

**EXAMEN DE L'INCIDENCE DU VIH/SIDA AU SEIN DE LA
POPULATION AUTOCHTONE AU CANADA**
période post-pensionnat

par J. Kevin Barlow, 2003

Introduction

Cet examen vise à analyser la documentation et les principales sources actuelles relatives au domaine dans le but de déterminer s'il y a un lien entre les répercussions de l'expérience vécue dans les pensionnats et l'incidence du VIH/sida (le virus de l'immunodéficience humaine/le syndrome d'immunodéficience acquise [sida]); de décrire de quelle façon la population autochtone est touchée par le VIH/sida; d'identifier quelles interventions peuvent être entreprises pour combattre ce problème de santé, y compris les défis à relever et les meilleurs modèles ou pratiques à suivre. Il est difficile d'affirmer qu'un lien *direct* peut être établi entre l'incidence du VIH/sida et les répercussions négatives des pensionnats (ci-après appelées « l'héritage ») étant donné le manque d'indications ou d'éléments probants directs à l'appui d'une telle allégation; par contre, il est très clair que des survivants des pensionnats (ci-après appelés « survivants ») sont porteurs du VIH ou vivent avec le sida. On en sait trop peu au sujet de la portée ou de l'étendue selon laquelle ce problème de santé se manifeste chez les Survivants et leurs descendants. Cependant, des arguments en faveur d'un lien possible peuvent être invoqués en s'appuyant sur les répercussions intergénérationnelles, notamment la nature du cycle des abus physiques et sexuels, de cette manifestation de la violence transmise à travers les générations, ainsi que les traumatismes non résolus. La perte de la culture et la marginalisation que les Survivants, leurs descendants et les autres membres de leur famille ont subies peuvent également être invoquées comme facteurs contributifs.

Des efforts considérables axés sur la guérison ont été financés par la Fondation autochtone de guérison (FADG), permettant de toucher approximativement 163 389 personnes et groupes participants (Scott, 2002). Parmi ces projets appuyés financièrement par la FADG, au moins deux ont apporté leur soutien à un organisme de services autochtone axé sur le sida dans l'intention d'examiner plus particulièrement les questions liées au VIH; le premier offrant de l'encadrement à des jeunes autochtones pour les aider à adopter un comportement sexuel sain et l'autre se penchant sur d'autres interventions thérapeutiques destinées à des clients autochtones. Un troisième projet financé par la FADG a donné lieu à l'établissement d'un programme pour les jeunes qui desservait les homosexuels, les lesbiennes, les personnes sexuellement ambivalentes/bisexuelles et les jeunes transgenres. Ce dernier projet a abordé le VIH comme une problématique périphérique à laquelle sont confrontés les jeunes autochtones qui s'interrogent sur leur identité sexuelle, livrent bataille pour survivre, certains d'entre eux ayant été victimes d'abus sexuels.

Méthodologie

Cet article ne peut que faire l'examen général de certains liens justifiés, éclairés, entre l'incidence du VIH/sida et l'héritage des pensionnats. Une vaste recension d'études, d'écrits portant sur le sujet a servi à cette analyse, particulièrement la documentation faisant référence à l'héritage des pensionnats ou celle établissant des liens avec leurs répercussions négatives. Cette analyse bibliographique a permis de dégager un tronc commun de connaissances étendues indiquant la façon dont l'épidémie de VIH/sida progresse (prend de l'ampleur) et pour quelle raison; de plus, elle a aussi permis d'identifier les lacunes à combler pour être en mesure de contrer cette épidémie. Dans l'optique des solutions à préconiser, on indique également des interventions en matière de lutte contre le VIH/sida, particulièrement en identifiant les meilleurs modèles/pratiques à suivre. Le *Canadian Aboriginal AIDS Network* [TRAD. Réseau canadien autochtone sur le sida] et ses membres ont pris une part très active à l'identification des interventions associées aux ressources, à la recherche spéculative potentielle, de même qu'à l'obtention d'informations détaillées sur l'histoire du mouvement de lutte contre le VIH/sida chez les Autochtones au Canada.

L'héritage des pensionnats

L'établissement du régime des pensionnats est attribuable à la politique du gouvernement fédéral et il a donné lieu à la confirmation d'un partenariat entre l'Église catholique, les Églises unie, anglicane et d'autres Églises pour éduquer les enfants autochtones. C'est ainsi que l'Église et l'État ont exercé un rôle très important dans la vie des Autochtones.

Pendant de nombreuses générations, les collectivités autochtones ont mené bataille dans deux champs d'activités majeurs qui ont provoqué des changements perturbateurs : des conditions économiques et sociales très défavorables au niveau communautaire et des effets négatifs découlant du régime des pensionnats. Aux prises avec l'apparition de nouvelles maladies, la dépossession de rôles (remplacement des parents), l'empiètement des terres traditionnelles par les colons européens, l'introduction de l'alcool et d'autres facteurs, les collectivités autochtones ont été amenées à changer et pas toujours pour le mieux. Même des forces culturelles comme le réseau de la famille élargie ont été ébranlées, minées dans leur efficacité à contrer aux menaces émanant généralement des pensionnats, notamment les voies de fait ou abus physiques et les abus sexuels. Ainsi, non seulement les personnes survivantes ont-elles été victimes de traumatismes pendant leurs années d'études, mais ces traumatismes ont été multigénérationnels et ils se sont étendus aux membres de leur famille et à leurs amis.

Le but fondamental de la politique fédérale a été l'assimilation. En 1920, le gouvernement a fait part de ses intentions dans une déclaration faite par Duncan Campbell Scott, le surintendant général adjoint du département des Affaires indiennes : « [TRADUCTION] Notre objectif consiste à continuer jusqu'à ce qu'il n'y ait plus un seul Indien au Canada non complètement assimilé à la société et qu'il ne soit plus question d'Indiens, ni de département réservé aux Indiens » (cité dans Gibbons et Ponting, 1989:26). Les Autochtones n'avaient ni le pouvoir, ni les moyens nécessaires pour s'opposer à la politique gouvernementale et aux agents des Indiens (des

employés gouvernementaux possédant des pouvoirs considérables), renforcés par moments par la GRC.

La plupart, mais pas l'ensemble, des pensionnats au Canada dont les Églises assuraient le fonctionnement ont fermé à la fin des années 1960 : « [TRADUCTION] Les pensionnats ont officiellement fonctionné au Canada entre 1892 et 1969 » (La Fondation autochtone de guérison, 2000:7). La majorité des pensionnats ont donc cessé de fonctionner il y a environ une décennie avant que l'épidémie de VIH/sida se propage en Amérique du Nord. C'est en 1983 (Santé Canada, 2001) que s'est produit le premier décès d'un Canadien causé par le sida, au moment où les personnes succombaient beaucoup plus tôt après être devenues séropositives ou porteuses du VIH.

En ce qui a trait à l'héritage des pensionnats, il y a eu au moins deux domaines fondamentaux qui ont subi le contrecoup : des atteintes à l'identité culturelle, notamment la perte de la langue, des traditions et de la relation à la famille et à la collectivité; des préjudices à la personne entraînant des sentiments de honte, de rage, de méfiance et l'adoption de comportements négatifs d'adaptation comme, entre autres, l'abus des substances psychoactives. La marginalisation et l'isolement sont d'autres effets dérivés de l'héritage des pensionnats. L'isolement, conjugué aux comportements négatifs d'adaptation, peut entraîner des risques d'infection à VIH chez certains Survivants comme nous le démontrerons plus loin dans le cadre de cette étude.

