RCAS et l'Agence de santé publique du Canada.

Date : De novembre 2008 à octobre 2010

Programme de financement : Subvention de fonctionnement : Des connaissances à la pratique

Source : Base de données des IRSC

Projet R17

Titre : *Enhancing dissemination: Including establishing an Aboriginal community-based HIV/AIDS peer-reviewed research (annual) journal, promoting a web presence and conference participation*

Chercheur principal : Randy Jackson, CAAN

Chercheurs associés : Margaret Lynne Akan, All Nations Hope AIDS Network; Dina Epale, CAAN; Renée Masching, CAAN; Art Zoccole, 2-Spirited People of the 1st Nations

Résumé : La proportion globale des infections à VIH estimées chez les Autochtones s'est accrue de façon constante depuis le commencement de l'épidémie au début des années 1980. Ces statistiques montrent clairement que l'épidémie de VIH continue de se propager à un rythme alarmant chez les Autochtones du Canada. En fait, « chaque jour, une personne autochtone de plus devient infectée par le VIH » (RCAS, 2002). C'est dans ce contexte que, ces dernières années, particulièrement

dans le cadre du Programme de recherche sur les Autochtones (Stratégie canadienne sur le VIH/sida) et des Instituts de recherche en santé du Canada (Institut de recherche autochtone et autres instituts), qu'il y a eu une augmentation notable des études scientifiques sur l'épidémie de VIH et de ses répercussions sur la collectivité autochtone. Cependant, il n'y a pas eu d'accroissement sensible ou semblable du nombre d'études menées dans le cadre des programmes de recherche communautaire autochtone dont les résultats sont présentés dans les revues spécialisées (et les revues électroniques) ou à des conférences scientifiques sur le VIH/sida. C'est pourquoi, en se fondant sur son analyse de la littérature et des ressources existantes, le RCAS (en collaboration avec des partenaires) a élaboré cette proposition de financement de la diffusion des connaissances dans le cadre du Programme de recherche sur les Autochtones (Santé Canada, Stratégie canadienne sur le VIH/sida) en vue d'aider ses membres à communiquer entre eux les résultats de leurs recherches. Le but de ce projet est d'accroître, à l'aide de méthodes variées, la diffusion des connaissances issues de la recherche communautaire sur le VIH/sida chez les Autochtones. Par conséquent, ce plan a les cinq objectifs suivants : 1. Créer une revue spécialisée sur le VIH/sida chez les Autochtones. Cette publication annuelle qui sera revue par un comité de lecture permettra aux chercheurs qui œuvrent dans ce domaine de publier leurs résultats dans une revue imprimée et d'accroître ainsi leur lectorat; 2. Faciliter (en utilisant les ressources existantes) la présence électronique des travaux de la recherche communautaire sur le VIH/sida chez les Autochtones (en fonction du contenu de la revue spécialisée en copie papier); 3. Offrir une assistance technique aux groupes et aux personnes qui font de la recherche sur le VIH/sida chez les Autochtones, afin de les aider à élaborer des résumés, à préparer des présentations et à obtenir des fonds de bourses d'études pour présenter leurs résultats à diverses conférences, entre autres, à l'Association canadienne de recherche sur le VIH et aux conférences internationales sur le sida; 4. Donner à la revue spécialisée (copie papier) sur le VIH/sida les moyens de durer en la soutenant au-delà de la demande initiale

de financement; 5. Évaluer les effets de ce plan de diffusion accrue et en bénéficiaire.

Date : D'avril 2004 à mars 2006

Programme de financement : Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida des IRSC – Subvention d'exploitation (Volet autochtone)

Source : <http://www.hivresearch.ca/index.asp?navid=18&csid1=580>

Projet R18

Titre : *Ethical considerations in Aboriginal HIV/AIDS research: An Aboriginal CBR capacity building workshop*

Chercheur principal : Kevin J Barlow

Résumé : L'atelier proposé offrira une formation sur les considérations éthiques et le processus officiel d'examen déontologique applicable à la recherche communautaire sur le VIH/sida chez les Autochtones. Cette formation comprendra des applications pratiques des principes établis pour la recherche sur les Autochtones, recensés dans la littérature croissante traitant d'une « nouvelle » méthode dans ce domaine. De plus, à titre de chef de file de la recherche communautaire sur le VIH/sida chez les Autochtones, le RCAS continue d'agir de manière préventive en offrant des activités de formation qui profiteront à ses membres et à ses partenaires universitaires au fur et à mesure que le domaine de recherche s'élargira. Cet atelier donnera aux participants des lignes directrices qui dépasseront la simple protection des « sujets » individuels en accordant une importance égale au bien-être de la collectivité. Il durera une journée et sera offert à l'occasion de l'assemblée générale annuelle du RCAS et du forum sur le développement des compétences. Les participants invités devront avoir des connaissances de base sur la recherche communautaire et mèneront peut-être, ou envisageront de mener, des études pour lesquelles les considérations éthiques sont primordiales. L'atelier sera donc conçu pour répondre aux besoins des membres de la collectivité, y compris les partenaires universitaires intéressés.

Date : De mars 2008 à mars 2009

Programme de financement : Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida des IRSC – Atelier pour le renforcement de la capacité (Volet autochtone)

Source : Base de données des IRSC

Projet R19

Titre : *Expérience de maternité et traitements antirétroviraux chez les femmes vivant avec le VIH/sida d'origine autochtone, haïtienne, africaine et québécoise*

Chercheuse principale : Isabelle Toupin, Université du Québec à Montréal (UQAM)

Chercheuses associées : Joanne Otis; Mylène Fernet

Résumé : Dans le contexte canadien, et au Québec particulièrement, encore peu d'études ont porté sur les représentations des thérapies antirétrovirales contre le VIH et leur incidence sur le quotidien des femmes infectées, encore moins chez celles d'origine africaine, haïtienne et autochtone en contexte migratoire (Gallant, 2000; Lévy et coll., 2000; Rogers et coll., 2000; Sendi et coll., 1999). L'expérience de la maternité, qui a été peu considérée, semble centrale dans la construction du rapport à l'infection au VIH, de l'adhésion aux traitements et de la prévention secondaire. Compte tenu de la rareté des études portant sur la compréhension des expériences des femmes infectées par le VIH/sida et sous traitement antirétroviral, notamment dans leur rapport à l'enfant (désir d'enfant, grossesse, accouchement, maternité, transmission verticale), cette étude contribuera à l'avancement des connaissances actuellement limitées. Une fois l'étude terminée, nous serons en mesure de dégager des stratégies de prévention secondaire face au VIH/sida et de mieux saisir les enjeux liés à l'adhésion aux traitements antirétroviraux dans les milieux ethnoculturels ciblés par le projet.

Date : De septembre 2006 à août 2009

Programme de financement : Bourse de recherche au doctorat des IRSC pour la recherche sur les services de santé et la santé des populations – VIH/sida

Source : <http://www.hivresearch.ca/index.asp?navid=17&csid1=1855>

Projet R20

Titre : *Exploring HIV and hepatitis C related vulnerability among young drug users in British Columbia: A multidisciplinary perspective*

Chercheure principale : Patricia M. Spittal

Résumé : L'infection à VIH se propage de plus en plus chez les Autochtones canadiens. Même si les collectivités autochtones ne représentent que 4 % de la population de la Colombie-Britannique, elles comptent plus de 13 % des nouveaux diagnostics de VIH et la moitié des bébés infectés par le VIH dans cette province. Un des moyens de propagation le plus important du VIH chez les Autochtones est l'utilisation de drogue par injection, comme la cocaïne et l'héroïne. Une étude récente menée à Vancouver a montré que les Autochtones qui s'injectaient de la drogue contractaient le VIH deux fois plus rapidement que les consommateurs de drogue non autochtones. Les femmes autochtones semblent même courir un plus grand risque. De plus, l'infection à virus de l'hépatite C (VHC) se propage de la même façon et encore plus rapidement que le VIH chez les Autochtones. Un grand nombre de jeunes Autochtones (âgés de 14 à 30 ans) qui consomment de la drogue à Vancouver et à Prince George participeront à cette étude. Des méthodes scientifiques en épidémiologie et en anthropologie seront utilisées pour comprendre les raisons complexes sous-jacentes à la vulnérabilité accrue au VIH et au VHC des jeunes Autochtones qui consomment de la drogue par injection. Seule une compréhension collective de ce qui se passe permettra aux collectivités autochtones urbaines, rurales et des réserves d'élaborer et d'appliquer des mesures de lutte contre cette terrible épidémie et d'inverser le processus.

Date : De juillet 2005 à juin 2010

Programme de financement : Bourse Nouveau chercheur des IRSC pour la recherche sur la santé des hommes et des femmes

Source : Base de données des IRSC

Projet R21

Titre : *Factors influencing condom use among Aboriginal youth*

Chercheure principale : Karen Maria Devries, London School of Hygiene and Tropical Medicine

Chercheure associée : Caroline Free, London School of Hygiene and Tropical Medicine

Résumé : Les taux d'infection transmise sexuellement (ITS), entre autres, de VIH/sida, sont plus élevés chez les jeunes Autochtones que dans le reste de la population. L'utilisation du condom est un moyen efficace de réduire le risque de contracter une ITS. Pour promouvoir avec efficacité l'utilisation du condom, il faut d'abord connaître les facteurs susceptibles d'exercer une influence d'un groupe ethnique à l'autre. L'examen méthodique de la recherche existante révèle que les modèles encourageant l'utilisation du condom s'appliquent généralement moins bien aux jeunes issus d'une minorité ethnique. On constate également que les études relatives à l'utilisation du condom chez les Autochtones sont de faible qualité pour la plupart et ne déterminent la validité que de quelques prédicteurs possibles. La part restante de ma recherche doctorale vise à cerner des prédicteurs importants de l'utilisation du condom chez les jeunes Autochtones. Les données résultant d'une vaste enquête sur la santé seront analysées afin de déterminer les facteurs au moyen desquels il est possible de prédire l'utilisation du condom chez les jeunes Autochtones. De plus, des interviews seront menées avec de jeunes Autochtones pour examiner plus en profondeur les contextes propices ou non à l'utilisation du condom. Les conclusions seront utiles aux chercheurs, aux fournisseurs de services et aux décideurs en vue de l'élaboration de programmes de promotion du condom adaptés aux groupes autochtones.

