

# REVUE CANADIENNE DE RECHERCHE COMMUNAUTAIRE AUTOCHTONE SUR LE VIH/SIDA

Volume 3 • Hiver 2010



## *Table des matières*

<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
<b>Section 1 : Diffusion des résultats</b> .....	<b>3</b>
Adaptation à la situation : comparaison de l'efficacité de la campagne d'information en direction des jeunes autochtones en ville et dans les réserves .....	5
<i>Jean-Paul Restoule, Amy Campbell McGee, Sarah Flicker, June Larkin, Christine Smillie-Adjarkwa</i>	
<b>Renforcement des approches communautaires du dépistage, des traitements et de la prévention du VIH/sida chez les autochtones des Premières Nation de la région de l'Atlantique</b> .....	<b>24</b>
<i>Audrey Steenbeek, Marni Amirault, Gabe Saulnier, Cheryl Morris</i>	
<b>Section 2 : Histoires</b> .....	<b>37</b>
En regardant la marée monter : une autochtone raconte sa participation à la recherche sur le sida et au programme de l'université hors murs.....	39
<i>Doris O'Brien-Teengs</i>	
<b>Section 3 : Travail pour étudiants</b> .....	<b>43</b>
Approche des questions sur le VIH/sida chez les autochtones en se basant sur l'état sanitaire, sur les facteurs caractérisant cet état et sur l'organisation des soins de santé : la revue des publications et une analyse conceptuelle .....	45
<i>Earl Nowgesic</i>	
<b>Demande de communications</b> .....	<b>61</b>

# ***Renforcement des approches communautaires du dépistage, des traitements et de la prévention du VIH/sida chez les autochtones des Premières Nation de la région de l'Atlantique***

<sup>1</sup> Audrey Steenbeek; <sup>2</sup> Marni Amirault; <sup>3</sup> Gabe Saulnier; <sup>4</sup> Cheryl Morris

<sup>1</sup> Audrey Steenbeek est assistant de professeur de l'école en sciences infirmières de l'université de Dalhousie, ainsi qu'au département de l'épidémiologie et de la santé communautaires. Dr. Steenbeek est un chercheur en santé sexuelle qui travaille dans le domaine de la transmission des MST et de l'épidémiologie chez les populations autochtones géographiquement isolées en mettant accent sur le dépistage et la prévention du VIH/MST au niveau communautaire.

<sup>2</sup> Marni Amirault, Master en arts, est assistante de la recherche communautaire (ARC) du RCAS dans des régions de l'Est du Canada. Elle se spécialise dans la recherche qualitative (surtout sur les méthodes basées sur l'art) chez les autochtones.

<sup>3</sup> Gabe Saulnier, Master en travail social, était un éducateur communautaire en santé dans *Guérir nos nations* tout au long de ce projet. Il se spécialise dans la prévention et l'éducation sur le VIH/sida chez les autochtones de la région de l'Atlantique du Canada.

<sup>4</sup> Cheryl Morris, licence en soins infirmiers, est coordinatrice du contrôle des MST et des maladies transmissibles par le sang de l'unité de contrôle des maladies transmissibles de la FINS (Atlantique).

## **COORDONNÉES DE L'AUTEUR**

Dr. Audrey Steenbeek, Dalhousie University School of Nursing, 5869 University Ave. Halifax, NE. B3H 3J5; (téléphone) 902-494-2113; (télécopie) 902-494-3487; (courriel) a.steenbeek@dal.ca

## **REMERCIEMENTS**

Les auteurs aimerions remercier la Santé Canada, la Santé des Premières Nations et des Inuits (Atlantique) pour leur aide financière généreuse pour les ateliers sur les questions de santé et madame Monique Fong, qui était la directrice de *Guérir nos nations* au moment de ce projet, pour ses conseils et son soutien.

## **RÉSUMÉ**

Les infections sexuellement transmissibles (IST), telles que, le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), la chlamydia et la gonorrhée, entre autres, posent les graves problèmes de santé chez les autochtones au Canada. Malgré les taux élevés d'IST et les facteurs de risque connus (tels que, la pauvreté, la discrimination, le colonialisme, l'accès limité aux soins, la toxicomanie, etc.), peu d'efforts ont été faits pour améliorer le dépistage, le traitement et la prévention du VIH/sida et d'autres IST chez les autochtones au Canada. Grâce au partenariat avec Guérir nos nations, la Santé Canada, la Santé des Premières Nations et des Inuits (la division de l'Atlantique) et l'école en sciences infirmières de l'université de Dalhousie et en suivant les principes

ACAP (Appartenance, Contrôle, Accès et Possession), nous avons élaboré un atelier sur la santé sexuelle qui a uni les membres de la communauté autochtone, les organisations autochtones communautaires, les universitaires, les chercheurs, les cliniciens et les autres organisations, pour élaborer ensemble un plan stratégique qui aidera les communautés autochtones dans les Maritimes à hiérarchiser leurs besoins dans le domaine de la santé sexuelle et à améliorer le dépistage, le traitement et la prévention du VIH/sida et d'autres IST. Les résultats de notre atelier ont été utilisés pour élaborer un rapport sur la santé sexuelle et un outil d'évaluation des besoins communautaires dans le domaine de la santé sexuelle qui seront mis à la disposition du grand public dans un avenir proche.