La doctrine chrétienne sévère, stricte, des Églises, combinée à de nombreuses formes de punitions, a provoqué chez les Survivants des conflits, des tiraillements et des traumatismes qui sont souvent restés non résolus. L'incapacité de régler ces tiraillements et ces traumatismes s'explique en partie par le fait que bien des collectivités autochtones n'étaient pas en mesure de répondre adéquatement aux besoins psychologiques et affectifs de ces Survivants et que les conditions de vie étaient (et sont encore) tellement pauvres, inférieures au niveau normal, dans certaines collectivités. En général, les enseignements chrétiens touchant la sexualité étaient stricts, inflexibles. Dans le cadre de cette doctrine, on exerçait des pressions sur les élèves autochtones, les enjoignant de vivre dans la continence jusqu'au mariage. Comme il devait être bouleversant pour ces élèves à qui on enseignait que la finalité de la vie sexuelle (l'acte sexuel) est la procréation, ne s'opérant que dans le cadre du mariage, de constater que certaines de ces personnes responsables commettaient des actes sexuels violents à leur égard. Porter atteinte à la sexualité de quelqu'un peut prédisposer cette victime à adopter des comportements à risque élevé pouvant aboutir à la séropositivité à VIH. Pour les Survivants, le fait d'avoir été victimes d'abus sexuel a eu pour effet de susciter de la confusion relativement à leur sexualité. Ce désarroi a pu être encore plus grand dans le cas où ces personnes ont été victimes d'abus perpétré par un agresseur de même sexe.

En décrivant des relations interculturelles, le terme « stress ethnique » peut permettre de mieux comprendre l'expérience vécue par les Autochtones au pensionnat. « [TRADUCTION] Le stress ethnique survient dans le cas où les croyances culturelles ou le sentiment d'identité positif, satisfaisant, d'une personne sont perturbés, altérés. (Ce stress ethnique), c'est ce que les gens ressentent, une expérience négative qu'ils vivent, au moment où ils interagissent avec des

membres de groupes culturels différents » (Antone, Miller et Myers, 1986:7). Ce choc culturel peut susciter des réactions normales dans des situations anormales. À titre d'exemple, si on battait un enfant autochtone à maintes reprises et on lui répétait que sa culture est primitive, cet enfant pourrait avoir une réaction normale en commençant à le croire. Comme quoi il paraît vraiment ironique que les efforts d'assimilation ou d'intégration forcée du gouvernement n'aient abouti qu'en suscitant chez les Autochtones de la confusion et des conflits étant donné que cette politique a été mise en application en les isolant de la société dominante par l'établissement de pensionnats et de réserves.

Il est difficile d'envisager ce qui aurait pu se passer si les pensionnats avaient été complètement retranchés de la vie des Autochtones. En effet, le fait que les pensionnats aient fonctionné pendant des générations et que les élèves aient été victimes d'abus commis dans ces établissements a été à l'origine de nombreux facteurs contributifs, sans être les seuls facteurs, des problèmes sociaux qui affligent à l'heure actuelle les collectivités autochtones.

Mieux comprendre l'incidence de l'abus physique et sexuel

De tous les actes de violence perpétrés dans les pensionnats, deux types majeurs d'abus, l'abus physique (voies de fait) et l'abus sexuel, sont portés plus souvent à notre attention. Il est important de tenir compte du fait que ce ne sont pas toutes les personnes survivantes qui se sont senties victimes d'abus, ni toutes ces personnes qui ont vécu les mêmes expériences négatives. Certaines ont subi ce qu'on connaît comme des traumatismes vicariants, ce qui s'applique dans le cas où la personne est témoin (ou entend) des circonstances traumatisantes entourant un abus ou un acte de violence commis à l'endroit d'une autre personne, éprouvant de l'impuissance, une très grande peur l'empêchant d'intervenir. Ce sentiment d'impuissance est une des caractéristiques majeures du triste héritage des pensionnats.

Il est assez fréquent que des Survivants ayant été victimes d'abus sexuel dans leur enfance ne divulgent ces agressions qu'à l'âge adulte. Ces déclarations tardives ont pour effet de soulever des difficultés généralement complexes et diversifiées. Comme circonstances critiques auxquelles ces personnes victimes d'abus sexuel dans le passé sont confrontées, on fait mention de

« dépression, de dévalorisation, de dysfonctionnement sexuel, de promiscuité (vagabondage sexuel), d'alcoolisme ou d'abus de substances psychoactives et d'un sentiment très peu développé des limites » (Middleton-Moz, n.d.:2-27). Étant donné l'importance accordée à la famille chez les Autochtones, la façon dont une collectivité autochtone intervient face à ces problèmes de nature délicate peut être souvent déterminante, peut influencer sur le fait qu'une victime réussisse finalement à entreprendre une démarche l'amenant d'un traumatisme non résolu à un cheminement de guérison réelle.

Dans le cadre d'un modèle de traitement présenté par Crowder (1993), on décrit les répercussions de l'agression sexuelle sur les hommes survivants, dont nombreuses parmi ces incidences sont semblables à celles vécues par les femmes survivantes. Certaines de ces répercussions peuvent accroître le risque de l'infection à VIH. On mentionne notamment : « Le

syndrome de stress post-traumatique (SSPT) et la dissociation mentale; les difficultés liées à l'identité sexuelle masculine [ou féminine]; la confusion concernant l'orientation sexuelle et l'homophobie; la pénétration et l'agression sexuelle marquée par la violence – réactionnelle; l'obsession sexuelle et les compulsions sexuelles; des difficultés interpersonnelles » (Crowder, 1993:22). Manifestement, si une personne est victime d'abus sexuel dans l'enfance, cette expérience entraîne des perturbations ou des traumatismes affectifs. Il s'avère également que, dans le cas où la personne ne remédie pas à ces difficultés émotionnelles, des comportements négatifs d'adaptation peuvent apparaître. À titre d'exemple, des compulsions et obsessions sexuelles peuvent entraîner un accroissement du risque d'infection à VIH.

D'une certaine façon, les effets négatifs liés aux mauvais traitements ou à la violence physique trouvent un écho dans ceux résultant de l'abus sexuel, les deux comportements se produisant souvent dans des environnements dysfonctionnels. L'alcoolisme (ou l'abus des substances psychoactives) est un facteur commun associé à la violence/à l'abus, entraînant encore plus de préjudices en raison du comportement gravement altéré, erratique ou excentrique, et imprévisible de l'alcoolique ou de la personne qui abuse des substances psychoactives. Comme conséquence, des personnes ayant eu une enfance perturbée, traumatisante, peuvent se tourner vers la consommation d'alcool et/ou de drogues comme mécanismes d'adaptation.

Une grande partie des études recensées et analysées n'abordent pas ainsi la question : à savoir si l'héritage ou les répercussions négatives de l'abus physique et sexuel subi dans les pensionnats se rattachent à la séropositivité relativement au VIH/sida chez la population autochtone, étant donné que les effets de l'abus physique et sexuel sont encore peu connus. Par contre, on peut dire à coup sûr que les pensionnats ont constitué un facteur contributif dans le cas de Survivants. Cette constatation s'applique également aux descendants des Survivants. En effet, il y a de fortes probabilités que des personnes aux prises avec des traumatismes graves non résolus courent plus de risques d'être atteintes d'une infection à VIH/sida si on considère comme admis qu'elles adoptent certains comportements à risque élevé. En termes simples, les enfants blessés, traumatisés, deviennent des adultes perturbés. Des recherches, des études, des documents de politique et du matériel pédagogique faisant référence ou se rapportant aux effets des pensionnats sont cités tout au long de ce rapport.

À défaut d'éléments probants de fond et directs attestant des liens entre l'incidence du VIH/sida et les répercussions ou héritage des pensionnats, il faut pour les besoins de cette étude s'en remettre à la continuité des événements qui ont commencé il y a plusieurs générations et établir avant tout, en montrant l'évolution, la marche de ces événements, le cercle vicieux ou cycle intergénération de l'abus physique et sexuel. Le climat de repliement, de fermeture au monde extérieur, tant dans les pensionnats que, par la suite, dans les collectivités autochtones, a aussi contribué à transmettre de génération en génération des traumatismes non résolus.