Date : D'avril 2005 à novembre 2006

Programme de financement : Bourse de recherche au doctorat des IRSC dans le domaine de la recherche service santé/santé population sur le VIH/sida

Source : <http://www.hivresearch.ca/index.asp?navid=18&csid=474>

Projet R22

Titre : *Factors in service provision that promote well-being for Aboriginal peoples living with HIV/AIDS who report substance use: A research capacity building exercise*

Chercheur principal : J. K. Barlow, Réseau canadien autochtone du sida

Résumé : Ce projet de recherche participatif met l'accent sur la consommation d'alcool, le taux croissant d'infections par le VIH dans les collectivités autochtones et une possible incidence négative sur l'accès aux traitements. Il est le prolongement logique du programme de renforcement des capacités de recherche du RCAS et de l'approche stratégique adoptée pour lutter contre le VIH/sida dans les collectivités autochtones. Basé sur les résultats d'une récente étude participative menée par le RCAS, ce projet de recherche offre l'occasion d'approfondir un nouvel enjeu susceptible de nous aider à combler les lacunes dans les connaissances relatives à la consommation d'alcool chez les Autochtones par rapport au VIH/sida. Fruit d'un partenariat entre le RCAS, les membres de la collectivité autochtone et des chercheurs spécialisés dans les sciences humaines, ce projet de recherche communautaire axé sur le renforcement des collectivités facilitera l'apprentissage commun dans un processus orienté par les principes PCAP (propriété, contrôle, accès et possession). En tentant d'atténuer les effets anormalement élevés du VIH sur les collectivités autochtones, ce projet prévoyant des exercices de renforcement des capacités auxquels prendraient part différents partenaires communautaires peut contribuer à accroître la production de compétences et de connaissances utiles à la recherche et ainsi favoriser la collecte d'éléments probants solides pour appuyer l'élaboration de politiques et de programmes.

Date : D'avril 2006 à mars 2007

Baillieur de fonds : Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida des IRSC – subventions Catalyseur (volet autochtone)

Source : <http://www.hivresearch.ca/index.asp?navid=18&csid1=1789>

Projet R23

Titre : *A gathering of support: Developing an Aboriginal grassroots research network on HIV/AIDS*

Chercheuses principales : Margaret L. Akan et Carrie Anne Bourassa

Chercheurs associés : Roxanne Boekelder, Mary Rucklos Hampton, Ron Scott Horsefall, Randy Jackson et Kim McKay-McNabb

Résumé : L'All Nations Hope AIDS Network est le seul organisme de services liés au sida (OSS) autochtone en Saskatchewan, alors que cette province compte l'une des plus importantes populations autochtones en milieu urbain au Canada. Les taux de VIH/sida relevés au sein de cette population urbaine autochtone sont importants : 48,9 % des personnes chez lesquelles on a diagnostiqué une infection par le VIH en 2004-2005 étaient d'ascendance autochtone (ministère de la Santé de la Saskatchewan, 2005). Des études ont été menées pour mesurer la taille de cette population et en cerner des caractéristiques démographiques, mais aucune recherche exhaustive à long terme n'a encore été entreprise. De plus, les données dont nous disposons ne fournissent pas d'indications en ce qui a trait aux programmes et aux efforts de sensibilisation, n'abordent pas les liens entre la consommation de drogue et d'alcool et le VIH/sida, et ne servent donc à l'appui d'aucune hypothèse en ce sens. Compte tenu de l'incidence et de la prévalence de la consommation de drogue et d'alcool dans cette province, un réseau non officiel s'est formé afin de parvenir à unir les efforts de chacun pour réagir aux problèmes locaux. Ce réseau souhaite suivre une approche de recherche communautaire pour examiner de plus près les expériences des Autochtones à l'égard de la consommation de drogue et d'alcool ainsi que du VIH/sida en Saskatchewan. Des membres d'établissements universitaires, des fournisseurs de services de santé, des représentants du seul OSS autochtone en Saskatchewan et des AVVIH/sida se réunissent déjà. Il paraît pertinent de les rassembler à l'intérieur d'un réseau plus officiel, après en avoir évalué la faisabilité, et de commencer à établir des

orientations et une approche de recherche pour sonder et cerner de meilleurs moyens de s'attaquer à ces problèmes. Cependant, à l'heure actuelle, aucun engagement ou partenariat officiel n'a été conclu. Dans ce contexte, le but du présent projet de recherche est de faciliter la formation du partenariat officiel nécessaire à l'élaboration d'un projet de recherche communautaire, axé sur les besoins de la collectivité en lien avec les Autochtones, la consommation de drogue et d'alcool, et le VIH/sida.

Date : D'avril 2008 à mars 2009

Programme de financement : Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida des IRSC – subventions Catalyseur (volet autochtone)

Source : Base de données des IRSC

Projet R24

Titre : *HIV and hepatitis C transmission networks in a cohort of injection drug users in Vancouver's Downtown Eastside: How structure and context matter*

Chercheuse principale : Sheila P. McCarthy, Université de la Colombie-Britannique

Chercheur associé : David M. Patrick, BC Centre for Disease Control

Résumé : Nos plans de recherche visent à cartographier et à analyser la propagation du VIH et du virus de l'hépatite C parmi les utilisateurs de drogue par injection dans le quartier le plus pauvre de Vancouver. La cartographie de la propagation des virus est rendue possible grâce à la technique des empreintes génétiques, qui permet d'identifier des souches virales similaires à partir d'échantillons de sang. Les souches similaires relient des personnes à l'intérieur de réseaux qu'on peut ensuite analyser en fonction de caractéristiques courantes, comme l'âge, le sexe, l'origine ethnique ainsi que les comportements à risque (c.-à-d. partage de seringues et participation au commerce du sexe) et les lieux de rassemblement communs (c.-à-d. bars, hôtels et refuges). Nous nous attendons à confirmer que les utilisateurs de drogue par injection ont formé des réseaux avec des pairs qui favorisent la propagation

des infections. Cette conclusion pourrait expliquer, par exemple, pourquoi l'ascendance ou l'origine autochtone est un important prédicteur du VIH, et ce, même lorsque les autres comportements à risque sont ignorés. Nous nous attendons en outre à mettre au jour certaines interconnexions complexes se produisant dans les lieux de rassemblement communs. Autrement dit, tout indique que certains lieux de rassemblement attirent des personnes semblables, facilitent les contacts et mènent au partage de seringues ainsi qu'à des relations sexuelles non protégées – des comportements susceptibles de propager les infections. Notre but est de fournir de l'information qui aidera : (1) à prédire la propagation future du VIH et de l'hépatite C à l'intérieur et à l'extérieur des réseaux propices à la consommation de drogue injectable, par exemple, en surveillant l'ampleur et le contenu des interconnexions ainsi que les contextes dans lesquels elles se produisent (c.-à-d. les lieux de rassemblement); (2) à adapter les stratégies d'intervention et de prévention pour contrer les effets négatifs des relations et des contextes (c.-à-d. les lieux de rassemblement) propres à ces réseaux, par exemple en incitant les principaux membres de ceux-ci à encourager les comportements capables de réduire les risques ou en intégrant à ceux-ci des leaders positifs; et (3) à diriger les fonds et d'autres ressources vers ces groupes, qu'il s'agisse de jeunes de la rue, de femmes ou d'Autochtones, anormalement touchés par la propagation des infections, en offrant des tests de dépistage, des traitements, des conseils et d'autres services connexes pour améliorer la santé et le bien-être.

Date : De septembre 2005 à août 2008

Programme de financement : Bourse de recherche au doctorat des IRSC dans le domaine de la recherche service santé/santé population sur le VIH/sida

Source : Base de données des IRSC

Projet R25

Titre : *HIV prevention in Canada: A meta-ethnographic synthesis of current knowledge*

Chercheurs principaux : Jacqueline Gahagan; Randy Jackson

Chercheurs associés : Barry Adam; Margaret Dykema; Judith Mill; Tracey Prentice

Résumé : Pendant les 25 dernières années, les chercheurs, les décideurs et les organisations non gouvernementales du Canada ont beaucoup fait pour améliorer notre compréhension du VIH/sida et notre façon d'y réagir, notamment par la recherche qualitative. Pourtant, on s'est peu soucié de faire une synthèse utile des résultats de ces travaux. Or, une telle synthèse servirait grandement les connaissances à l'avenir, les besoins de développement et l'élaboration de pratiques et de politiques efficaces de prévention du VIH. Cette demande de subvention pour une synthèse de la recherche répond aux objectifs suivants : procéder à un examen systématique de l'information qualitative éprouvée et publiée qui existe sur les systèmes de santé axés sur la prévention du VIH et comparer les expériences entre les populations choisies. Pour ce qui est de soutenir le processus décisionnel par des données probantes dans trois domaines d'intervention clés, les auteurs de ce projet veulent procéder selon les étapes suivantes : 1) faire une évaluation comparative de la compréhension qualitative que l'on a de a) la prévention du VIH auprès de groupes définis touchés par le VIH/sida au Canada et de b) les besoins en matière de prévention; 2) repérer les cas où le travail d'élaboration de politiques aux échelons fédéral ou provincial/territorial ou encore le travail de mise en pratique à l'échelon local ne tiennent pas suffisamment compte des résultats des recherches, et formuler des recommandations pour mieux utiliser la recherche pour rehausser l'efficacité des initiatives de prévention; et 3) améliorer l'efficacité des réponses aux recherches en tenant compte du secteur de recherche et du rôle des chercheurs. Pour réaliser ces objectifs, les membres de l'équipe de recherche proposent d'adopter une méthode participative méta-ethnographique pour guider l'examen systématique structuré des résultats de recherche. Cet examen comprendra un exercice initial de délimitation

des travaux pour déterminer quelles études il convient d'inclure, une évaluation de la qualité des études à inclure dans la synthèse et une interprétation au moyen d'une méthode méta-ethnographique à deux axes incluant les recherches suivant le sexe social et les recherches sur les Autochtones.