## CONTEXTE

Pour de nombreux Autochtones habitant au Canada (tels que, les Inuits, les Premières Nations, les Métis), les questions autour du VIH/sida et des infections sexuellement transmissibles (IST) sont encore mal comprises (Barlow 2009). Selon la perception commune, le VIH n'est pas un problème de santé important au Canada, surtout dans les régions rurales et du Nord où se trouvent de nombreuses communautés autochtones. Le VIH, cependant, est une réelle menace. L'Agence de santé publique du Canada (ASPC) comptabilise 67 442 cas du VIH/sida au Canada (ASPC, le rapport de surveillance sur le VIH/sida en 2008). Ce qui est inquiétant, c'est que chez certaines populations autochtones, les taux d'infections ont augmenté de 18,8% en 1998 à 29,4% en 2008 (ASPC, 2008). Ces chiffres sous-estiment considérablement l'ampleur de l'épidémie du VIH chez les autochtones à cause des taux de dépistage faible et du manque de données ethnocentriques dans certaines provinces.

Il est bien connu que les autochtones habitant dans les communautés rurales et dans les zones urbaines ne sont pas dûment pris en compte dans les données nationales de surveillance du VIH et, pour cette raison, les autochtones ne peuvent pas entièrement comprendre l'impact que le VIH peut avoir sur leurs communautés (ASPC, 2006). Autrement dit, il n'est pas clair, si les données actuelles de surveillance reflètent les taux réels d'infections par le VIH et par d'autres IST chez les autochtones au Canada.

Les autochtones du Canada continuent à avoir les taux disproportionnés des IST par rapport à des non-autochtones (Ricci et al 2009). Les héritages historiques de marginalisation et d'assimilation occidentale ont eu pour le résultat, dans les communautés isolées, les niveaux élevés de pauvreté et les autres déterminants sociaux et environnementaux, qui ont augmenté les risques d'acquérir et de transmettre le VIH et les IST chez les autochtones par rapport aux autres Canadiens. Le Réseau canadien autochtone du sida (RCAS) fait état d'une tendance encore plus alarmante, les autochtones séropositifs sont en moyenne plus jeunes que les séropositifs des l'ensemble de la population. On estime, qu'une personne sur quatre de moins de 30 ans dépistée séropositive au Canada est une personne autochtone (RCAS, 2006).

Ces dernières années, les organisations, telles que, l'Organisation nationale autochtone de santé (ONAS) et le RCAS ont, à plusieurs reprises, attiré attention sur les liens entre les actuels taux élevés d'infections par le VIH chez les autochtones et les effets résiduels des pratiques coloniales (telles que, la scolarisation dans les écoles-internats) qui ont eu, pour le résultat, la perte permanente de la langue, des traditions, des liens familiaux et communautaires, ainsi que les expériences de traumatisme collectives et personnelles (Barlow, 2003). Suite aux expériences vécus du passée par rapport aux maladies et au cadre du système de santé

occidental, culturellement inapproprié, les questions sur le VIH/sida sont entourées par la honte à cause de la stigmatisation et la discrimination envers les personnes séropositives. Dans ce contexte, il est essentiel, que les communautés et les organisations autochtones, les chercheurs, les cliniciens, les décideurs politiques et les principaux intervenants travaillent ensemble pour identifier les lacunes, qui existent actuellement, par rapport au dépistage, au traitement et à la prévention du VIH et des IST. Nous devons aborder les questions du VIH/sida dans les communautés autochtones d'une manière culturellement appropriée et, surtout, tenter de faire en sorte, que les principes ACAP soient mises en place, en s'assurant que les communautés autochtones jouent un rôle central dans la conception et la mise en œuvre de la recherche, de la surveillance et des efforts d'intervention (Dixon 2003, Marsdon 2002, Smith 1999, Wilson, 2008).

Cet article présente les résultats d'un atelier qui s'est tenu à Dartmouth en Nouvelle-Écosse en avril 2009. Cet atelier a été conçu pour faire participer les intervenants mentionnés ci-dessus, afin d'élaborer un outil d'évaluation, culturellement pertinent, sur les besoins dans le domaine de la santé sexuelle qui serait adapté aux questions sur l'accès aux services de santé sexuelle dans les communautés micmacs et malécites et applicable dans d'autres contextes liés aux autochtones à travers le Canada.