Pour réussir à surmonter les répercussions d'histoires personnelles et culturelles d'une telle gravité, les efforts de counselling aux personnes affligées, de processus de deuil, de réconfort, doivent être considérables, particulièrement si on tient compte de l'insuffisance des mécanismes de soutien ou du peu de temps qu'on a pour pleurer un deuil avant qu'une autre perte ne

surviennent. Bref, tout un éventail de facteurs, dont la discrimination systémique, la dissociation (familiale), l'affaiblissement du système social centré sur la famille, la honte intériorisée, conjugués aux répercussions intergénérationnelles de l'abus physique et sexuel et à celles des toxicomanies, des dépendances, contribue à l'adoption de comportements à risque qui peuvent conduire à une infection à VIH.

Comme aboutissement des conditions socioéconomiques précaires qui se sont détériorées au fil du temps, la santé des Autochtones s'est en général dégradée. En effet, la santé de la population autochtone continue à soulever des questions, des préoccupations, auxquelles on cherche la meilleure solution. La liste des maladies s'allonge, semble-t-il, indéfiniment, y compris celle du taux de fréquence de suicides le plus élevé, du taux de chômage supérieur, des conditions de logements médiocres, de la sous-scolarisation, de la fréquence plus élevée des dépendances, des maladies et des infections transmissibles sexuellement et de l'infection à VIH/sida. Le mauvais état de santé des Autochtones et de leurs conditions sociales très préoccupantes, liés aux histoires personnelles de traumatismes (y compris celle de l'expérience au pensionnat) sont nul doute les principaux facteurs contributifs à la propagation et à la montée du VIH/sida chez les Autochtones.

VIH/sida et les Autochtones

VIH est l'acronyme du virus de l'immunodéficience humaine, ce qu'on considère généralement comme le virus responsable du sida (le syndrome d'immunodéficience acquis). Le sida est classé parmi les syndromes étant donné qu'il s'agit d'une dégradation du système immunitaire, les personnes atteintes devenant susceptibles à diverses infections opportunistes et à certains cancers qui entraîneront le décès dans un avenir plus ou moins lointain. Par conséquent, le terme « syndrome » s'applique parce qu'il ne s'agit pas d'une seule maladie ou infection qui conduit à la mort, mais d'un cas où plus d'une maladie peut éventuellement détruire les défenses immunitaires de l'organisme.

Le VIH ne peut être détecté qu'au moyen d'un prélèvement sanguin. La concentration la plus élevée de VIH se trouve dans le sperme et le sang, de même que l'écoulement/pertes menstruelles. Il y a beaucoup moins de concentration de VIH dans l'écoulement vaginal, le lait maternel, les larmes et la salive. Si quelqu'un a des rapports sexuels vaginaux ou anaux non protégés avec une personne porteuse du VIH, il y a un risque élevé d'infection. La transmission sanguine du VIH est le mode de contamination le plus infectieux; c'est pourquoi l'usage de drogues injectables constitue un agent responsable de la transmission de nombreuses infections par le VIH nouvelles et cumulatives.

Le sida apparaît après plusieurs années d'infection à VIH. Il ne peut être diagnostiqué que par un médecin qui détermine si la numération ou nombre des CD4 s'élève à moins de 200 et s'il y a manifestation de plus d'une pathologie indicative du sida. La numération des CD4 ou des lymphocytes T auxiliaires représente les mécanismes de défense de l'organisme, une prémunition contre les menaces et attaques imminentes, comme une infection virale ou bactérienne. Chez les

personnes porteuses du VIH, la numération des CD4 commence à diminuer et le système de défense immunitaire n'est plus en mesure de remplir sa fonction de protéger l'organisme contre l'infection. De nouveaux médicaments antirétroviraux sous divers composés permettent à l'heure actuelle aux personnes atteintes de vivre plus longtemps. En général, les personnes porteuses du VIH peuvent vivre jusqu'à quinze ans avant que des menaces plus sérieuses se manifestent. L'Organisation mondiale de la santé applique le modèle modifié de classification par stades cliniques d'une maladie évolutive pour évaluer la progression du virus de l'immunodéficience humaine :

[TRADUCTION] Les stades I et II sont considérés comme des stades précoces de la maladie et ils sont généralement qualifiés d'asymptomatiques [aucun symptôme]. Le stade III est associé à la diminution du nombre de CD4 sans qu'il n'y ait d'infection opportuniste majeure et le stade IV est généralement associé au diagnostic du sida (Schneider, Hanvelt, Copley et Meagher, 1999:30).

Avant de donner de l'information épidémiologique, il est important de souligner que les chiffres fournis se rapportent principalement aux populations des Premières Nations et qu'ils s'appliquent moins à la situation des Inuits ou des Métis. Par ailleurs, ce qui est encore plus important, c'est de signaler qu'il est difficile en raison de lacunes significatives en fait d'information et aussi d'autres facteurs de décrire avec précision de quelle façon le VIH/sida frappe *l'un ou l'autre* de ces trois groupes autochtones. La taille de la population, les écarts régionaux, les différences culturelles, les méthodes de collectes de données et leurs limitations, ainsi que des identificateurs ethniques incomplets ou erronés, peuvent tous influencer sur ce que nous savons des cas d'infection par le VIH/sida chez les Autochtones.

Selon Santé Canada, « en date de juin 2002. . . on a relevé 459 [cas de sida] chez des personnes autochtones. En 1993, le pourcentage de cas de sida relevés dont on connaissait l'appartenance ethnique et qu'on attribuait à des personnes autochtones était de 2 %. Cette proportion de personnes atteintes a augmenté de façon constante pour atteindre en 1999 un pourcentage aussi élevé que 10 % » (Santé Canada, 2003:1). Si on tient compte de la population autochtone qui compose 3,4 % de la population canadienne en général, ce pourcentage signifie qu'il y a une surreprésentation importante de cas de sida chez les Autochtones. Le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses de Santé Canada rapporte également que : « Des 459 cas de sida relevés chez des personnes autochtones le 30 juin 2002, 18 personnes étaient identifiées comme inuites, 35 comme personnes métisses et 372 étaient des personnes de Première Nation; 34 personnes étant autochtones sans précision » (Santé Canada, 2003:2). Le Centre explique de façon plus détaillée :

[TRADUCTION] Les rapports sur les cas séropositifs pour le VIH fournis par les provinces dont l'appartenance ethnique est précisée (ceux de la Colombie-Britannique, du Territoire du Yukon, de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, de l'Île-du-Prince-Édouard, et de Terre-Neuve et du Labrador) indiquent que les Autochtones sont surreprésentés par rapport au nombre de nouveaux cas diagnostiqués d'infection par le VIH, c.-à-d. 19,2 % en 1998, une

moyenne de 24 % en 1999-2001, et atteignant un pic de 26,5 % au cours des six premiers mois de 2002 (Santé Canada, 2003:3).

Le rapport de Santé Canada indique que les infections à VIH chez les Autochtones ont augmenté de façon constante au cours de la dernière décennie ou plus. « On estime que 370 personnes autochtones au Canada deviennent séropositives pour le VIH chaque année – une moyenne de plus d'une personne par jour » (Santé Canada, 2001a:2). De toute évidence, ces données sont troublantes.