Date : De février 2008 à janvier 2009

Programme de financement : Subvention sur la synthèse des connaissances des IRSC

Source : Base de données des IRSC

Projet R26

Titre : *HIV risk behaviours and barriers to prevention and treatment among Aboriginal women engaged in survival sex work*

Chercheuse principale : Kate Shannon, BC Centre for Excellence in HIV/AIDS

Chercheurs associés : Mark Tyndall, University of British Columbia

Résumé : Les femmes qui pratiquent le commerce du sexe de survie dans le quartier du Downtown Eastside (DTES) de Vancouver sont particulièrement marginalisées et accumulent les vulnérabilités (violence, prédation, forte propension aux comportements sexuels à risque élevé et aux préjudices liés aux drogues). En outre, la nature illégale et clandestine du commerce du sexe dans les villes canadiennes fait que les travailleuses des rues restent de plus en plus en marge de la société, ce qui limite leur possibilité et leur désir d'accéder à des services de santé et de soutien. Alors que les Autochtones représentent environ 5 % de la population totale de la Colombie-Britannique, les femmes d'origine autochtone constituent plus de 50 % des travailleuses du sexe de survie dans ce quartier défavorisé de Vancouver. Ce projet de recherche, qui prévoit un processus cyclique de consultation communautaire et la participation active des pairs, explorera la dynamique des comportements à risque liés au VIH chez les travailleuses du sexe et les obstacles à la prévention et au traitement du VIH chez les femmes autochtones, en plus de déboucher sur la formulation d'un modèle de prévention du VIH et de soins connexes. Étant donné le caractère oppressant qu'ont revêtu les recherches menées auprès de cette

population par le passé, l'approche collaborative et participative proposée par l'intermédiaire d'un centre urbain de jour fera que la voix des travailleuses du sexe sera vraiment prise en considération dans les interventions pour la prévention du VIH et les soins connexes. Le contexte social dans lequel vivent ces femmes présente de nombreux obstacles qui multiplient les risques d'une transmission du VIH. On traitera de la dynamique axée sur le pouvoir qui caractérise les relations avec les proxénètes, des rencontres à caractère amoureux ou sexuel, de la négociation de relations sexuelles sûres avec des partenaires, du cycle de la toxicomanie et du commerce du sexe de survie, de la violence et des agressions sexuelles continuelles, de la pauvreté durable et de la forte mobilité entre les réserves rurales et le quartier du Downtown Eastside. Avec des techniques de cartographie sociale, des groupes de concertation et des entrevues structurées, cette étude permettra d'explorer les comportements à risque et les obstacles liés au VIH sous l'angle de la mobilité, de la violence et de la toxicomanie. L'approche participative qui permet de faire intervenir les pairs à tous les niveaux contribuera à renforcer les capacités et à amener la communauté à se prendre en charge et à assumer la direction de ce projet de recherche.

Date : De septembre 2005 à août 2008

Programme de financement : Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida - Bourse de recherche au doctorat (volet autochtone)

Source : <http://www.hivresearch.ca/index.asp?navid=17&csid1=828>

Projet R27

Titre : *HIV/AIDS community-based research program research technical assistants (Eastern Canada)*

Chercheur principal : Randy Jackson

Chercheur associé : Kevin Barlow

Résumé : Le Réseau canadien autochtone du sida (RCAS) a élaboré cette proposition dans le cadre de sa stratégie faisant suite aux recommandations du rapport *The Community Based HIV/AIDS Research Environmental Scan: Final Report* (2002). Il a entrepris cette analyse de l'environnement comme première étape du renforcement

des capacités de recherche communautaire. Les objectifs de la stratégie sont les suivants : offrir un soutien au renforcement des capacités de recherche au sein des collectivités autochtones; favoriser la compréhension parmi les chercheurs professionnels qui travaillent auprès des collectivités autochtones; et concevoir des projets de recherche sur le VIH/sida valables sur le plan méthodologique, culturellement appropriés, empreints de respect et pertinents. Le poste de technicien adjoint en recherche pour l'Est du Canada, y compris le Labrador et le Nunavut, qui fait l'objet de la présente proposition nous permettrait d'atteindre ces objectifs.

Date : d'avril 2005 à mars 2007

Programme de financement : Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida des IRSC – subventions de facilitateur de la recherche communautaire (volet autochtone)

Source : base de données des IRSC

Projet R28

Titre : *HIV/AIDS community-based research program research technical assistant (Western Canada)*

Chercheurs principaux : Randy Jackson; Kevin Barlow

Résumé : Le Réseau canadien autochtone du sida (RCAS) a élaboré cette proposition dans le cadre de sa stratégie faisant suite aux recommandations du rapport *The Community Based HIV/AIDS Research Environmental Scan: Final Report* (2002). Il a entrepris cette analyse de l'environnement comme première étape du renforcement des capacités de recherche communautaire. Les objectifs de la stratégie sont les suivants : offrir un soutien au renforcement des capacités de recherche au sein des collectivités autochtones; favoriser la compréhension parmi les chercheurs professionnels qui travaillent auprès des collectivités autochtones; et concevoir des projets de recherche sur le VIH/sida valables sur le plan méthodologique, culturellement appropriés, empreints de respect et pertinents. Le poste de technicien adjoint en recherche pour l'Ouest canadien, le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest qui fait l'objet de la présente proposition nous permettrait d'atteindre ces objectifs.

Date : d'avril 2005 à mars 2007

Programme de financement : Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida des IRSC – subventions de facilitateur de la recherche communautaire (volet autochtone)

Source : base de données des IRSC

Projet R29

Titre : *HIV/AIDS, maternal health and motherhood: Health-related behaviours, programming implications and narrative constructions*

Chercheuse principale : Pamela J. Downe

Chercheuses associées : Sylvia Abonyi, Karen Lawson, Jennifer Poudrier

Résumé : Ce projet de recherche communautaire de trois ans nous permettra de cerner et d'analyser l'interdépendance entre l'expérience de la maternité chez les femmes et le virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise (VIH/sida). En 2006, la société du sida AIDS Saskatoon a constaté que les mères constituaient un groupe important et sans cesse grandissant parmi les bénéficiaires de leurs services, mais qu'aucun programme n'avait été conçu spécifiquement à leur intention. Vingt-et-un mois de collaboration communautaire avec 17 organisations et chercheurs universitaires ont mené à la définition de trois objectifs de recherche : 1) cerner l'interdépendance entre la maternité et le VIH/sida; 2) évaluer l'incidence de la maternité sur les comportements liés à la santé des femmes bénéficiant des services d'AIDS Saskatoon; et 3) renforcer la capacité des organismes à améliorer les services liés au VIH/sida qui reçoivent une appréciation positive de la part des participants à la recherche. Fondé sur une approche narrative, ce projet de recherche de type participatif sera guidé par l'organisme AIDS Saskatoon et un comité consultatif communautaire de 14 membres. Des mères autochtones et non autochtones seront invitées à participer à deux séries d'entrevues, à un projet Photovoice, à une analyse de programmes en deux volets et à des groupes de discussion. Étant donné que les taux croissants de VIH/sida chez les femmes sont observés surtout chez celles en âge de procréer et que moins de 4 % des organismes enregistrés auprès de la Société canadienne du sida

offrent des programmes de santé maternelle, ce projet de recherche aura de profondes répercussions sur la santé et le bien-être des mères autochtones et non autochtones qui vivent avec le VIH/sida, sont touchées par cette infection ou y sont vulnérables.

Date : d'avril 2008 à mars 2011

Programme de financement : Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida des IRSC – subvention de fonctionnement (volet général)

Source : base de données des IRSC

Projet R30

Titre : *Implementation of a community-based approach to HIV/AIDS prevention in an Aboriginal community*

Chercheuse principale : Melanie Dawn Ross, Université de Victoria

Chercheuse associée : Lisa M. Mitchell, Université de Victoria

Résumé : non disponible

Date : de septembre 2005 à août 2007

Programme de financement : Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida des IRSC – Bourse à la maîtrise (volet autochtone)

Source : <http://www.hivresearch.ca/index.asp?navid=18&csid1=796>

Projet R31

Titre : *Investigating barriers to prevention and willingness to participate in a behavioural intervention to reduce HIV and Hepatitis C risk behaviours among high risk youth*

Chercheuse principale : Caroline L. Miller

Chercheur associé : Charles J. Frankish

Résumé : Ma thèse de maîtrise en sciences, décernée en novembre 2002, a porté sur la prévalence et l'incidence du VIH et de l'hépatite C chez les jeunes utilisateurs de drogue par injection. Les résultats ont révélé une prévalence élevée et une incidence excessivement élevée des deux virus. Les personnes les plus vulnérables étaient les jeunes femmes et les jeunes Autochtones ayant des comportements sexuels et liés à la drogue risqués. La prévention de ces virus passe par des mesures qui tiennent compte des vulnérabilités aux drogues et au commerce du sexe, sont appropriées au

sexe social et à la culture, et sont élaborées en collaboration avec la collectivité, les jeunes et les populations autochtones. Dans le cadre du présent projet de thèse de doctorat, nous approfondirons notre connaissance du sujet. Nos travaux se dérouleront en deux étapes. Premièrement, nous mènerons un projet de recherche auprès de jeunes et de membres de la collectivité atteints de pharmacodépendance afin d'examiner les obstacles qui entravent l'accès aux mesures de prévention actuelles comme des aiguilles propres et des condoms. Deuxièmement, nous évaluerons la volonté des jeunes à prendre part à une intervention comportementale visant à réduire les comportements à risque d'infection à VIH et à hépatite C. Ces travaux éclaireront les politiques concernant les orientations actuelles et futures à suivre pour prévenir le VIH et l'hépatite C. L'information recueillie pourra guider l'élaboration des interventions destinées aux jeunes toxicomanes. Enfin, nous souhaitons que nos travaux aient une incidence immédiate sur la sensibilisation des jeunes et le renforcement du pouvoir de ces derniers de prendre en main leur santé et celle de leurs pairs.