## **OBJECTIFS DU PROJET**

Un groupe de travail a été créé en hiver 2008 grâce à un partenariat de collaboration entre Guérir nos nations (une organisation autochtone qui assure l'éducation sexuelle au sein des communautés autochtones dans la région atlantique du Canada), la Santé Canada, la Santé des Premières nations et des Inuits (la division de l'Atlantique) et l'école en sciences infirmières de l'université de Dalhousie. Notre objectif préliminaire consistait à organiser un atelier, d'une journée, sur la santé sexuelle qui réunira les membres de la communauté autochtone (des nombreuses régions de la Nouvelle-Écosse et du Nouveau-Brunswick voisin), les universitaires, les chercheurs en santé sexuelle, les cliniciens et les décideurs sur les question de santé pour : a) échanger les idées autour des questions de santé sexuelle, des priorités et de la prestation de services de soins de santé dans les collectivités autochtones ; b) élaborer un plan stratégique communautaire pour aider à résoudre les problèmes de santé sexuelle dans les communautés autochtones et ; c) élaborer un outil d'évaluation, culturellement adapté, des besoins dans le domaine de la santé sexuelle. En reconnaissant, que chaque communauté autochtone a les besoins et les priorités uniques dans le domaine de la santé sexuelle, l'équipe de recherche (composée de quatre membres, deux autochtones et de deux non-autochtones) a travaillé en collaboration avec un assistant d'atelier, afin de concevoir un cadre adapté aux besoins de cet atelier et d'élaborer les questions pour le groupe de discussion (l'annexe A). L'objectif de l'atelier était d'engager les participants dans les discussions qui pourraient aider à l'élaboration d'un outil d'évaluation des besoins, qui : a) serait adaptable aux besoins divers, tant individuels, que communautaires ; b) serait adapté au caractère unique de chaque individu (LHBT, homme et femme) et ; c) reconnaîtrait la différence des besoins dans le domaine de la santé sexuelle pour les différents groupes d'âge (jeunes, adultes et aînés).

## **ATELIER SUR LA SANTÉ SEXUELLE**

Un atelier, d'une journée, sur la santé sexuelle (financé par la division atlantique de la Santé Canada,) a eu lieu le 6 avril 2009 à l'hôtel Holiday Inn de Dartmouth (NE). Le financement a couvert l'organisation de l'événement et les frais de transport et d'hébergement de tous les membres de la communauté autochtone et des participants venus d'autres villes pour assister à l'atelier, ainsi que les frais du banquet organisé dans la

soirée. Guérir nos nations (GNN) a agi en tant que l'agent de liaison du projet en identifiant les communautés micmacs et malécites de la Nouvelle-Écosse et du Nouveau-Brunswick qui seraient intéressées de participer au projet et à l'atelier. Les rencontres face à face ont, ensuite, été prévues avec les administrateurs dans le domaine de la santé, les infirmières en santé communautaire intéressées et le personnel du projet, afin d'établir les partenariats avec les communautés et d'aider à susciter l'intérêt et l'engagement envers ce projet. Les administrateurs dans le domaine de la santé ont également été invités à collaborer avec l'équipe de recherche, à participer à l'atelier sur la santé sexuelle et à contribuer à l'élaboration et à l'utilisation de l'outil d'évaluation des besoins dans le domaine de la santé sexuelle communautaire après la clôture de l'atelier. Le chercheur principal et le coordonnateur du projet ont été accompagnés par un représentant de GNN pour toutes les réunions de face-à-face qui se sont déroulées dans les communautés participantes. En outre, chacun des directeurs des centres de santé ou chaque représentant en santé communautaire ont été invités à désigner cinq ou plus de membres de leur communauté qui seraient intéressés par les questions de la santé sexuelle dans les communautés autochtones et par la participation à l'atelier. Un effort particulier a été commis pour inclure un nombre égal d'aînés, de jeunes et d'adultes, ainsi que d'un nombre égal d'hommes et de femmes de la communauté.

Les communautés autochtones qui ont participé au projet étaient les suivantes : la Première Nation Millbrook, la Première Nation Bear River, la Première nation Elsipogtog, la Première nation Eskasoni et les Forgotten People de Weymouth. Parmi les autres participants, on peut dénombrer les organisations suivantes : les Femmes Inuits Pauktuutits du Canada, la Commission consultative sur le sida de la Nouvelle-Écosse, la Confédération des micmacs du continent, Guérir nos nations, l'université de Dalhousie, l'université de Moncton, l'université de Saint-François Xavier, l'université des Premières Nations de la Saskatchewan, le Réseau canadien autochtone du sida, la Promotion et la protection en santé, la Santé Canada et l'Agence de santé publique du Canada.