Le facteur de risque le plus sérieux de contamination ou de transmission de l'infection par le VIH est lié à l'usage de drogues injectables dans le cas où plus d'une personne partagent la même seringue. Cette pratique augmente aussi le risque d'infection à VIH chez des partenaires sexuels. Il y a un besoin pressant d'efforts de prévention en cette matière. Comme c'est à l'usage de drogues injectables que l'on attribue cette augmentation des cas, une autre réalité désespérante s'impose : « Chez les populations autochtones, l'usage des drogues injectables est le facteur de risque prédominant pour l'infection par le VIH, représentant en 1999 une estimation de 54 % des cas d'infection prévalents au moment du relevé et 64 % des cas d'infection incidents » (Santé Canada, 2003:6). La citation suivante permet de suivre les tendances au cours des années qui sont indicatrices des facteurs d'augmentation plus marquants :

[TRADUCTION] Le nombre de personnes autochtones atteintes ou vivant avec le VIH a augmenté, passant de 1430 personnes en 1996 à 2740 en 1999 (soit une augmentation de 91 % sur une période de 3 ans). Le nombre probable ou estimé de cas d'infection incidents chez les Autochtones est passé de 310 personnes en 1996 à 370 en 1999. Même si en 1996 la population autochtone ne s'établissait qu'à 2,8 % par rapport à la population canadienne en général, les personnes autochtones atteintes totalisaient 5,5 % de tous les cas d'infection prévalents (2740 cas autochtones sur une population de 49 800 personnes atteintes) et 8,8 % (370 cas autochtones sur 4190 personnes atteintes) de tous les nouveaux cas d'infection au Canada en 1999 (Santé Canada, 2003:6).¹

Le tableau suivant présente des données collectées à partir du relevé des tests de détection des anticorps anti-VIH qui sont classés selon le sexe, l'âge et les catégories d'exposition chez les personnes autochtones et non-autochtones. Ces données indiquent des variations intéressantes entre ces deux groupes. Même si certains travailleurs communautaires ont l'impression que de telles comparaisons peuvent susciter d'autres stigmates et renforcer la marginalisation des

¹ Selon Statistique Canada dans le cadre du Recensement de 2001, la population autochtone a augmenté, représentant 4,4 % de la population totale au Canada alors que, selon les données du recensement antérieur de 1996, cette population s'établissait à 3,6 % de la population canadienne.

Autochtones, il reste que ces comparaisons peuvent mieux faire comprendre des informations essentielles pouvant aider à concevoir des mesures correctrices adéquates.

Tableau 1 : Données des tests de détection anti-VIH rapportés – sexe, âge et catégories d'exposition chez les personnes autochtones c. les personnes non autochtones dans les provinces ayant rapporté l'appartenance ethnique – de 1998 au 30 juin 2002**

	autochtone	non autochtone
SEXE	n=688	n=2267
Femmes	45,3 %	19,9 %
ÂGE (ans)	n=691	n=2283
20-29	27,9 %	19,6 %
30-39	39,5 %	39,7 %
40-49	22,3 %	26,1 %
CATÉGORIE D'EXPOSITION	n=677	n=2,166
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)	7,7 %	35,7 %
UDI	60,6 %	30,8 %
Hétérosexuels	26,4 %	28,8 %
**Colombie-Britannique, Yukon, Alberta, Manitoba, Saskatchewan, Île-du-Prince-Edouard, Terre-Neuve et Labrador. Sous-totaux différents en raison des données non précisées dans certains rapports sur le sexe, l'âge et la catégorie d'exposition.		
Source : Santé Canada, 2003:4		

Afin de bien expliquer les chiffres présentés dans le tableau ci-dessus, mentionnons que la majorité des cas d'Autochtones séropositifs pour le VIH (39,5 %) entrent dans la catégorie des 30-39 ans, ce qui constitue le groupe d'âge le plus bas qui pourrait correspondre à celui de survivants. Suit un pourcentage de 27,9 % de personnes atteintes se classant dans les 20-29 ans et un autre pourcentage de 22,3 % dans le groupe d'âge des 40-49 ans. Quant à la façon selon laquelle les Autochtones ont été exposés au VIH, un peu plus de soixante pour cent (60,6 %) sont des utilisateurs de drogues injectables comparativement à 30,8 % chez les non Autochtones. La contamination de plus du quart des cas d'infection à VIH chez les Autochtones s'est faite par contact hétérosexuel (26,4 %), ce qui est similaire au pourcentage de cas (28,8 %) chez les non Autochtones. Dans un peu moins de dix pour cent (7,7 %) des cas d'infection à VIH chez les Autochtones, ce sont des hommes qui ont eu des rapports sexuels avec un autre homme, comparativement à un tiers (35,7 %) chez les hommes non autochtones.

Le rôle de l'usage de drogues injectables

Pour les utilisateurs de drogues injectables, le principal facteur de risque est lié au partage de seringues, un facteur parmi de nombreux autres qui augmentent les risques d'infection par le VIH. Tout d'abord, beaucoup de ces drogues sont fortement toxicomanogènes ou engendrent la dépendance, particulièrement l'héroïne et la cocaïne. Ensuite, comme ces types de drogues provoquent une euphorie d'une grande intensité suivie d'une baisse soutenue, les toxicomanes doivent accroître la fréquence des injections pour maintenir ce niveau élevé d'intensité de l'état euphorique en diminution. En troisième lieu, les toxicomanes faisant un usage prolongé de ces drogues ont besoin de plus en plus de drogue pour atteindre l'état euphorique recherché. Enfin, dans le cas où des personnes atteintes partagent leurs seringues avec d'autres, la transmission du VIH se fait directement par le sang étant donné que du sang est introduit dans la seringue chaque fois qu'elle sert à injecter la drogue. C'est le mode de contamination le plus actif dans la propagation du VIH, de même que dans le cas d'autres maladies comme l'hépatite C.

Ces facteurs deviennent plus marqués si les infections par le VIH atteignent le seuil repère au sein d'une population d'utilisateurs de drogues injectables. « L'expérience dans les autres grandes villes a démontré qu'une fois que 10 % de la population utilisatrice de drogues injectables est infectée par le VIH, la prévalence de l'infection peut augmenter rapidement » (Elliot, Blanchard, Dawood, Beaudoin et Dinner, 1999:v). Vu que les UDI représentent la principale catégorie d'exposition chez les Autochtones, une des raisons explicatives du fait que les infections chez les UDI continuent d'augmenter, c'est que dans ces populations, on a atteint ou même dépassé le seuil-repère de dix pour cent.

Les citations suivantes font ressortir les points saillants de l'évaluation des besoins menée dans le cadre d'un programme d'échange de seringues mis en application par un centre d'amitié autochtone de la Nouvelle-Écosse. Même si cette étude ne représente qu'un petit échantillon de personnes de descendance autochtone, certaines des constatations donnent un bon aperçu de la situation : 67 %... des répondants ont dit que leurs parents étaient alcooliques; 69 % (I) des personnes interviewées ont dit qu'elles avaient été victimes de violence physique ou de mauvais traitement, 64 % ont décrit l'abus dont elles ont été victimes comme de la violence psychologique et 28 % ont dit qu'il s'agissait d'abus sexuel » (Grandy, 1995). Bien évidemment, bon nombre de personnes peuvent être enclines à la toxicomanie tout simplement à cause de l'environnement où elles ont grandi, ce qui pourrait avoir des implications similaires pour les Survivants des pensionnats.

Hommes autochtones ayant des rapports sexuels avec des hommes

Cette catégorie d'exposition, notamment des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH), représente un pourcentage important de cas d'infection à VIH chez les Autochtones. La phrase *hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes* est adoptée de préférence au terme *homosexuel* car ce dernier n'est pas toujours applicable aux personnes qui entreraient dans cette catégorie. À titre d'exemple, un nombre respectable de jeunes travailleurs du sexe (masculins) qui vendent leur corps à d'autres hommes ne se considèrent pas comme

homosexuels et ils s'adonnent à des activités de l'industrie du sexe comme moyen de survie. Certains parmi eux peuvent être homosexuels, mais pas tous ces travailleurs le sont. Il en est de même pour les hommes mariés qui ont des rapports sexuels extra-conjugaux avec des hommes. Le tableau suivant présente la distribution estimative des cas d'infection prévalents et des cas d'infection incidents chez les Autochtones dans les différentes catégories d'exposition.