Date : d'avril 2003 à mars 2006

Programme de financement : Bourse d'études supérieures du Canada Frederick Banting et Charles Best des IRSC – Bourse au doctorat

Source : base de données des IRSC

Projet R32

Titre : *Life experiences of Aboriginal families living with HIV/AIDS: A qualitative inquiry*

Chercheuse principale : Kim McKay-McNabb, Université de Regina

Chercheuse associée : Mary Rucklos Hampton, Université de Regina

Résumé : On a décrit le VIH/sida comme une épidémie qui frappe nos collectivités autochtones. C'est pourquoi nous devons tourner notre attention vers celles-ci pour amorcer notre processus de guérison. Le projet « Life Experiences of Aboriginal Families and HIV/AIDS: A Qualitative Inquiry » est mû par mon désir de favoriser une meilleure compréhension du VIH/sida dans nos collectivités autochtones. Dans le cadre de ce projet,

je tirerai parti de mes années d'expérience comme chercheuse autochtone, années pendant lesquelles j'ai travaillé dans les collectivités pour répondre aux besoins des familles autochtones vivant avec le VIH/sida. Dans les collectivités autochtones, la constellation familiale est souvent formée des membres de la famille immédiate et élargie, et des membres adoptifs. C'est cette conception de la famille qui guidera notre étude. Mener des recherches sur le VIH/sida auprès de familles autochtones est une affaire délicate qui nécessite l'établissement d'une relation de confiance. Dans notre projet d'étude qualitative, nous analyserons nos entrevues approfondies avec des familles autochtones vivant avec le VIH/sida en nous fondant sur des théories à base empirique. Les résultats amélioreront notre compréhension des besoins en soins de santé culturellement adaptés de ces familles. Notre projet a pour objectif de contribuer à enrichir nos connaissances limitées des mesures de prévention appropriées à prendre pour contrer cette épidémie grandissante. Notre collaboration avec des réseaux autochtones locaux, provinciaux et nationaux consacrés au VIH/sida garantira l'utilisation des conclusions de nos recherches.

Date : de septembre 2005 à août 2008

Programme de financement : Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida des IRSC – Bourse au doctorat (volet autochtone)

Source : <http://www.hivresearch.ca/index.asp?navid=18&csid1=685>

Projet R33

Titre : *The lived experiences of health and well-being among Aboriginal people living HIV/AIDS: Beyond a deficiency model*

Chercheuse principale : Tracey Prentice, Université d'Ottawa

Chercheurs associés : Carol A. Amaratung; Denise Spitzer; Randy Jackson, RCAS

Résumé : Réalisé en partenariat avec le Réseau canadien autochtone du sida (RCAS) et ses organisations membres, ce projet de recherche communautaire participative portera sur la « santé » des Autochtones vivant avec le VIH/sida (AVVIH/sida). Cette étude se veut une réponse

à des commentaires publiés par des chercheurs indigènes/autochtones et à des travaux de recherche du RCAS menés auprès de femmes autochtones et dans lesquels on a fait ressortir le besoin d'histoires et d'images liées à la santé et au mieux-être des AVVIH/sida. En raison de la prédominance du « modèle de déficience » et de l'accent mis sur la pathogénèse (origine de la maladie) dans les recherches sur les Autochtones et le VIH/sida, on a brossé un tableau de la souffrance, de la maladie et du dysfonctionnement chez les collectivités autochtones et les AVVIH/sida qui ne reflète que de façon inexacte et incomplète l'expérience des AVVIH/sida. Ce genre de représentations a un effet trompeur, débilitant et démotivant. Dans le cadre de notre projet de recherche, nous visons à faire contrepoids à ces représentations en explorant, grâce à des groupes de discussion communautaires et aux observations des participants lors de rencontres formelles et informelles, l'expérience vécue par les AVVIH/sida en ce qui a trait à leur santé et à leur bien-être. Tout particulièrement, nous répondrons aux questions suivantes : 1) Quelle compréhension et quelle expérience les AVVIH/sida ont-ils de la santé et du mieux-être compte tenu de leur situation? 2) Quels facteurs contribuent à la santé et au mieux-être des AVVIH/sida? 3) Quel rôle, le cas échéant, la culture joue-t-elle dans la compréhension et l'expérience qu'ont les AVVIH/sida de la santé et du mieux-être? et 4) Quelle influence, le cas échéant, le sexe biologique et/ou le sexe social exercent-ils sur la compréhension et l'expérience qu'ont les AVVIH/sida de la santé et du mieux-être? Conformément aux principes de la recherche communautaire participative et aux principes PCAP (propriété, contrôle, accès et possession), les groupes de discussions communautaires favoriseront les possibilités de renforcement des capacités, ainsi que la propriété et le leadership collectifs dans le cadre des recherches. De plus, le partenariat forgé avec le RCAS et ses organisations membres aux échelons local et provincial fera en sorte que les résultats de nos recherches soient pleinement utilisés et contribuent à l'élaboration d'outils et de services culturellement appropriés et mieux adaptés aux besoins de cette population.

Date : de septembre 2007 à août 2010

Programme de financement : Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida des IRSC – Bourse au doctorat (volet autochtone)

Source : base de données des IRSC

Projet R34

Titre : *Mental health and wellness among Aboriginal people living with HIV/AIDS*

Chercheur principal : Roy Cain, McMaster University

Chercheurs associés : Randy Jackson, RCAS; Kevin J. Barlow, RCAS; Judith Ellen Mill, Université de l'Alberta; Evan Collins, AIDS 2006 Toronto

Résumé : Dans le cadre de ce projet, nous nous penchons sur la dépression chez les Autochtones – hommes et femmes – vivant avec le VIH/sida (AVVIH/sida), champ d'étude qui a reçu jusqu'à présent très peu d'attention de la part des chercheurs. Dernièrement, les membres du Réseau canadien autochtone du sida (RCAS) ont élevé les problèmes de santé mentale au rang de leurs priorités. Selon les études préliminaires menées par notre équipe de chercheurs, la dépression est une préoccupation particulièrement grande chez les AVVIH/sida. Nos travaux initiaux semblent indiquer que la dépression découle de la stigmatisation continuellement associée au VIH/sida, de l'isolement social, des lacunes dans les connaissances concernant le VIH et du manque d'accès à des traitements, de la consommation d'alcool et de drogues, des antécédents personnels de mauvais traitements et de perturbations familiales, des effets secondaires des médicaments et de la pauvreté. Pour approfondir ces questions, nous proposons de mener de 75 à 85 entrevues détaillées semi-structurées auprès d'AVVIH/sida dans des centres urbains un peu partout au Canada (Vancouver, Regina, Winnipeg, Toronto, Halifax). Nous y examinerons l'expérience vécue par les répondants, la façon dont ils gèrent leurs sentiments dépressifs et l'influence que ceux-ci peuvent avoir sur leur manière de gérer leur santé et leur infection. En analysant l'influence d'un vaste éventail de facteurs sociaux et psychologiques sur l'expérience de la dépression chez les AVVIH/sida, nous contribuerons à l'élaboration d'outils et de services culturellement appropriés et

mieux adaptés aux besoins de cette population.

Date : d'avril 2005 à mars 2007

Programme de financement : Subvention de fonctionnement des IRSC – Santé des Autochtones vivant en milieux urbains (Communautaire)

Source : <http://www.hivresearch.ca/index.asp?navid=18&csid1=434>

Projet R35

Titre : *Migration patterns and impact of HIV-related risk behaviour among Aboriginal versus non-Aboriginal injection drug users (IDUs): Experiences from the Vancouver Injection Drug Users Study (VIDUS)*

Chercheuse principale : Beth Stephanie Rachlis, Université de la Colombie-Britannique

Chercheur associé : Robert Stephen Hogg, BC Centre for Excellence in HIV/AIDS

Résumé : Au Canada, les utilisateurs de drogue par injection (UDI) constituent un groupe à risque élevé de transmission du VIH. Même si nous savons peu de choses sur l'étendue des dommages causés par le VIH/sida dans nos collectivités autochtones, de récents travaux de recherche semblent indiquer que les populations autochtones sont surreprésentées dans cette épidémie. La colonisation, le racisme et la pauvreté prédisposent les groupes autochtones à l'alcoolisme et aux toxicomanies. En 2002, 53,3 % des cas de sida déclarés chez les Autochtones, et dont la catégorie d'exposition était connue, étaient attribuables à la consommation de drogue par injection. Au Canada, les UDI autochtones constituent la population infectée par le VIH qui croît le plus rapidement. De tradition nomade, ils se déplacent aisément d'une ville à l'autre, mais ils sont attirés par les grandes villes où ils peuvent facilement et librement avoir accès à des drogues. Selon certaines études réalisées à l'extérieur du Canada, il y aurait un lien entre la migration et la transmission du VIH, en particulier chez les UDI et les travailleurs du sexe. Lancée en 1996, la Vancouver Injection Drug Users Study (VIDUS) surveille la transmission du VIH parmi les 1 400 UDI inscrits. Les Autochtones représentent 25 % de cette cohorte. Dans le cadre de notre projet, nous suivrons cette population pour recenser les déplacements des UDI autochtones et non

autochtones, afin de déterminer s'il existe une corrélation entre les déplacements et les changements de comportement à risque. S'il y en a une, cela signifie que les UDI nomades risquent de propager le virus dans les petites collectivités, y compris les réserves des Premières nations. Jusqu'à présent, ces zones ont été épargnées, mais elles n'ont pas les ressources clés nécessaires pour intervenir et contrer l'épidémie.