L'atelier a été divisé en deux sessions, la session du matin a été consacrée aux services généraux de santé sexuelle au niveau communautaire (les annexes A et B), tandis que la session de l'après-midi a mis l'accent sur les problèmes en lien direct avec les jeunes, les aînés et les adultes et avec l'éducation et la prévention dans le domaine de la santé sexuelle (les annexes A, C-E). Les groupes de discussion ont été interrogés, dans chacun des cas, afin d'identifier a) les services pertinents à la disposition de chaque groupe (par exemple, pour la population en général, pour les jeunes et les aînés, en particulier) ; b) les priorités de chaque groupe et ; c) les moyens d'améliorer ces services pour chaque groupe (voir l'annexe A pour la liste de questions posées à chaque groupe de discussion). Les participants ont été informés, qu'un rapport écrit sur les conclusions de l'atelier serait établi et mis à la disposition de tous les centres de santé communautaire et des participants intéressés. Après avoir été élaboré et utilisé, l'outil d'évaluation des besoins dans le domaine de la santé sexuelle, serait également mis à la disposition de chacune des communautés et, espérons le, serait mis en ligne sur le site Web de Santé Canada. On a demandé à tous les participants de fournir leurs coordonnées, afin qu'ils puissent, s'ils le veulent, participer au projet ultérieurement (à savoir : participer à la mise en place de l'évaluation des besoins) et s'ils le souhaitent, de recevoir le rapport synthétisé des résultats de l'atelier.

## **RÉSULTATS DE L'ATELIER**

Environ 50 personnes, qui représentaient les groupes d'intérêt et les communautés autochtones divers, ont participé à cet atelier d'une journée. Après une brève réintroduction du groupe de travail du projet, de l'atelier et des objectifs par rapport au projet, les participants ont été divisés en 8 groupes distincts. À chaque groupe

ont été affectés, un animateur pour orienter les débats, un preneur de notes pour transcrire les informations générées lors de la discussion au sein du groupe et un rapporteur pour partager les points forts de la discussion avec tous les participants. Un transcripteur de l'Agence de santé des Premières Nations et des Inuits (ASPNI) de la région de l'Atlantique a été également disponible pour enregistrer la discussion du groupe tout au long de la journée. Après l'atelier, toutes les informations écrites des séances de groupe ont été enregistrées dans un document sous le format Word ; un document par groupe et par séance de l'atelier. Ces informations ont, ensuite, été synthétisées et organisées selon les thèmes différents.

Selon les participants, le dépistage, les traitements et le suivi des contacts par rapport aux IST et au VIH/sida sont les services essentiels pour les communautés autochtones. Le dépistage du VIH a été considéré en tant que particulièrement problématique par la plupart des participants, surtout par rapport à la confidentialité, à l'anonymat et à l'accès ; certaines communautés ont signalé l'absence des services de dépistage des IST/du VIH chez elles. Les manques, liés aux services de dépistage chez les hommes, a également été considéré comme un obstacle, car les hommes, en général, ont une moindre fréquentation des centres communautaires de santé que les femmes. Les priorités par rapport aux services de santé sexuelle ont été identifiées, parmi elles on peut dénombrer : l'accessibilité, la communication, la pertinence culturelle, la sensibilisation, la collaboration, la normalisation, la confidentialité, l'assistance et la prévention. Les principaux résultats de l'atelier sont décrits plus en détails ci-dessous.

#### Accessibilité

Les services de santé en général doivent être plus accessibles aux communautés rurales et, en particulier, en connaissant les obstacles, tels que, les manques par rapport au transport et à la confidentialité. Les services offerts en direction des jeunes devraient être plus immédiate et sans rendez-vous. Ces arrangements devraient permettre aux jeunes d'accéder aux services de santé sexuelle.

#### Communication

Les stratégies devraient être explorées, afin de pouvoir avoir les conversations de meilleure qualité, plus informatives, ouvertes, franches et sincères sur la santé sexuelle, entre les parents et leurs enfants et entre les membres de la communauté dans son ensemble. Les meilleures voies de communication pourraient être créées pour accéder à un environnement plus ouvert par rapport à la santé sexuelle, qui permettrait, à terme, de normaliser les discussions autour de la santé sexuelle au niveau individuel, familial et communautaire.

#### Services culturellement adaptés

Les services offerts aux communautés autochtones doivent être plus globaux, comprenant tous les aspects de la santé, de la guérison et du bien-être, y compris les cérémonies et la cohésion communautaire. La coopération entre les médecins et les guérisseurs traditionnels doit être établie ; ils pourraient se référer les services en direction de leurs clients à l'occasion. Les problèmes liés au racisme doivent également être reconnus et traités.