Tableau 2 : Distribution estimative dans les catégories d'exposition des cas d'infection prévalents et incidents chez les Autochtones au Canada, 1999

Catégorie d'exposition	Cas d'infection prévalents (n=2,740)	Cas d'infection incidents (n=370)
UDI	54 %	64 %
Contact hétérosexuel	15 %	17 %
HSH	23 %	11 %
HSH/UDI	6 %	8 %
Source : Santé Canada, 2003:6		

Les utilisateurs de drogues injectables parmi les hommes autochtones qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) constituent aussi un facteur contributif à la séropositivité à VIH dans ce groupe. Comme indiqué précédemment, HSH représentent 23 % des cas d'infection prévalents et 11 % des cas d'infection incidents. Si on tenait compte de l'usage de drogues injectables comme facteur de risque contributif, un autre 6 % s'ajouteraient aux cas d'infection prévalents et un 8 % aux cas d'infection incidents.

Les homosexuels autochtones dans les grands centres urbains ont été les premières personnes porteuses du VIH/atteintes du sida. L'homophobie ressentie comme barrière clé continue de nuire aux efforts de prévention. L'*Ontario AIDS* et l'enquête sur les habitudes saines de la vie quotidienne ont permis de constater que : « La majorité des répondants pensaient que l'homosexualité était répréhensible, et ils avaient la perception que leur famille et la collectivité partageaient cette opinion » (Myers, Calzavara, Cockerill, Marshall et Bullock, 1993:42). Environ 80 % des répondants dans chacun de ces groupes avaient des opinions défavorables (négatives) à l'égard de l'homosexualité.

Femmes autochtones

Le tableau 3 indique le nombre de cas de sida rapportés pour l'année 2001 chez les femmes autochtones et non autochtones. Ces pourcentages indiquent que chez les jeunes femmes autochtones on compte presque trois fois plus de cas de sida que chez les femmes non autochtones. L'usage de drogues injectables (UDI) comme facteur de risque est presque six fois plus probable chez les femmes autochtones que chez les femmes non autochtones.

Tableau 3 : Cas de sida rapportés jusqu'au 30 juin 2002 chez les femmes autochtones et non autochtones – ventilation par sexe, âge et catégorie de l'usage de drogues injectables

	autochtone		non-autochtone	
Sexe : Femme	n=458	23,1 %	n=15,237	8,2 %
Âge (ans) : <30 ans	n=459	24,6 %	n=15,253	16,5 %
Catégorie d'exposition : UDI	n=446	35,9 %	n=14,874	6,3 %
Source : Santé Canada, 2003:2				

Des données existantes indiquent qu'un nombre croissant de femmes autochtones deviennent porteuses du VIH en grande partie par des contacts hétérosexuels et également du fait qu'un plus grand nombre de femmes autochtones deviennent utilisatrices de drogues injectables comparativement aux femmes non autochtones. Par ailleurs, il y a des lacunes qui existent encore dans les données relevées sur les cas de VIH/sida, particulièrement un manque de données se rapportant aux femmes porteuses du VIH ou vivant avec le sida.

De plus, des femmes autochtones ayant des partenaires sexuels utilisateurs de drogues injectables courent de grands risques si elles ont des rapports sexuels non protégés. Dans le cas où une femme porteuse du VIH devient enceinte, il y a des risques réels que l'enfant à naître soit infecté à sa naissance. Cependant, si la femme sait qu'elle est porteuse du VIH, demande des soins médicaux et prend des médicaments, le risque d'infecter l'enfant est réduit.

Une étude menée par Shipp, Norton et Roussil a fourni des éléments probants directs d'un lien entre les pensionnats et leurs répercussions intergénérationnelles dans le cas où il y avait eu des abus physiques et/ou sexuels. Voici ce que cette étude fait remarquer : « La plupart des femmes porteuses du VIH que nous avons interviewées nous ont dit provenir de familles où un ou les deux parents était/étaient des anciens élèves des pensionnats et l'alcoolisme était un problème familial. Huit de ces femmes porteuses du VIH ont admis qu'elles avaient été victimes d'abus sexuel dans leur enfance et trois parmi elles avaient eu des relations de violence soit avec un conjoint ou un partenaire » (1999:24).

La violence sexuelle peut entraîner des risques d'infection à VIH si l'agresseur est porteur du VIH. Il est raisonnable de présumer que, dans le cas de n'importe quel acte sexuel violent, l'agresseur sexuel ne prendra pas le temps ou ne se souciera pas de porter un condom. Il est évident que l'agresseur se précipitera probablement sur la victime, de telle sorte qu'il ne pourrait être interrompu par quelqu'un qui pourrait l'identifier. La violence sexuelle est définie comme « tout contact sexuel non désiré ou sans consentement, un acte sexuel ou exploitation perpétré sous la contrainte en faisant usage de force physique, de menace, d'intimidation et/ou de coercition » (Santé Canada, 2001b:1). Toutefois, les actes sexuels violents ne comportent pas tous les mêmes risques d'infection à VIH; à titre d'exemple, on croit que le sexe oral forcé ou sous la contrainte comporte moins de risques à moins qu'il n'y ait présence de peau éraflée dans

la bouche ou autour de la bouche. Par contre, même si le risque d'infection est moindre, il n'est pas question de minimiser le traumatisme et la violation/l'abus provoqués dans le cas où il y a risque potentiel que l'agresseur soit porteur du VIH. Les actes sexuels violents qui peuvent augmenter les risques d'infection par le VIH englobent notamment : « l'agression sexuelle, une histoire ou un passé d'agression sexuelle (de l'abus sexuel dans l'enfance et des agressions sexuelles à répétition); [et] d'autres actes de violence sexuelle à l'égard des femmes commis dans le cadre des relations conjugales » (Santé Canada, 2001b:1).

Détenus autochtones

Ce qu'on entend par l'homosexualité dans les établissements, c'est une situation où un délinquant (généralement un hétérosexuel avant d'être incarcéré ou en dehors de l'incarcération) s'adonne à des comportements sexuels avec des personnes de même sexe pendant son incarcération. Les pourcentages de cette catégorie varient, mais les données probantes indiquent qu'ils sont significatifs. Les observations ou constatations faites dans le cadre d'études sur les comportements sexuels en prison sont assez constantes. L'étude provenant de la prison à sécurité moyenne de Montréal a permis d'observer que 6,1 % des hommes et 6,8 % des femmes rapportent avoir eu des rapports sexuels en prison. Dans le même ordre d'idées, l'enquête du SCC (Service correctionnel du Canada) indique que 6 % des détenus rapportent avoir eu des rapports sexuels en prison. Par ailleurs, celle du Nouveau- Brunswick confirme un taux de 9 %. Dans l'enquête du SCC, on relève que seulement 33 % de ces détenus ont rapporté avoir fait usage de condoms (Réseau canadien pour le sida chez les Autochtones, n.d.:28). Comme les rapports sexuels entre détenus sont interdits dans un milieu correctionnel, cette interdiction peut donner lieu à des pratiques sexuelles à risque.

En ce qui a trait à l'usage de drogues injectables, les seringues sont habituellement utilisées tellement de fois qu'elles deviennent émoussées causant encore plus de lésions cutanées à l'endroit de l'injection. Des détenus peuvent également ne pas nettoyer la seringue avec un produit de désinfection (eau de Javel) et de l'eau avant qu'un autre détenu l'utilise vu que la possession de drogues et le matériel d'injection sont illégaux. On se sert de matériel d'injection de fabrication artisanale comme des plumes, ce qui est tellement peu précis que des atteintes ou lésions cutanées importantes sont causées à l'endroit de l'injection. Comme bien des détenus peuvent partager une même seringue, l'infection à VIH et l'hépatite peuvent facilement se propager. Comme conclusion à ces constatations, on peut considérer que des seringues stériles ou non partagées sont un moyen déterminant de réduction des préjudices, de prévention contre l'infection à VIH. « La consommation de drogues et la toxicomanie au sein du système de justice pénale est une réalité, un fait brutal, et, [malheureusement], il n'y a pas de programme de distribution de seringues stériles en prison. Par conséquent, les UDI autochtones pendant leur séjour en prison sont dans l'incapacité de se protéger contre l'infection à VIH » (CAAN, n.d.:i).