Date : de septembre 2005 à août 2006

Programme de financement : Institut des maladies infectieuses et immunitaires des IRSC – Bourse à la maîtrise

Source : <http://www.hivresearch.ca/index.asp?navid=18&csid1=776>

Projet R36

Titre : *A national Aboriginal health training initiative at the University of Alberta*

Chercheur principal : Malcolm King

Chercheurs associés : Brenda L. Cameron; Lynden Crowshoe; Nancy L. Gibson; Ann C. Macaulay; Kim D. Raine; Ellen L. Toth; Cora J. Voyageur; Dennis A. Wardman; Cornelia G. Wieman; Jose G. Zayas

Résumé : non disponible

Date : d'octobre 2001 à septembre 2007

Programme de financement : subvention du programme Cadres de développement de la capacité autochtone de recherche en santé (CDCARS) des IRSC

Source : base de données des IRSC

Projet R37

Titre : *A national Aboriginal persons living with HIV/AIDS (APHA) housing strategy: Development of team infrastructure, approach, and capacity building*

Chercheurs principaux : Kevin J. Barlow, Sean B. Rourke

Chercheurs associés : Margaret L. Akan; Kenneth Clement; Monique Yvette Fong; Saara Greene; Charlotte Jayne Loppie; Laverne E. Monette; Tracey Prentice; Ruthann Tucker; Catherine Anne Worthington

Résumé : Le Réseau canadien autochtone du sida (RCAS) et le Réseau ontarien de traitement du VIH (OTHN) proposent un processus participatif de subvention de développement fondé sur des méthodes de recherche

variées et axé sur les besoins en logements des collectivités autochtones du Canada. Le projet a comme objectifs : 1) d'utiliser la recherche pour développer davantage l'infrastructure de travail en équipe et les méthodes connexes, afin d'enrichir les travaux originaux déjà menés dans le domaine du logement et de la santé des personnes séropositives en Ontario, et 2) d'offrir, en collaboration avec l'Aboriginal Research Technical Program, un soutien au renforcement des capacités de recherche au sein des collectivités autochtones. Ces buts sont divisés en sous-objectifs précis : 1) entrer en contact avec les réseaux autochtones provinciaux/territoriaux du VIH afin de mieux les sensibiliser au lien entre le logement et la santé des personnes vivant avec le VIH ou à risque de le contracter, et de renforcer leur capacité à composer avec ce lien; 2) sélectionner des chercheurs universitaires afin de travailler avec eux à l'élaboration de recherches culturellement adaptées portant sur le VIH et les conditions de logement qui améliorent l'accès aux services de soutien les plus appropriés; et 3) préparer une demande de subvention pour un projet dont les conclusions feront la promotion de programmes de logements efficaces et appropriés, ainsi que d'orientations reflétant les besoins variés de la communauté autochtone touchée par le VIH/sida au Canada. Les membres de l'équipe recevront une formation sur les méthodes de recherche et participeront à des activités favorisant la sensibilité à la diversité culturelle dans la recherche.

Date : de mars 2008 à mars 2009

Programme de financement : Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida des IRSC – subvention catalyseur (volet autochtone)

Source : base de données des IRSC

Projet R38

Titre : *The patterns of use and outcomes of highly active anti-retroviral therapy (HAART) among AIDS patients treated by the northern Alberta HIV program*

Chercheuse principale : Leah J. Martin, Université de l'Alberta

Chercheurs associés : Leslie D. Saunders; Stan C. Houston

Résumé : L'utilisation récente d'un traitement médicamenteux mixte contre le VIH/sida – le traitement antirétroviral hautement actif (HAART) – a fait diminuer la morbidité et la mortalité liées au sida [Hogg et coll., CMAJ / JAMC, vol. 160 (1999), p. 659-665]. Toutefois, nous savons peu de choses sur l'efficacité de ce traitement chez les résidents des quartiers défavorisés ayant le sida en Amérique du Nord. Dans le nord de l'Alberta, toutes les personnes qui reçoivent un diagnostic positif d'infection à VIH sont aiguillées vers le Northern Alberta HIV Program (NAHIVP) pour le traitement; la plupart de ces personnes résident dans des quartiers déshérités et sont aux prises avec de nombreux problèmes sociaux qui s'ajoutent à leur maladie. Grâce à notre projet de recherche, nous souhaitons en apprendre davantage sur les combinaisons de médicaments du HAART prescrites aux patients du NAHIVP, de même qu'évaluer l'efficacité des traitements, surtout en ce qui a trait à la qualité de vie que ces derniers donnent aux patients. Le fait de mieux comprendre quelles combinaisons sont associées aux résultats les plus probants contribuera à améliorer l'efficacité des traitements prescrits par les médecins. Nous croyons que des traitements plus efficaces amélioreront la qualité de vie de la population vulnérable atteinte du sida dans le nord de l'Alberta.

Date : d'avril 2005 à mars 2008

Programme de financement : Bourse de recherche au doctorat des IRSC pour la recherche sur les services de santé et la santé des populations - VIH/SIDA

Source : base de données des IRSC

Projet R39

Titre : *A prospective study to explore the impact of housing support and homelessness on the health outcomes of people living with HIV/AIDS in Ontario*

Chercheuses principales : Saara Greene; Ruthann Tucker

Chercheurs associés : Steve Byers; James Roland Dunn; C. Dale Guenter; Stephen Wesley Hwang; Jay Koornstra; Laverne E. Monette; Lea April Narciso; Sean B Rourke; Michael Sobota

Résumé : La sécurité et la qualité des logements sont d'importants déterminants de la santé, mais leur incidence demeure mal comprise. Il existe peu d'information sur la situation du logement des personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH/sida) en Ontario; les mesures de soutien au logement dont ont besoin les PVVIH/sida pour vivre en sécurité, en bonne santé et dans la dignité; et l'incidence de la situation du logement sur la santé, ainsi que sur l'utilisation des services de santé et des services sociaux. Nous proposons d'élargir la portée d'une étude de deux ans (commencée en avril 2005) axée sur la situation du logement et les problèmes vécus par les PVVIH/sida afin d'atteindre les objectifs principaux suivants : 1) comprendre les facteurs qui influent sur la situation du logement des PVVIH/sida; 2) étudier la qualité des logements, le niveau de sécurité des logements et les mesures de soutien connexes qui ont une incidence sur la santé mentale et physique des PVVIH/sida; 3) comprendre dans quelle mesure ces facteurs interviennent dans l'accès aux services de santé et aux services sociaux, et dans l'utilisation de ceux-ci; et 4) faire ressortir les similitudes et les différences dans l'expérience du logement et de l'itinérance vécue par des groupes particuliers de PVVIH/sida, notamment les Autochtones, les minorités ethniques, les femmes, les minorités sexuelles, les jeunes et les ex-détenus. L'hypothèse qui sous-tend nos travaux veut qu'un logement de bonne qualité et sûr est un facteur important qui contribue à la bonne santé mentale et physique des PVVIH/sida, de même qu'à leur accès aux services de santé et aux services sociaux. Nous soutenons également que la bonne qualité et la sécurité des logements font diminuer le recours inutile aux services de santé et aux services sociaux, et permettent des économies de coûts. Enfin, nous postulons que certains facteurs de risque, y compris les caractéristiques démographiques et l'état de santé, jouent un rôle dans le logement et l'itinérance des PVVIH/sida. Nous recueillerons des données qualitatives et quantitatives dans le cadre

d'une étude longitudinale d'envergure provinciale au cours de laquelle nous suivrons des PVVIH/sida sur une période pouvant aller jusqu'à trois ans. Nous observerons l'évolution de leur situation en matière de logement, ainsi que les facteurs qui influent sur les changements notés et les résultats de ces changements.

Date : d'avril 2005 à mars 2008

Bailleur de fonds : Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida des IRSC – subvention de fonctionnement (volet général)

Source : base de données des IRSC

Projet R40

Titre : *Qualitative data analysis: Aboriginal CBR capacity-building workshop*

Chercheur principal : Randy Jackson, RCAS

Chercheur associé : J. Kevin Barlow, RCAS

Résumé : Le Réseau canadien autochtone du sida (RCAS) a proposé de former des chercheurs communautaires dans le domaine de l'analyse de données qualitatives à l'aide des logiciels N6 et Atlas.ti. Étant donné le nombre grandissant d'Autochtones vivant avec le VIH/sida et le nombre relativement peu élevé de chercheurs autochtones, le besoin d'une formation s'impose. Dans son rapport intitulé *Community Based HIV/AIDS Research Environmental Scan: Final Report* (2002), le RCAS – coalition nationale de groupes autochtones qui luttent contre le VIH/sida – fait du rehaussement de l'expérience directe de la recherche dans les collectivités autochtones une priorité. Conformément aux traditions orales autochtones, les données sont souvent recueillies dans le cadre d'entrevues semi-structurées, ce qui rend la formation sur N6 et Atlas.ti indispensable pour les chercheurs autochtones dans le monde axé sur la technologie d'aujourd'hui. L'atelier de deux jours, prévu pour une vingtaine de participants, se déroulerait en octobre 2005, parallèlement à l'assemblée générale annuelle du RCAS à Regina, en Saskatchewan.

Date : de mars 2005 à mars 2006

Programme de financement : Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida des IRSC – Atelier de renforcement des capacités (volet autochtone)

Source : <http://www.hivresearch.ca/index.asp?navid=18&csid1=582>

Projet R41

Titre : *Researching back to life: Supporting an Aboriginal response to HIV/AIDS through community-based research*

Chercheur principal : Randy Jackson, RCAS

Résumé : non disponible

Date : d'avril 2007 à mars 2008

Baillleur de fonds : Réseau ontarien de traitement du VIH (OHTN)

Source : <http://www.hivresearch.ca/index.asp?navid=17&csid1=2293>

Projet R42

Titre : *The role of resiliency in responding to blood borne viral and sexually transmitted infections in Indigenous communities*

Chercheur principal : Neil Andersson, Institut canadien de formation de l'énergie (CIET Canada)

Chercheurs associés : Chris P. Archibald, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Agence de la santé publique du Canada (DSER-ASPC); Clive Aspin; Rachel Atkinson; J.K. Barlow; John Daniels; Vanessa Davies; Nigel Dickson; Sandra Eades; Andrew Grulich; Randy Jackson, RCAS; Rhys Jones; John Kaldor; Chris Lawrence; Lisa Maher; Kathryn Panaretto; Garrett Prestage; Mihi Ratima; Beverley J. Shea; Maurice Shipp

Résumé : non disponible

Date : de juillet 2005 à juin 2010

Programme de financement : Subvention du Partenariat de collaboration internationale de recherche en santé des Autochtones sur la résilience (IRSC)

Source : base de données des IRSC

Projet R43

Titre : *Sexual violence, HIV/AIDS and Aboriginal women*

Chercheurs principaux : J. Kevin Barlow, RCAS; Charlotte J. Loppie

Chercheuses associées : Gail Valaskakis; Cornelia Wieman

Résumé : En se fondant sur une méthode conjuguant l'utilisation de symboles visuels et des entrevues approfondies, le Réseau canadien autochtone du sida (RCAS) se concentrera sur le problème de la violence sexuelle dans

le contexte de la prestation de services liés au VIH/sida. Dans le cadre de notre recherche, nous poserons les questions suivantes : 1) Comment les femmes représent-elles, à l'aide de symboles visuels, l'incidence de la violence sexuelle sur leur vie dans le contexte du VIH/sida, puis comment l'interprètent-elles? Unique en son genre, cette méthode de recherche visuelle est souvent utilisée pour explorer des concepts difficiles que les gens sont incapables d'expliquer verbalement; 2) Quel rôle jouent le sexe social, la culture et la séropositivité à l'égard du VIH/sida chez les femmes autochtones qui veulent avoir accès à des services? 3) À quels méthodes ou outils culturels les femmes autochtones vivant avec le VIH/sida ont-elles recours pour gérer leur santé? et 4) Quelles répercussions les questions de la violence sexuelle, du sexe social, de la culture et du VIH/sida ont-elles sur les politiques/programmes?