#### Collaboration

Les communautés autochtones devraient être encouragées à travailler en collaboration sur les problèmes liés à la santé sexuelle. Cet effort pourrait réduire la charge de travail et les dépenses des communautés concernées et diminuer l'isolement, souvent ressenti par les travailleurs dans le domaine de la santé communautaires. En outre, un front plus uni peut attirer plus d'attention de la part des organismes de financement, du

gouvernement et des autres institutions pertinentes. Les jeunes devraient également être sollicités pour collaborer sur les projets en santé sexuelle qui les concernent.

### Normalisation

Les attitudes saines envers la sexualité et la santé sexuelle faisaient partie des enseignements traditionnels pour la plupart, sinon pour toutes les cultures autochtones. Les attitudes plus adaptées autour de la santé sexuelle contribuent à diminuer la stigmatisation entourant les IST, la santé sexuelle et le VIH/sida. Les discussions franches sur la santé sexuelle entre les jeunes et les aînés, à titre d'exemple, peuvent aider à renforcer la confiance lors de la discussion sur la santé sexuelle. Une autre priorité consiste à rendre facilement accessibles les informations sur la santé sexuelle et sur les moyens de la contraception à ceux, qui en ont besoin.

### Confidentialité

Les membres de la communauté doivent se sentir en sécurité lors qu'ils accèdent aux services de santé sexuelle. Un effort considérable doit être fait pour renforcer la confiance des clients qui utilisent les centres de santé communautaires.

### Soutien

Un meilleur soutien devrait être offert aux membres de la communauté. Les gens devraient être encouragés à rechercher un soutien psychologique de la part des aînés qui sont à l'aise et prêt à discuter de questions délicates en cas de besoin. Il est important de mentionner, que certains aînés ont des problèmes personnels ou des expériences passées (tels que, les écoles-internats, les abus sexuels) qui peuvent les rendre inaptes à agir en tant que les conseillers de la communauté et qu'ils pourraient aussi avoir besoin du soutien. Les manques des services de soutien psychologique à la disposition des membres de la communauté, pour les aider suite aux résultats de dépistage, ont également été reconnus. Les jeunes hommes doivent également être encouragés pour avoir les pratiques sexuelles saines et pour être responsables sur les questions de la planification familiale et du dépistage des ITS.

### Prévention

Un accent devrait être mis sur les mesures de prévention des IST et du VIH. Les pratiques sexuelles protégées doivent être encouragées dans tous les groupes d'âge; les préservatifs devraient être disponibles à tout le monde, les ateliers sur la diminution des effets négatifs devraient être encouragés (dans les communautés qui sont prêtes et disposées), effectués et mis en œuvre. L'introduction de l'éducation sur la santé sexuelle, en direction des enfants, adaptée à l'âge et à la culture a également été discutée. On considère, que les enfants doivent avoir la connaissance dans ce domaine à un âge plus jeune par rapport à ce qui se pratique dans le présent.

### Cérémonie

Pour rendre les services de soins de santé plus adaptés aux autochtones, les cérémonies et la culture traditionnelle doivent être intégrées dans toutes les initiatives. Voici quelques exemples de cérémonies qui pourraient être intégrées dans les services de soins de santé : les contes, les cérémonies autochtones, la roue de médecine, les pow-wows, les cérémonies de passage à l'âge adulte, l'artisanat traditionnel, la famille, les aînés et la discussion.



## **OUTIL D'ÉVALUATION DES BESOINS**

Après que les informations recueillies lors de l'atelier aient été compilées et synthétisées, un outil d'évaluation des besoins a été élaboré par l'équipe du projet – le CP, le coordinateur du projet, Guérir nos nations et l'ASPNI. Après que l'avant-projet ait été achevé, il a été envoyé à un groupe d'experts pour leurs commentaires et leurs observations. Le groupe d'experts était composé de plusieurs participants à l'atelier, de membres de la communauté, ainsi que d'administrateurs en soins de santé et d'universitaires. Les commentaires et les révisions nécessaires, qui en ont été obtenus, ont ensuite été intégrés à l'outil d'évaluation des besoins final.

Une fois l'élaboration de l'outil d'évaluation des besoins terminée, on a demandé aux administrateurs en soins de santé des communautés participantes, d'aider à recruter les membres de leurs communautés, afin qu'ils participent à la mise au point du questionnaire. Cette mise à point a permis d'adapter la langage de l'enquête aux communautés en question et d'adapter les questions aux besoins et à la situation de chacune des communautés. Les commentaires pour la phase pilote du questionnaire sont en cours de compilation. Une version finale d'avant-projet a déjà été rédigée. Après avoir été terminé, le questionnaire sera mis à la disposition des centres de santé participants et des autres centres de santé dans la région de l'Atlantique.