Qui plus est, il est généralement reconnu que les produits de désinfection/de stérilisation (l'eau de Javel) et l'eau ne réussissent pas à détruire le virus de l'hépatite C. « Le virus de l'hépatite C est plus résistant que le VIH et on ne peut pas l'éliminer en nettoyant les seringues avec de l'eau de Javel. À Vancouver, 90 % de la communauté des UDI sont infectés par le virus de l'hépatite

C » (CAAN, n.d.:20). Même si l'utilisation de matériel de stérilisation (fourni dans les établissements fédéraux) est une mesure préventive plus efficace que de ne rien utiliser pour nettoyer les seringues, il reste qu'elle est tout à fait insuffisante pour réduire les risques d'infection à l'hépatite. Jusqu'à ce que le système change et autorise les programmes d'échange de seringues dans les établissements correctionnels, un nombre croissant d'infections apparaîtront. Le tatouage à l'aide d'un matériel non stérilisé constitue une autre pratique augmentant le risque de contamination et d'infection à VIH.

D'autres préoccupations

Bien des stigmates et des craintes font obstacle à la diffusion de messages préventifs. Même dans le cas où une personne est porteuse du VIH, ces attitudes négatives peuvent influencer sur la façon d'avoir accès à des soins médicaux appropriés, à du réconfort et du soutien. Les données suivantes permettent de mieux saisir de quelle façon la peur et l'isolement peuvent porter préjudice à une personne porteuse du VIH ou atteinte du sida. « Dans le cadre du projet de ressources communautaires en santé-Premières Nations, dans la section complémentaire, on demandait : 'Si vous retournez dans votre communauté, vous sentez-vous à l'aise de dire aux gens que vous êtes porteur du VIH?' Du nombre des personnes ayant répondu, 40 sur 63 répondants (63 %) ont déclaré qu'ils étaient soit 'quelque peu embarrassé' ou 'très gêné'. Trente des 40 réponses négatives ont spécifié qu'ils se sentiraient 'très mal à l'aise' ou 'gêné' » (Schneider, Hanvelt, Copley et Meagher, 1999:8). Par conséquent, on peut constater à quel point il peut être difficile d'obtenir une évaluation précise, juste, de la prévalence du VIH/sida au sein de la population autochtone.

Les jeunes autochtones constituent un groupe social particulièrement à risque dont on se préoccupe. En effet, les données existantes indiquent un pourcentage important d'Autochtones qui sont infectés précocement, plus jeunes que la population en général. Le taux de fréquence de grossesse chez les adolescentes et le niveau d'infections causées par les maladies transmissibles sexuellement chez les jeunes autochtones dans certaines régions viennent corroborer cette préoccupation. À titre d'exemple, le CDC (*Center for Disease Control*) de la C.-B. a également relevé une fréquence élevée de séropositivité à VIH par suite des tests de détection :

[TRADUCTION] La vulnérabilité accrue des populations de Première Nation est confirmée par les rapports présentés à Santé Canada qui indiquent des taux de fréquence plus élevés que les moyennes nationales de maladies vénériennes (M.V.) comme la gonorrhée, la syphilis, la chlamydia, le trichomonose, l'herpès génital, etc., chez les Premières Nations. Des rapports montrent également un taux de fréquence plus élevé de grossesse chez les adolescentes que la moyenne nationale, permettant de constater que les jeunes ont des rapports sexuels sans utiliser de condoms (Schneider, Hanvelt, Copley et Meagher, 1999:11).

Les infections transmises lors de contacts sexuels (ITS) suscitent des préoccupations étant donné qu'elles peuvent accroître le risque d'infection à VIH, d'une part à cause des plaies ouvertes (vives) et d'autre part, en raison de leur incidence sur le système immunitaire. L'autre

aspect problématique porte sur le taux de fréquence de rapports sexuels non protégés, démontré par le nombre croissant de grossesses chez les adolescentes. Il est donc crucial de diffuser le message auprès de l'ensemble des populations que le VIH est une maladie évitable.

Si on veut renforcer davantage l'argument en faveur de l'augmentation des efforts de prévention, il faut prendre en considération les coûts entraînés par le traitement de cette maladie. Le fardeau économique est élevé. Le traitement médicamenteux va de 6315 \$ à 12 205 \$ par personne pour obtenir les médicaments prescrits les plus communs, s'ajoutant à cela les coûts les plus élevés associés à un séjour prolongé à l'hôpital au cours des trois derniers mois de la vie des malades (Schneider, Hanvelt, Copley et Meagher, 1999). « Une étude canadienne récente a permis d'estimer à 153 000 dollars le coût global du traitement de quelqu'un porteur du VIH et atteint du sida. Ce montant comprend le coût des médicaments qui est élevé, de même que les absences du travail et la prestation de soins à l'enfant » (Schneider, Hanvelt, Copley et Meagher, 1999:10). Schneider et ses collaborateurs expliquent de quelle façon ces coûts sont évalués :

« Le coût économique englobe toutes les activités associées aux traitements/services offerts aux personnes vivant avec le sida ou porteuses du VIH, ce qui pourrait être utilisé pour d'autres activités convenues » (1999:12). Ces coûts sont répartis en deux catégories principales, des coûts directs et indirects, et en voici un résumé :

[TRADUCTION] Les coûts directs peuvent comprendre des éléments comme les médicaments, les hospitalisations, les contacts et les actes médicaux, les services de santé professionnels, les services de soutien (alimentation, logement, counselling, les soins personnels) et ainsi de suite. Quant aux coûts indirects, ils peuvent inclure des aspects comme la baisse de productivité; les soins, traitements et soutien apportés par les bénévoles et les membres de la famille, la perte de la contribution/participation de la personne à la société, la perte de l'apport de la personne à la vie du ménage, à la vie familiale, etc. (Schneider, Hanvelt, Copley et Meagher, 1999:12).

Selon Santé Canada, « le nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH totalise environ 4200 par année » (Santé Canada, 2001a:1). Ce nombre équivaut de façon générale à onze personnes par jour. Ainsi, en présumant que 11 personnes de plus sont infectées par le VIH chaque jour et en multipliant ce nombre par le coût estimé de 153 000 \$ par personne pour les soins de santé pendant sa durée de vie, on peut prévoir un minimum de 1 683 000 \$ pour chaque 11 cas signalés. Par conséquent, il en coûterait au Canada plus de 50 millions de dollars par mois pour soigner les personnes qui deviennent porteuses du VIH. Il y a des données probantes qui permettent d'avancer que « les personnes de Première Nation porteuses du VIH à Vancouver obtiennent une association de médicaments à **une fréquence beaucoup moins élevée** [c'est nous qui soulignons] que les hommes non autochtones ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes » (Schneider, Hanvelt, Copley et Meagher, 1999:11). Par conséquent, une évolution plus rapide de la maladie, y compris plus de complications, est à prévoir chez les Autochtones vivant avec le VIH/sida.

Pratiques exemplaires

Les études ou les recherches portant sur les bonnes pratiques à suivre pour intervenir, prévenir le VIH/sida, font défaut, particulièrement en ce qui a trait aux Autochtones. Bien que la Stratégie canadienne concernant le VIH/SIDA mène périodiquement des évaluations, il semble qu'il n'y ait pas encore eu d'évaluation d'envergure des efforts visant à combattre le VIH/sida. Isolément les initiatives financées instaurent la plupart du temps des mécanismes/mesures d'évaluation, mais aucun effort à grande échelle n'a été entrepris. Une recension des écrits se rapportant au sujet a permis d'identifier seulement deux sources traitant de « meilleures pratiques ».