Date : d'avril 2006 à mars 2009

Programme de financement : Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida des IRSC – subvention de fonctionnement (volet autochtone)

Source : <http://www.hivresearch.ca/index.asp?navid=18&csid1=1790>

Projet R44

Titre : *Strengthening community-based approaches to HIV/AIDS education, screening, and treatment among Canadian Inuit youth*

Chercheuses principales : Jeanette Doucet; Jacqueline C. Gahagan; Aideen Frances Reynolds; Audrey Steenbeek

Chercheurs associés : Chris Patrick Archibald; Pitsulala Sarah Lyta

Résumé : Dans le cadre de ce projet, nous commencerons à explorer, au sein des collectivités inuites, l'interaction complexe entre la culture, la santé des jeunes et l'habilitation des femmes dans le contexte du risque lié au VIH/sida, et à déterminer les priorités de recherche en vue d'une étude pluriannuelle. Il est urgent de se faire une meilleure idée de la dynamique et de l'épidémiologie du risque associé au VIH parmi la population inuite du Canada. Les données inuites

actuelles sur le VIH se perdent généralement parmi les statistiques sur l'ensemble des Autochtones ou de la population canadienne, et reflètent mal la véritable situation des Inuits au Canada. Notre projet de recherche vise à contribuer à éclaircir cette situation. Nous espérons également qu'il guidera l'élaboration d'interventions durables à l'égard du VIH fondées sur la participation des collectivités et adaptées aux défis que représentent la promotion de la santé et la prestation de soins dans les collectivités du Nord. Reposant sur une méthode de recherche communautaire, notre projet prévoit la participation directe d'organisations et de membres des collectivités inuites. Compte tenu des obstacles actuels au dépistage dans les petites collectivités éloignées (manque d'anonymat, stigmatisation et discrimination, accès insuffisant à des soins après un diagnostic positif, manque d'organismes de lutte contre le sida dans le Nord), cette méthode de recherche offre une occasion sans pareille de renforcer les capacités des fournisseurs de soins et d'améliorer l'accès à l'éducation ainsi qu'aux services de dépistage (tests anonymes assortis de counseling avant et après le dépistage), de diagnostic, de soins, de traitement et de soutien.

Date : d'avril 2007 à mars 2008

Programme de financement : Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida des IRSC – subvention catalyseur (volet autochtone)

Source : base de données des IRSC

Projet R45

Titre : *A systematic review of evidence linking sexual violence and HIV/AIDS*

Chercheuse principale : Beverley J Shea

Chercheurs associés : Neil Andersson; Chris Patrick Archibald; Kevin J. Barlow; Candyce Hamel; Ari Ho-Foster; Tara Horvath; Gail Kennedy; Jorge Oscar Laucirica; Jessie McGowan; Deborah Milne; Steven Paul Mitchell; George Anthony Wells

Résumé : Bien qu'on dispose d'un nombre grandissant de données probantes sur le VIH/sida, on sait très peu de choses sur la corrélation entre les interventions en faveur de la prévention de la violence sexuelle et le VIH/sida. Certaines personnes séropositives établissent un lien direct entre la violence dont elles ont fait l'objet et leur séropositivité. À ce jour, aucune étude systématique de qualité supérieure faisant la synthèse de ces connaissances n'a été publiée. Dans le cadre de notre projet, nous : 1) ferons un examen systématique et une méta-analyse des études réalisées au sujet des interventions visant à prévenir la violence sexuelle et le VIH/sida; 2) traduirons les résultats et formulerons des recommandations quant à leur utilisation en intégrant les décideurs au processus d'examen; et 3) élaborerons du matériel fondé sur nos conclusions à l'intention des décideurs et des travailleurs de première ligne œuvrant pour la prévention du VIH/sida et de la violence sexuelle. Plan de recherche : nous avons déjà enregistré le titre de notre projet auprès du Cochrane Review Group on HIV/AIDS de la Cochrane Collaboration. Nous suivrons les méthodes établies par ce groupe et celles publiées dans le *Cochrane Collaboration Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Nous soumettrons un protocole d'analyse définissant a priori la stratégie de recherche et les sources de données, les critères de sélection et les méthodes d'analyse. Tout au long de la recherche, et ce, dès la formulation de la problématique de recherche, nous ferons appel à des décideurs de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et du Réseau canadien autochtone du sida (RCAS) qui : éclaireront notre recherche en nous donnant des conseils sur la pertinence des politiques, le contexte politique de l'analyse et les critères d'inclusion, et en classant par ordre de priorité les résultats pour analyse; nous aideront à interpréter les résultats en faisant ressortir les points forts et l'applicabilité des données probantes, en faisant valoir diverses considérations comme les coûts et les pratiques courantes, et en clarifiant tout compromis entre les avantages escomptés, les effets négatifs et le coût des interventions; et élaboreront et mettront en œuvre un plan d'application des connaissances en fin de subvention qui garantira l'accessibilité et l'utilité de nos conclusions.

Date : d'octobre 2008 à septembre 2009

Programme de financement : Subvention sur la synthèse des connaissances (IRSC)

Source : base de données des IRSC

Projet R46

Titre : *Taking Action: Using arts-based approaches to developing Aboriginal youth leadership in HIV prevention*

Chercheurs principaux : Sarah Flicker; Randy Jackson

Chercheurs associés : Jeanette Doucet; June Ann Larkin; Claudia Mitchell; Tracey Prentice; Jean-Paul Resoule; Melanie Mae Rivers

Résumé : Les jeunes Autochtones sont surreprésentés dans l'épidémie de VIH au Canada. Les approches misant sur l'art pour inciter les jeunes à s'engager dans la promotion de la santé ont donné de bons résultats à l'échelle locale et mondiale. C'est dans cet esprit que plusieurs partenaires communautaires et chercheurs universitaires ont soumis, en collaboration, une demande de subvention pour une étude ayant pour but d'encourager les jeunes Autochtones à faire preuve de leadership dans la prévention du VIH en ayant recours à l'art. Parmi les objectifs spécifiques de l'étude, notons les suivants : 1) explorer comment les jeunes Autochtones établissent un rapprochement entre les inégalités structurelles et le risque individuel, le VIH et la(les) culture(s) autochtone(s) à l'aide de méthodes fondées sur l'art; 2) étudier l'efficacité des modèles d'engagement préconisés par les méthodes artistiques (p. ex. le hip-hop, les vidéos/photos documentaires, le théâtre populaire, la musique ou la danse); 3) renforcer la capacité des jeunes à lutter contre le VIH dans leurs collectivités; 4) élaborer et diffuser du matériel de prévention du VIH et de soutien connexe fait « par et pour des jeunes »; et 5) établir un référentiel national de matériel de prévention du VIH fait « par et pour des jeunes ». Le respect des principes PCAP (propriété, contrôle, accès et possession) sous-tendra la réalisation de chacun de ces objectifs. L'équipe de recherche s'associera à six collectivités locales de différentes régions du pays pour coparrainer des ateliers sur le thème « Taking Action ». Chaque atelier comportera des

volets de production éducationnelle et culturelle sur le VIH, dans le cadre desquels les participants auront l'occasion d'élaborer des projets faisant ressortir les liens entre les inégalités structurelles, le risque individuel de contracter le VIH et les cultures autochtones. Après les ateliers, on s'entretiendra avec les jeunes participants pour leur demander de faire le point sur les principales connaissances qu'ils ont acquises et la manière dont leurs productions artistiques s'insèrent dans les réalités structurelles. La qualité du contenu thématique des entrevues et des supports utilisés sera analysée. Les résultats seront présentés dans un format accessible aux chercheurs et aux collectivités.

Date : d'avril 2008 à mars 2011

Programme de financement : Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida des IRSC – subvention de fonctionnement (volet autochtone)

Source : base de données des IRSC

Projet R46

Titre : *Taking Action: Using arts-based approaches to developing Aboriginal youth leadership in HIV prevention*

Chercheuse principale : Ashley Heaslip

Chercheuses associées : Sarah Flicker; Suzanne Jackson

Résumé : [Ce projet de recherche fait partie d'un plus gros projet. Prière de vous référer au résumé précédent pour une description du projet.]

Date : de septembre 2008 à avril 2009

Programme de financement : Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida des IRSC – Bourse à la maîtrise (volet autochtone)

Source : base de données des IRSC

Projet R47

Titre : *Testing a model of HIV/AIDS prevention in Ontario First Nations communities*

Chercheuse principale : Basanti Majumdar

Chercheurs associés : Gina M. Browne; Tracey L. Chambers; Jacqueline Gail Roberts, McMaster University; Amiram Gafni, McMaster University

Résumé : Au Canada, de 17 à 26 % environ des nouveaux cas d'infection à VIH se déclarent chez les populations

autochtones, preuve évidente du besoin de prévention du VIH/sida dans ces collectivités. Les stratégies de prévention interviennent parfois à tous les niveaux, mais si on veut garantir leur réussite, les interventions doivent se faire sur les plans biologique, comportemental et socioculturel. En outre, les campagnes de prévention à l'intention des Autochtones doivent être adaptées aux besoins propres à cette population. Nous souhaitons élaborer un projet de recherche qui nous permettra d'évaluer un modèle de prévention du VIH/sida conçu dans le cadre d'une étude antérieure menée par l'université McMaster et la Union of Ontario Indians (UOI) et adapté à la réalité culturelle des Autochtones. Ce modèle reflète la corrélation entre les personnes vivant avec le VIH/sida et leur collectivité, de même que les outils de prévention et les besoins des collectivités touchées. Le modèle est de nature circulaire; les cercles qui forment la roue représentent le caractère cyclique de la vie, concept prépondérant dans la pensée des Premières nations. Les quatre grandes dimensions de la vie – émotive, matérielle, mentale et spirituelle – y ont été intégrées pour montrer que le VIH/sida touche tous les aspects de la vie. Dans le cadre de notre projet, un noyau de participants représentant une sélection d'organisations autochtones collaboreront à l'élaboration d'une proposition en vue de tester le modèle de prévention, et se pencheront sur diverses questions liées à la prévention du VIH/sida et à la sensibilisation dans les collectivités ontariennes des Premières nations. On renforcera également la capacité de ces organisations d'élaborer des propositions indépendantes dans des domaines d'intérêt pour leurs collectivités, de sorte que les Autochtones puissent diriger eux-mêmes d'autres recherches visant à améliorer la santé des collectivités des Premières nations de l'Ontario.