## **DISCUSSION**

Les services de santé sexuelle sont prioritaires pour de nombreuses communautés autochtones. Étant donné les taux élevés d'ITS, les programmes de santé sexuelle inaccessibles, inefficaces et/ou culturellement inappropriés, l'éducation en santé sexuelle et les stratégies de prévention limitées, etc., il est essentiel que les communautés autochtones aient la possibilité de collaborer sur le développement/la mise en place des services de santé et sur l'évaluation des besoins et la hiérarchisation. La situation en matière de la santé sexuelle est aggravée par les problèmes relatifs à la confidentialité, à l'anonymat, à la stigmatisation et au racisme.

Les communautés et les organisations autochtones, les chercheurs, les cliniciens, les décideurs politiques et les principaux intervenants doivent travailler ensemble pour identifier les lacunes qui existent actuellement dans le dépistage du VIH et des IST et dans les traitements et la prévention, afin que nous puissions aborder collectivement, avec tact et prudence, les problèmes du VIH/sida dans les communautés autochtones et nous assurer, que les communautés autochtones jouent un rôle central dans la conception et la mise en œuvre de la recherche, de la surveillance et des interventions. Sans la participation des communautés autochtones, les actions resteront largement inefficaces.



## Références

- Barlow (2009). *Residential Schools, Prisons and HIV/AIDS among Aboriginal People in Canada: Exploring the Connections (Les écoles-internats, les prisons et la VIH/sida chez les autochtones au Canada : l'exploration des liens)*. The Aboriginal Healing Foundation (La Fondation autochtone de guérison).
- Barlow (2003) *Examining HIV/AIDS Among the Aboriginal Population in Canada: in the post-residential school era (L'examen des problèmes du VIH/sida chez les autochtones au Canada : l'époque après les écoles-internats)*. Aboriginal Healing Foundation (La Fondation autochtone de guérison).
- Canadian Aboriginal AIDS Network (Réseau canadien autochtone du sida) (2006) *Aboriginal Youth and HIV/AIDS: the facts Ottawa (Les jeunes autochtones et le VIH/sida : les faits Ottawa)*.
- Dixon, L. (2003) *Final Report: Community Based HIV/AIDS Research Environmental Scan (Le rapport final : l'étude de l'environnement de la recherche communautaire sur le VIH/sida)*.  
*Canadian Aboriginal AIDS Network (Réseau canadien autochtone du sida)*.
- Marsden, N. (2002) *An Overview of Models for Community Based Aboriginal HIV/AIDS Research (Un résumé sur les modèles de recherche autochtones communautaire sur le VIH/sida)*.  
Healing Our Spirit BC Aboriginal HIV/AIDS Society (Société autochtone de la lutte contre le VIH/sida, Guérir notre esprit C.-B.).
- Public Health Agency of Canada (Agence de santé publique du Canada). (2008). *HIV and AIDS in Canada. Surveillance (Le VIH et le sida au Canada. Le sondage)*. À partir de <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/estimat08-eng.php>
- Smith, L. T. (1999). *Decolonizing Methodologies: Research and Indigenous Peoples (Les méthodes non colonialistes : la recherche et les autochtones)*.  
Zed books (Livres Zed).
- Wilson, S. (2008). *Research is Ceremony: Indigenous Research Methods (La recherche sur les cérémonies : les méthodes autochtones de recherche)*. Fernwood Publishing (Éditions Fernwood), Halifax.

## ANNEXE A

### Les questions pour les groupes de discussion (les sessions du matin et de l'après-midi)

#### A. Services de santé sexuelle (session du matin)

1. Quels sont les services de santé (tels que, le planning familial, le dépistage des IST, les traitements et la recherche des contacts, le dépistage du VIH etc.) disponibles dans les communautés représentées par votre groupe. Quels sont de ces services qui fonctionnent bien et lesquels posent des problèmes ?
2. Énumérez les trois priorités essentielles pour traiter les questions de la santé sexuelle dans les communautés autochtones.
3. Quels aspects de la culture autochtone pourraient être utilisés dans le domaine de la santé sexuelle ? On peut donner les exemples suivants : les cérémonies de passage à l'âge adulte, les contes, les chansons et les images.