Le groupe de travail autochtone de l'Atlantique sur le sida [*Atlantic First Nations Aids Task Force*] a élaboré un modèle selon le concept des meilleures pratiques portant sur l'abus sexuel à l'égard des enfants et le VIH/sida. Le principal motif ayant motivé l'élaboration de ce modèle est lié au moment où l'organisme « a été mis au courant de deux cas récents dans un milieu autochtone : le cas avéré d'une personne porteuse du VIH formellement inculpée pour avoir agressé sexuellement un enfant » (Atlantic First Nations AIDS Task Force, 1997:1). Comme cet organisme vise essentiellement la prévention, l'information et la formation liées au VIH/sida, il a été pris au dépourvu lorsque ces situations ont été dévoilées, puisqu'il leur fallait assumer la gestion de cette situation de crise. Ce modèle fait ressortir des approches aidant à traiter les cas d'agression sexuelle faite aux enfants communément présentées dans d'autre documentation. La principale difficulté vient du fait que la police est limitée à exercer des poursuites contre l'agresseur uniquement pour le cas d'abus sexuel à l'égard de l'enfant et non pas pour le motif d'avoir exposé cet enfant à un virus virtuellement mortel, à moins que la séropositivité à VIH du pédophile soit connue.

Il y a également de multiples aspects émotionnels, particulièrement si la communauté est mise au courant que le VIH est en cause, et il peut y avoir manifestation ultérieure d'aliénation envers l'enfant du fait qu'il sera considéré porteur du VIH même s'il ne l'est pas. Une série de questions à traiter/débattre ont été préparées dans l'intention d'aborder la peur qui peut se manifester. Ces questions visent à clarifier les valeurs et à inciter les gens à surmonter cette première réaction, ce premier sentiment de peur.

Un rapport d'un groupe de travail fédéral/provincial et territorial sur le VIH/sida et les Autochtones est l'autre ressource traitant de meilleures pratiques. Des collaborateurs à la rédaction du rapport ont identifié quarante-et-un exemples de ce qu'ils percevaient comme des « pratiques exemplaires ». Celles-ci ont été classées selon huit principaux champs d'activité :

Catégorie :	Exemples de meilleures pratiques :
Activités/campagnes pour la défense des droits – de pression/revendication	Marche pour le sida de 1998; Semaine de sensibilisation au sida chez les Autochtones
Résolutions de conseils de bande	Union of Ontario Indians.
Développement des capacités	Modèle de développement communautaire; Forum sur le développement de compétences en matière de lutte contre le VIH/sida et le renforcement des organisations communautaires
Réduction des préjudices	Programme d'échange de seringues – Yukon; Modèle autochtone de réduction des préjudices
Stratégies et modèles multipartites : (au niveau régional, provincial ou national)	Stratégie autochtone de lutte contre le VIH/sida de l'Alberta; Groupe de travail autochtone de lutte contre le VIH/sida de la C.-B.; la Coalition provinciale du Québec pour la lutte contre le sida chez les Autochtones; Stratégie autochtone de lutte contre le VIH/sida de l'Ontario; le Groupe de travail autochtone de lutte contre le VIH/sida; Comité autochtone de lutte contre le VIH/sida de l'Alberta et le Groupe de travail des Premières Nations de l'Atlantique pour la lutte contre le sida. Au <u>niveau communautaire</u> , des services dans les réserves sont dispensés par le personnel du contrôle des MTS; l'équipe mobile de santé-sexualité pour la lutte contre le VIH/sida et l'équipe mobile de santé-sexualité de Beardy pour la lutte contre le VIH/sida.
Prévention, sensibilisation et information/éducation	<i>Tree of Creation</i> ; club-souper pour les jeunes; programme de sensibilisation sur le sida chez les Autochtones de la C.-B.; messages d'intérêt public à la télévision et séries « <i>Showing the way</i> »; des Aînés conseillant des jeunes; Programme de sensibilisation <i>SPYLING</i> ; Programme de prévention et de sensibilisation itinérant; programme éducatif - centres de lutte contre l'alcool et les drogues; ateliers de formation/information dans les réserves axés sur la lutte contre le VIH/sida; <i>Peer Leadership</i> et <i>Éducation</i> (modelage par les pairs et éducation); modèle de soutien familial; programme éducatif dans les écoles axé sur la lutte contre le VIH/sida; affiches <i>SIDA 101 [AIDS 101]</i> ; Manuel pédagogique sur la lutte contre le VIH/sida à l'intention des jeunes de Première Nation.
Modèles de prestation de service	<i>Feather of Hope</i> ; <i>Street Connections</i> ; le travailleur/personne-ressource communautaire; programme <i>Living Room/Le Vivoir</i> ; des services sociaux intégrés – Conn River; Ligne d'information 1-800 SIDA; clinique de détection – Réserve de Big Cove; Réseau pour le sida <i>All Nations Hope AIDS Network</i> et le projet de Calgary <i>Calgary Urban Outreach Project</i> .
Surveillance	Programme de dépistage anonyme pour le VIH/sida et test de dépistage anténatal
Source : Lemchuk-Favel, 1999.	

Le terme ou concept de « *meilleures pratiques* » ou « *pratiques exemplaires* » n'est pas toujours appliqué en lui donnant la même signification et il peut même être modifié pour utiliser plutôt *pratiques privilégiées* (reconnues). En effet, selon le concept de « *meilleures pratiques* », on doit

avoir des éléments probants solides à l'appui d'approches aboutissant aux résultats recherchés. Les meilleures pratiques décrivent des modèles/exemples idéals et présentent des recommandations sur des pratiques, des méthodes et des procédures. Même si certains des exemples du tableau ci-dessus ou précités ont été présentés comme « meilleures pratiques », ils peuvent être en réalité de *bonnes pratiques*. Comme il n'y a pas possibilité de pousser plus loin des recherches concernant ces exemples, il est difficile de confirmer s'ils sont réellement de « meilleures pratiques ».

Défis à relever

La lutte contre le VIH/sida reste un problème d'importance majeure à résoudre et il y a un besoin constant d'information exacte, précise et d'actualité qui puisse appuyer l'application de toute meilleure pratique ou pratique reconnue. L'usage de drogues injectables continue d'augmenter comme mode de contamination ou catégorie d'exposition dominante, favorisant ainsi l'accroissement du nombre d'infections nouvelles et cumulatives à VIH. Les rapports sexuels non protégés suivent de près comme autre catégorie d'exposition importante, tandis que celle des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes entrent dans ces deux catégories de risques.

Même si du financement a été accordé aux programmes autochtones de lutte contre le VIH/sida, il demeure nécessaire de faire une utilisation efficace de ces ressources étant donné que celles-ci peuvent s'avérer insuffisantes pour répondre à la demande croissante. Tant que leurs conditions de vie ne se seront pas améliorées, les Autochtones continueront à avoir un mauvais état de santé, notamment à avoir un taux élevé d'infection à VIH/sida. Bon nombre d'Autochtones vivant avec le sida ou porteurs du VIH peuvent ne pas obtenir les nouveaux médicaments, ce qui peut accélérer la détérioration de leur santé.

Des progrès ont été faits en matière de financement, ce qui a permis de surmonter le manque de ressources, mais il reste encore beaucoup d'inquiétudes, une préoccupation grandissante en ce qui a trait à l'infection par le VIH et l'hépatite C, particulièrement dans les milieux correctionnels où un nombre disproportionné d'Autochtones sont incarcérés, ainsi que dans la communauté des utilisateurs de drogues injectables et leur famille. Il faut fournir de très grands efforts pour éloigner ou détourner les Autochtones de l'incarcération en mettant de l'avant des méthodes de justice alternative et pour envisager diverses options de libération comme des pavillons de ressourcement ou des sueries en établissement. Les délinquants mis en liberté qui retournent dans leur collectivité peuvent avoir besoin d'information et de soutien pour faire face à la possibilité d'avoir été infectés par le VIH et/ou l'hépatite C par suite de leurs comportements sexuels à risque au moment de leur incarcération.