Date : de mars 2005 à février 2006

Programme de financement : Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida des IRSC – subvention catalyseur (volet autochtone)

Source : <http://www.hivresearch.ca/index.asp?navid=18&csid1=672>

Projet R48

Titre : *Two-spirit women's experience of homophobia in the context of HIV/AIDS service provision*

Chercheurs principaux : Kevin Barlow, RCAS; Janice L. Ristock

Chercheurs associés : Shari L. Brotman, Université McGill; Laverne E. Monette, Ontario Aboriginal HIV/AIDS Strategy; Joyce G. Seto; Randy Jackson, RCAS

Résumé : Conformément aux principes de la recherche communautaire, le Réseau canadien autochtone du sida (RCAS) mène une étude qualitative sur l'homophobie à laquelle sont confrontées les femmes bispirituelles dans le contexte de la prestation de services liés au VIH/sida. S'inspirant d'une enquête récente du RCAS qui a fait ressortir diverses tendances, cette étude permettra d'approfondir diverses questions : 1) lorsque des femmes bispirituelles se font soigner et sont l'objet de discrimination homophobe, comment vivent-elles cette expérience personnellement? Quelle est leur appréciation de la corrélation entre leurs identités, c'est-à-dire celles de personne bispirituelle, de personne atteinte du VIH/sida et de femme? 2) Quelle est l'incidence de l'homophobie et de l'hétérosexisme sur l'accès aux services liés au VIH/sida? En d'autres termes, quelle est la réaction des femmes bispirituelles et quelles raisons motivent leur processus décisionnel? 3) Selon cette population, sur quelles pratiques exemplaires doit-on se fonder pour atténuer l'homophobie dans la prestation des services, et quels éléments doivent comporter les politiques en la matière? Dans le cadre de cette étude, le respect des principes PCAP (propriété, contrôle, accès et possession) est essentiel pour maximiser tout avantage potentiel.

Date : d'avril 2006 à mars 2009

Programme de financement : Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida des IRSC – subvention de fonctionnement (volet autochtone)

Source : base de données des IRSC

Projet R49

Titre : *Understanding and responding to depression among Aboriginal people living with HIV/AIDS*

Chercheur principal : Roy Cain, McMaster University

Chercheurs associés : Evan Collins, AIDS 2006 Toronto; Judith Ellen Mill, Université de l'Alberta; Kevin Barlow, RCAS; Randy Jackson, RCAS

Résumé : non disponible

Date : d'avril 2005 à mars 2006

Bailleur de fonds : Réseau ontarien de traitement du VIH (OHTN)

Source : <http://www.hivresearch.ca/index.asp?navid=18&csid1=982>

Annexe C

C

1) Réseaux, coalitions et organismes consultatifs au service de populations précises

Scène nationale

- Conseil national autochtone sur le VIH/sida [<http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/fi-if/national-fra.php>]
- Réseau canadien autochtone du sida [www.caan.ca]
- Canadian Inuit HIV/AIDS Network [www.pauktuutit.ca/hiv/about_us]

Colombie-Britannique

- Red Road HIV/AIDS Network [www.red-road.org]
- Renewing Our Response
- Northern Aboriginal HIV/AIDS Task Force

Saskatchewan

- All Nations Hope AIDS Network [www.allnationshope.ca]

Manitoba

- Manitoba First Nations AIDS Working Group [www.mfnawg.ca]

Ontario

- Ontario First Nations HIV/AIDS Education Circle

Québec

- Comité permanent des Premières Nations et des Inuits du Québec sur le VIH et le sida [<http://www.cssspnql.com/fr/sante/vih-sida.htm>]

Région de l'Atlantique

- Healing Our Nations Atlantic First Nations AIDS Network [www.hon93.ca]
- Atlantic Aboriginal HIV/AIDS Circle

Nord

- Northwest Territories HIV and Hepatitis C Support Network [www.nwthhsn.ca]

2) Organisations participant à la mise en œuvre de programmes et de projets de durée limitée (2006-2008) pour lutter contre le VIH/sida chez les Autochtones hors réserve

Scène nationale

Réseau canadien autochtone du sida [www.caan.ca]

- **Projet A1** : *Culturally Appropriate Harm Reduction Program Development: Four Best Practice Approaches to Reducing Harm Associated with Injection Drug Use (and Other Substances) in Aboriginal Communities (élaboration d'un programme de réduction des préjudices culturellement adaptés : quatre pratiques exemplaires pour réduire les préjudices associés à l'utilisation de drogue par injection et d'autres substances dans les collectivités autochtones).*
- **Projet A2** : *Mobiliser le leadership communautaire pour mettre fin à la stigmatisation et à la discrimination liées au VIH/sida*

Pauktuutit Inuit Women of Canada

[\[www.pauktuutit.ca\]](http://www.pauktuutit.ca)

- **Projet A3** : *Ajjigijaunningittuq : répondre aux besoins en matière de VIH des Inuits vivant dans les centres urbains*

Colombie-Britannique

Boys and Girls Club of Williams Lake and District

[\[www.bgwilliamslake.com\]](http://www.bgwilliamslake.com)

- **Projet A4** : *Reducing Harm – Developing Community Capacity to Prevent the Spread of HIV/AIDS in Williams Lake and Area (réduction des méfaits – renforcer la capacité des collectivités de prévenir la propagation du VIH/sida à Williams Lake et dans les environs)*

Chee Mamuk Aboriginal Program, British Columbia Centre for Disease Control [\[http://www.bccdc.ca/prevention/Cheemamuk/default.htm\]](http://www.bccdc.ca/prevention/Cheemamuk/default.htm)

Columbia-Shuswap HIV/AIDS Resource Project (C-SHARP)

- **Projet A5** : *Prevention Education (éducation préventive)*

Prévention des maladies transmissibles et des dépendances, Ministère de la Santé et du Sport de la Colombie-Britannique [\[www.gov.bc.ca/hls/index.html\]](http://www.gov.bc.ca/hls/index.html)

- **Projet A6** : *Inventory Project (Répertoire)*

Dr. Peter AIDS Foundation [\[www.drpeter.org\]](http://www.drpeter.org)

Healing Our Spirit BC Aboriginal HIV/AIDS Society

[\[www.healingourspirit.org\]](http://www.healingourspirit.org)

- **Projet A7** : *HIV/AIDS Policy Development and Implementation for Aboriginal People Living with HIV/AIDS Offender Transitional Services (élaboration et mise en œuvre de politiques sur le VIH/sida chez les détenus AVVIH/sida des Transitional Services)*

Hiiye'yu Lelum (House of Friendship) Society

[\[www.hiiyeyu.shawbiz.ca\]](http://www.hiiyeyu.shawbiz.ca)

- **Projet A8** : *Kwam Kwum Súli: Strengthening the Spirit*

Northern Aboriginal HIV/AIDS Task Force

[\[www.nwtgroup.com/hivtaskforce.html\]](http://www.nwtgroup.com/hivtaskforce.html)

Okanagan Aboriginal AIDS Society [\[www.oaas.ca\]](http://www.oaas.ca)

Pacific AIDS Network Society

[\[www.pacificaidnetwork.org\]](http://www.pacificaidnetwork.org)

- **Projet A9** : *A Coordinated Community Response to HIV/AIDS in BC (intervention communautaire coordonnée pour lutter contre le VIH/sida en Colombie-Britannique)*

Pacific Community Resources Society [\[www.pcrs.ca\]](http://www.pcrs.ca)

- **Projet A10** : *Project ID – Fraser East Gay, Two Spirited and Men Who Have Sex with Men Needs Assessment (évaluation des besoins des gais, des bispirituels et des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes dans Fraser East)*

Positive Living North: No kheyoh t'sih'en t'sehena Society [\[www.positivelivingnorth.ca\]](http://www.positivelivingnorth.ca)

- **Projet A11** : *C'est votre choix : l'éducation sur le VIH/sida pour les groupes cibles*
- **Projet A12** : *The Fire Pit: Fanning the Flames*

Positive Living North West Society [\[www.plnw.org\]](http://www.plnw.org)

- **Projet A13** : *Health Promotion for People Living with, Affected by and At-Risk for HIV and HIV/HCV Co-Infection (promotion de la santé chez les personnes à risque, touchées par le VIH ou la co-infection VIH/VHC ou vivant avec une de ces maladies ou les deux)*

Positive Women's Network [www.pwn.bc.ca]

- **Projet A14** : *Support Program for HIV Positive Women (programme de soutien aux femmes séropositives pour le VIH)*
- **Projet A15** : *Women's Initiatives for Support and Education (WISE) (avec la YouthCO AIDS Society [www.youthco.org])*

Red Road HIV/AIDS Network Society

[www.red-road.org]

- **Projet A16** : *Magazine Bloodlines*

Vancouver Native Health Society [www.vnhs.net]

- **Projet A17** : *Positive Outlook Program (POP)*
- **Projet A18** : *Towards Aboriginal Health and Healing: Reducing Disparities in HIV Treatment and Care through Community-Based Initiatives (pour la santé et la guérison des peuples autochtones : réduire les disparités dans le traitement et les soins liés au VIH à l'aide de projets communautaires)*

Western Aboriginal Harm Reduction Society

- **Projet A19** : *From a Whisper to a Song Bridging the Peer Collective Together*

Alberta

AIDS Calgary Awareness [www.aidscalgary.org]