#### B. Santé sexuelle pour les jeunes (session de l'après-midi)

1. Veuillez énumérer les services de santé sexuelle (tels que, le planning familial, le dépistage des IST, les traitements et la recherche des contacts, le dépistage du VIH) en direction des jeunes des communautés représentées par le groupe et veuillez identifier lesquels sont bien fonctionnels et lesquels posent des problèmes.
2. En tant que groupe, veuillez énumérer les trois priorités essentielles pour votre santé sexuelle. Ces priorités doivent tenir compte des aspects suivants : l'âge, le sexe (homme ou femme) et l'orientation sexuelle (hétérosexuels, homosexuels (bi-spirituels) et transsexuels).
3. Veuillez donner deux exemple sur la façon de rendre les services de santé sexuelle, tels que, le dépistage des IST, le dépistage du VIH, le planning familial etc., plus « normaux » ou plus acceptables par les jeunes autochtones.

#### C. Santé sexuelle pour les adultes/aînés (session de l'après-midi)

1. Veuillez énumérer les services de santé sexuelle (tels que, le planning familial, le dépistage des IST, les traitements et la recherche des contacts, le dépistage du VIH) en direction des adultes/aînés des communautés représentées par le groupe et veuillez identifier lesquels sont bien fonctionnels et lesquels posent des problèmes.
2. En tant que groupe, veuillez énumérer les trois priorités essentielles pour la santé sexuelle des adultes/aînés. Ces priorités doivent tenir compte des aspects suivants : l'âge, le sexe (homme ou femme) et l'orientation sexuelle (hétérosexuels, homosexuels et transsexuels) des clients adultes/aînés.
3. Comment pouvons-nous améliorer les services de santé sexuelle en direction des adultes/aînés autochtones ?

#### D. Éducation/promotion/prévention par rapport à la santé sexuelle (session de l'après-midi)

1. Veuillez indiquer comment les programmes sur l'éducation et la prévention dans le domaine de la santé sexuelle sont mises en œuvre dans les communautés représentées par le groupe ; veuillez identifier lesquels sont bien fonctionnels et lesquels posent des problèmes.

2. Donnez deux exemples sur la façon d'améliorer les programmes et les services énumérés ci-dessus pour qu'ils puissent mieux atteindre leurs objectifs ?
3. Donnez deux exemples sur la façon de rendre l'éducation et la prévention dans le domaine de la santé sexuelle plus adaptées culturellement.

## ANNEXE B

<b>Services des soins de santé sexuelle dans la communauté (priorités)</b>	
Priorités	Commentaires
<p>Accessibilité :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Accessibilité</li> <li>2. Communication</li> <li>3. Services culturellement adaptés</li> <li>4. Sensibilisation</li> <li>5. Collaboration</li> <li>6. Normalisation</li> <li>7. Confidentialité</li> <li>8. Soutien</li> <li>9. Prévention</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Services immédiats, surtout en direction des jeunes ; meilleur accès aux soins/connaissances/accessibilité, accès aux services dans les communautés rurales</li> <li>2. Parents/jeunes ; meilleures voies de communication ; échanges des données, même si elles sont communes avec les outils en comment pour le traitement équitable ; briser les tabous ; discussions menées par les PN ; langage</li> <li>3. Plus global ; docteurs qui réfèrent aux services de la médecine traditionnelle et de la guérison ; besoin de la médecine traditionnelle ; aborder les déterminants de santé</li> <li>4. Autosensibilisation ; héritage des abus dans des écoles-internats ; plus grand engagement des hommes ; manque de connaissances sur les inégalités dans le domaine de la santé</li> <li>5. Avec les communautés/les jeunes autochtones ; programmes avec l'aide des pairs sur la santé sexuelle et sur la consommation des drogues ; plus de ressources</li> <li>6. Diminution de la stigmatisation ; sensibilisation à la santé sexuelle et aux droits d'accès à ses services</li> <li>7. Dépistage et accès ; espaces sécurisés, confiance, confidentialité, racisme</li> <li>8. Chercher plus d'aide psychologiques des aînés spirituels ; programmes/aide psychologique pour le soutien suite aux résultats de dépistage</li> <li>9. Promotion des rapports protégés ; préservatifs ; de pair à pair ; protéger vous-même – diminution des risques (échange de seringues) – diminution des IST et de cas de la grossesse chez les adolescents</li> </ol>
<p>Éducation</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Participation de la population cibles dans l'élaboration et la mise en œuvre des programmes</li> <li>2. Manque d'information ; éducation en direction des jeunes à un âge plus faible</li> <li>3. Éducation sur la santé sexuelle; éducateurs pairs</li> <li>4. Éducation qui dirige les jeunes – éducation culturellement adaptée – inclure le programme d'éducation sexuelle dans le programme scolaire</li> </ol>

## ANNEXE C

<b>Priorités en direction des jeunes</b>	
Priorités	Commentaires
<p>Accessibilité :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Disponibilité</li> <li>2. Normalisation</li> <li>3. Travailleurs de soutien direct</li> <li>4. Rassemblements</li> <li>5. Confidentialité</li> <li>6. Jeunes hommes</li> <li>7. Aide psychologique</li> <li>8. Orientation sexuelle/rôle sexuel</li> <li>9. Cliniques pour les jeunes</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adapté aux jeunes, plus de centres pour les jeunes, accès aux professionnels, numéros 1-800-, meilleures localisations</li> <li>2. Facilité le dialogue autour de la santé sexuelle – émancipation des jeunes</li> <li>3. Étudier la composition du personnel</li> <li>4. Plus de rassemblements de jeunes dans les CSS et dans les écoles</li> <li>5. Assurer un soutien efficace/la confidentialité et la confiance</li> <li>6. Autonomisation des jeunes hommes, plus de dépistages annuels des IST, plus d'accès et engagement des hommes dans le domaine de la santé sexuelle</li> <li>7. Espaces pour pouvoir parler de la sexualité</li> <li>8. Ateliers sur l'orientation sexuelle/le planning familial, les bi-spirituels, les transsexuels</li> <li>9. Centres de bien-être pour les jeunes avec la distribution des préservatifs</li> </ol>
<p>Éducation :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Matériel</li> <li>2. Prévention</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sur l'orientation sexuelle, sur la prévention et l'éducation à partir de dix ans, avoir des infirmières qui visitent des écoles, ateliers sur les rapports protégés présentés par les jeunes, plus de sensibilisation culturelle, les histoires selon l'appartenance sexuelle, éducation sexuelle couplée avec éducation sur la consommation des drogues</li> <li>2. Stratégies de prévention sur le VIH, programmes de prévention créatifs</li> </ol>

## ANNEXE D

<b>Priorité en direction des adultes et des aînés</b>	
Priorités	Commentaires
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Accessibilité</li> <li>2. Communication</li> <li>3. Services culturellement adaptés</li> <li>4. Sensibilisation</li> <li>5. Meneur au sein de la communauté</li> <li>6. Services de santé</li> <li>7. Confidentialité</li> <li>8. Appartenance sexuelle</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Amélioration de la prise en charge des différents besoins</li> <li>2. Meilleure prise en charge par rapport à l'âge, à l'expérience et au statut au sein de la communauté</li> <li>3. Plus global</li> <li>4. Plus d'information, plus contextuel et rôles</li> <li>5. Avoir des personnes qui ont la confiance de la communauté</li> <li>6. Ne pas se limiter aux besoins des adultes/des aînés – une approche plus globale de la sexualité à tous les âges – plus d'attention sur les problèmes des bi-spirituels et des transsexuels</li> <li>7. Plus de confidentialité et de l'anonymat</li> <li>8. Faible engagement des hommes – femmes sont traitées pour les IST, mais pas les hommes, ce qui mène à la réinfection</li> </ol>
Éducation :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Éduquer les aînés pour qu'ils puissent soutenir des jeunes d'une manière appropriée (écoles-internats)</li> </ol>

## ANNEXE E

<b>Comment améliorer l'éducation et la prévention sur la santé sexuelle</b>	
Exemple	Commentaires
Médias	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Concours, bandes dessinées, vidéos, pièces et affiches</li> <li>2. Annonces télévisées, sites WEB pour les jeunes (Face book ou MySpace)</li> <li>3. Matériel culturellement adapté – affiches/documents écrits</li> <li>4. Trouver des représentations en direction des populations cibles</li> </ol>
Collaboration	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aînés/communauté/jeunes qui travaillent ensemble</li> <li>2. Partenariat avec les organisations autochtones</li> <li>3. Inviter les personnes des Premières Nations pour les présentations</li> <li>4. Utiliser les représentants des Premières Nations pour la consultation, la mise en œuvre, la conception</li> </ol>
Normalisation	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Normaliser la perception des rapports sexuels</li> <li>2. Plus de dialogues sur la prévention du VIH/sida</li> <li>3. Ouverture à la communication</li> <li>4. Enseigner aux PN à un âge plus jeune</li> <li>5. Parler ouvertement comme d'une chose ordinaire</li> </ol>
Culturel	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cercles de conversation</li> <li>2. Élaborer la terminologie sur la santé sexuelle dans les langues et les dialectes</li> <li>3. Parler avec les aînés/les grands-parents</li> <li>4. Cérémonies de passage à l'âge adulte</li> </ol>
Éducation	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Des prestataires de soins de santé</li> <li>2. Des universitaires</li> <li>3. Mise en œuvre des programmes par les hommes et les femmes autochtones</li> <li>4. Éducation culturellement et géographiquement adaptée</li> </ol>