- **Projet A20** : *Spirit Helpers Program*

Alberta Native Friendship Centres Association

[www.anfca.com]

- **Projet A21** : *Alberta Aboriginal HIV/AIDS Online Resource Centre (centre de ressources en direct pour aider les Autochtones de l'Alberta à lutter contre le VIH/sida)*

Athabasca Native Friendship Centre Society

[www.anfca.com/athabasca.html]

- **Projet A22** : *Astawinitan (Let's Put It Out) HIV/AIDS Awareness Campaign (campagne de sensibilisation au VIH/sida)*

Société canadienne de la Croix-rouge

[www.croixrouge.ca]

- **Projet A23** : *Tipi of Courage Phase II*
- **Projet A24** : *Youth Leadership through the Arts (développement du leadership chez les jeunes par les arts)*

Eastern Métis Settlements

- **Projet A25** : *Buffalo Lake Métis Settlement Community Needs Assessment (évaluation des besoins des collectivités métisses de Buffalo Lake)*
- **Projet A26** : *Eastern Métis Settlements HIV Cultural Camp (camp culturel sur le VIH pour les établissements métis de l'Est)*

City of Grande Prairie

- **Projet A27** : *Grande Prairie Youth Wellness Project (projet pour le mieux-être chez les jeunes de Grande Prairie)*

HIV Network of Edmonton (HIVE)

[www.hivedmonton.com]

- **Projet A28** : *Two Spirit Safe Community Project (projet communautaire pour la sécurité des bispirituels)*

Kimamow Atoskanow Foundation

[www.treeofcreation.ca]

- **Projet A29** : *Full Circle*

Opokaa'sin Early Intervention Society

[www.opokaasin.org]

- **Projet A30** : *Knowing Our First Nation Two Spirited Youth (connaître nos jeunes bispirituels des Premières nations)*

Peavine Métis Settlement

- **Projet A31** : *Peavine Métis Settlement Community Needs Assessment*

Pee Kis Kwe Tan “Let’s Talk” Society

- **Projet A32** : HIV: Are We Reaching the Needs of the Wabasca Community

Shining Mountains Living Community Services

www.shiningmountainslcs.ca

- **Projet A33** : Reducing Barriers (réduire les obstacles)

Saskatchewan

All Nations Hope AIDS Network

www.allnationshope.ca

- **Projet A34** : A Journey of Healing, Aboriginal People Living with HIV/AIDS (APHAs) Joining the Circle, Two Spirit People Joining the Circle

Battlefords Family Health Centre

- **Projet A35** : Circle of Change: Reducing Harm

Kikinahk Friendship Centre www.kikinahk.com

- **Projet A36** : Kikinahk Sexual Health and Drug Use Awareness Program

Play It Safer Network (au Nord de la Saskatchewan et du Manitoba) www.playitsafer.ca

- **Projet A37** : Jouez avec prudence-phase II du projet

Saskatoon HIV/AIDS Reduction (of harm) Program (SHARP)–Saskatoon Tribal Council www.sktc.sk.ca

Manitoba

Kali Shiva AIDS Services

- **Projet A38** : Positive Women’s Program

Ka Ni Kanichihk “Those Who Lead”

www.kanikanichihk.ca

- **Projet A39** : Aboriginal Women Responding to the AIDS Crisis

Santé et Vie saine Manitoba, Division de la santé publique

<http://www.gov.mb.ca/healthyliving/index.fr.html>

- **Projet A40** : Healthy Sexuality Action Plan (plan d’action sur la santé en matière de sexualité)
- **Projet A41** : STI Public Health Nurses in Corrections

Centre de santé communautaire des neuf cercles

www.ninecircles.ca (site en anglais seulement)

- **Projet A42** : La lutte contre le VIH/sida à l’échelle communautaire

Centre de santé communautaire des neuf cercles, Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et Ressources humaines et Développement des compétences Canada (RHDCC)

- **Projet A43** : Horizontal Pilot project for Aboriginal Homeless People Living with HIV/AIDS

Play It Safer Network (located in northern Saskatchewan and Manitoba) www.playitsafer.ca

- **Projet A37** : Jouez avec prudence-phase II du projet

Ontario

2-Spirited People of the 1st Nations

www.2spirits.com

- **Projet A44** : 2 Spirits HIV/AIDS Outreach Prevention
- **Projet A45** : 2 Spirits Trans Project
- **Projet A46** : Services and Projects Development Program

Bureau de lutte contre le sida, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l’Ontario

www.health.gov.on.ca

- **Projet A47** : Programme d’appui communautaire pour la sensibilisation au sida et les services de soutien

AIDS Committee of Guelph and Wellington County

www.aidsguelph.org

- **Projet A48** : Wellington and Grey-Bruce Rural Prevention / Outreach Program

Le Toronto Prostitutes' Community Project de Maggie's [www.maggiestoronto.com]

- **Projet A49** : *Aboriginal Sex Worker Outreach and Education Project*

Native Child and Family Services of Toronto [www.nativechild.org]

- **Projet A50** : *Aboriginal AIDS Prevention Outreach project*

Native Men's Residence [www.nameres.org]

- **Projet A51** : *L'initiative de prévention du VIH/sida chez le jeunes Inuits sans-abri (Na-Me-Res) Tumivut*

Ontario Aboriginal HIV/AIDS Strategy [www.oahas.org]

Ontario Federation of Indian Friendship Centres [www.ofifc.org]

- **Projet A52** : *Awakening the Spirit*
-

Wabano Centre for Aboriginal Health [www.wabano.com]

- **Projet A53** : *Walking the Healing Path*

Québec

Actions Sida Côte-Nord [www.ascn.qc.ca]

- **Projet A54** : *Des ACTIONS... le SIDA... la CÔTE-NORD... notre CAUSE!*
- **Projet A55** : *Pour une Côte-Nord en santé sexuelle*

Bureau local d'intervention traitant du sida [www.blits.ca]

- **Projet A56** : *Trajectoire de Vie*

Bureau régional d'action SIDA [www.lebras.qc.ca]

- **Projet A57** : *Coordination du volet Éducation à la prévention*

Centre Associatif Polyvalent d'Aide Hépatite C [www.capahc.org]

- **Projet A58** : *Sentinelle bleue*

Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or [www.caavd-vdnfc.ca]

- **Projet A59** : *Projet de lutte au VIH/sida chez les personnes vulnérables de la communauté autochtone de Val-d'Or*

Centre des R.O.S.E.S. de l'Abitibi-Témiscamingue [www.centredesroses.org]

- **Projet A60** : *Coordonnateur (trice) au Soutien des PVVIH/Sida*
- **Projet A61** : *Projet SEXExplorer*

Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador [www.cssspnql.com]

- **Projet A62** : *Cercle de partage et sensibilisation*
- **Projet A63** : *Rencontre, partage et réseautage : un organisme, une communauté à découvrir*

Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James [www.creepublichealth.org] (site en anglais seulement)

- **Projet A64** : *Chî kayeh: A Sexual Health Education Curriculum*

Femmes autochtones du Québec [www.faq-qnw.org]

- **Projet A65** : *Les femmes autochtones victimes de violence et leur santé sexuelle Vers une prise en charge*

Groupe d'entraide à l'intention des personnes séropositives et itinérantes (GEIPSI)

- **Projet A66** : *Poste de directeur*

Le Miens (Mouvement d'information, d'éducation et d'entraide dans la lutte contre le sida) [www.lemiens.com]

- **Projet A67** : *Et si on parlait de santé sexuelle - Structure bénévole en prévention du VIH et des ITSS par les pairs*
- **Projet A68** : *Programme éducation-prévention*

Foyer pour femmes autochtones de Montréal

[\[www.nwsm.info\]](http://www.nwsm.info)

- **Projet A69** : *Projet de réduction de méfaits*

Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec [\[www.rcaaq.info\]](http://www.rcaaq.info)

- **Projet A70** : *Mobilisons notre support!*

Sidaction Trois-Rivières

[\[www.sidaction-troisrivieres.ca\]](http://www.sidaction-troisrivieres.ca)

- **Projet A71** : *CatWoman Mauricie*

Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS [\[www.csssuroit.qc.ca/services/sidep\]](http://www.csssuroit.qc.ca/services/sidep)

- **Projet A72** : *Centre d'accès au matériel d'injection*
- **Projet A73** : *Stratégie québécoise de lutte contre les ITSS*

Région de l'Atlantique

Healing Our Nations Atlantic First Nations AIDS Network [\[www.hon93.ca\]](http://www.hon93.ca)

- **Projet A74** : *Finding Our Voices*
- **Projet A75** : *Leading the Response: Building Prevention Capacity*
- **Projet A76** : *The Voices of Our Youth: Youth Leading Youth Through Peer Mentoring*

Labrador Friendship Centre [\[www.lfchvgb.ca\]](http://www.lfchvgb.ca)

- **Projet A77** : *HIV/AIDS Labrador Project*

Native Council of Prince Edward Island

[\[www.ncpei.com\]](http://www.ncpei.com)

- **Projet A78** : *Hep'd Up on Life*

Nord

Blood Ties 4 Directions Centre (YT) [\[www.bloodties.ca\]](http://www.bloodties.ca)

- **Projet A79** : *Yukon, Youth Outreach and Volunteer Events Program*

Council of Yukon First Nations (YT) [\[www.cyfn.ca\]](http://www.cyfn.ca)

- **Projet A80** : *Bringing the HIV and Hepatitis C Risk Assessment Guidelines to Remote Rural Northern Communities Project*

Fort Providence District Education Authority (NWT)

- **Projet A81** : *Healthy Choices Lead to a Healthy Community*

Pauktuutit Inuit Women of Canada

[\[www.pauktuutit.ca\]](http://www.pauktuutit.ca)

- **Projet A82** : *Increasing Sexual Health Capacity and Building Supportive Communities for HIV-Positive Inuit*

Status of Women Council of the Northwest Territories (NWT) [\[www.statusofwomen.nt.ca\]](http://www.statusofwomen.nt.ca)

- **Projet A83** : *Community HIV/AIDS/Hep-C Prevention and Awareness Project*

Tlicho Community Services Agency (NWT)

[\[www.tlicho.ca\]](http://www.tlicho.ca)

- **Projet A84** : *Tlicho Community Services Agency Hep C and HIV AIDS Awareness program*