D'autres personnes peuvent se sentir marginalisées (p.ex. les hommes ayant eu des rapports sexuels avec d'autres hommes, des utilisateurs de drogues injectables, des détenus, des travailleurs de l'industrie du sexe, etc.) au sein de leur propre communauté et elles nécessitent du soutien/des services supplémentaires de façon continue. Si des efforts accrus ne sont pas consacrés dans ces domaines problématiques, les cas d'infection à VIH vont continuer à

augmenter dans la population autochtone. De plus grands efforts doivent aussi être accordés à l'évaluation des programmes de prévention et d'information en matière de lutte contre le VIH; ces programmes devraient cibler les groupes qui, d'après leur évolution connue, ont des comportements à risque élevé.

Conclusions

Le but visé par cet exposé sommaire est de déterminer s'il y a un lien entre l'héritage des pensionnats et l'incidence du VIH/sida; de présenter la façon dont les populations autochtones sont touchées par le VIH/sida; et d'identifier et décrire des interventions, notamment des meilleures pratiques et des défis à relever. La recherche indique qu'il y a une surreprésentation évidente des Autochtones tant du côté des cas d'infection à VIH prévalents (cumulatifs) que des cas d'infection incidents (nouveaux). Pour ce qui est du sida, les nombres révèlent également une surreprésentation similaire. Même s'il y a des lacunes dans les données, certaines tendances sont marquées, comme les catégories d'exposition indiquant de quelle façon les Autochtones deviennent porteurs du VIH ou deviennent atteints du sida. Bon nombre de cas d'infection à VIH/sida sont attribuables aux rapports sexuels non protégés, qu'il s'agisse de relations homosexuelles ou hétérosexuelles, et un nombre encore plus important, à l'usage de drogues injectables.

Pour ce qui est du lien avec l'héritage des pensionnats, il y a peu d'éléments probants directs qui décrivent avec précision la portée selon laquelle les Survivants et leurs descendants sont atteints, infectés par le VIH/sida. Toutefois, il y a des indications que certains Survivants sont infectés. Comme indiqué précédemment, une étude menée par Shipp, Norton et Roussil (1999) a révélé qu'un nombre important de femmes autochtones, venant d'une famille où au moins un parent a fréquenté un pensionnat et où l'alcoolisme représentait un problème, sont devenues porteuses du VIH. Beaucoup de ces femmes autochtones séropositives à VIH ont divulgué leur histoire personnelle d'abus sexuel et certaines parmi elles ont été victimes d'agression dans une relation de violence. Cependant, l'étude a indiqué des limitations en raison de la taille de l'échantillon et elle considère son rapport sur les constatations comme exploratoire. Cette étude semble pourtant apporter les éléments probants les plus directs recensés sur les répercussions intergénérationnelles. Des recherches permettant d'obtenir de source directe des données probantes auraient facilité une meilleure connaissance et compréhension de ces problématiques et de leur portée, c.-à-d. l'importance selon laquelle elles touchent les personnes concernées.

En prenant en considération des facteurs sous-jacents et profonds comme l'incidence de la politique gouvernementale sur le fonctionnement des pensionnats, le rôle exercé par l'Église et ses enseignements, le stress ethnique, de même que d'autres conséquences négatives et spécifiques attribuables à l'abus physique et sexuel, on peut dégager un lien raisonnable entre l'héritage des pensionnats et l'incidence du VIH/sida. En effet, la politique gouvernementale était fondée sur la poursuite d'objectifs d'assimilation qui ont miné les fondements des collectivités autochtones, particulièrement les systèmes sociaux centrés sur la famille. Les effets multigénérationnels de l'assimilation, l'apparition de nouvelles maladies/affections et d'autres

facteurs ont ébranlé et affaibli les structures familiales, particulièrement en raison de l'établissement des pensionnats qui ont fonctionné pendant plus de 130 ans.

Les pensionnats n'ont pas seulement représenté un endroit où de nombreux enfants ont ressenti une grande solitude, étant séparés de leur famille et de leur collectivité. Ils se sont avérés un système bien ancré, institutionnel, qui visait essentiellement à assurer la réalisation des objectifs d'assimilation. Ces efforts ont abouti à des changements considérés négatifs par bien des Survivants et des collectivités autochtones. En effet, beaucoup d'élèves ont franchi les portes des pensionnats en ayant comme séquelles des répercussions néfastes et des pertes cumulatives transmises à travers de nombreuses générations. Dans le cas où des mauvais traitements ou des actes de violence ont été commis dans les établissements, le fardeau des élèves s'est alourdi du fait qu'ils n'avaient que très peu ou pas du tout de recours, de possibilité de questionner les personnes responsables. Les types d'actes de violence les plus destructifs connus ont été l'abus physique et sexuel. S'ajoutant à ces manifestations de violence les pertes de la langue et de la culture, il est facile de comprendre de quelle façon un trop grand nombre de personnes ont été blessées, traumatisées.

Le stress ethnique a par la suite suscité dans les collectivités autochtones des conflits et de la confusion; bon nombre d'entre elles n'avaient ni le pouvoir, la capacité, ni les ressources de répondre efficacement aux besoins des personnes ayant subi de mauvais traitements et/ou ayant été agressées sexuellement. Des problèmes sociaux comme la dépendance et la violence familiale ont étouffé, dissimulé les abus. En ayant gardé secrètes les souffrances et les peines causées par ces abus et ces pertes, le rétablissement nécessaire pour guérir des effets découlant des abus physique et sexuel commis dans les pensionnats, y compris les répercussions intergénérationnelles, est devenu une démarche encore plus exigeante. Les données sur le VIH/sida indiquent clairement l'ampleur du problème d'usage de drogues injectables comme facteur de risque chez la population autochtone, ce qui signifie que l'abus des substances psychoactives est répandu, reflétant ainsi un comportement ou un mécanisme d'adaptation néfaste largement adopté. Il ressort donc qu'on peut présumer raisonnablement l'existence d'un lien avec l'héritage des pensionnats si on considère que des survivants aux prises avec des traumatismes non résolus peuvent se trouver parmi ces utilisateurs de drogues injectables.

On doit aussi considérer l'incidence de l'abus physique ou sexuel sur la personne touchée. Il est fort plausible et possible que l'héritage des pensionnats puisse exercer une influence sur certains segments de la population autochtone, peut-être plus indirectement que directement, en ce qui a trait à l'infection à VIH/sida. C'est donc une allégation raisonnable que de considérer admis l'héritage des pensionnats comme facteur de la propagation de l'infection à VIH/sida chez la population autochtone, mais il reste à répondre à la véritable question : quelle est la portée/l'importance des effets de cet héritage? Une étude précitée portant sur les utilisateurs de drogues injectables (Grandy, 1995) a révélé que l'enfance, la vie familiale, perturbées où régnait l'abus physique, sexuel, mental et émotionnel constituaient dans le cas de ces personnes des facteurs contributifs communs. D'autres observations vont plus loin en confirmant le lien entre une enfance et une vie familiale troublées/perturbées et des comportements auto-destructeurs ultérieurs à l'âge adulte. Si ce comportement autodestructeur est l'usage de drogues injectables,

il y a alors un risque élevé d'infection à VIH. Une autre étude à laquelle on a fait référence précédemment, ciblant spécifiquement les utilisateurs de drogues injectables autochtones (CAAN:n.d.), a aussi permis de relever que les hommes et les femmes participant à l'étude avaient été victimes d'abus physique et sexuel. Enfin, les données de Santé Canada confirment l'usage de drogues injectables comme principale catégorie d'exposition chez les Autochtones en ce qui a trait à l'infection à VIH/sida.

Cette analyse permet donc d'avancer l'idée qu'un lien, même s'il est ténu, peut être établi si on considère les aspects suivants : les répercussions laissées par l'abus physique et sexuel; des risques importants associés à l'usage de drogues injectables en ce qui concerne l'infection à VIH; le fort pourcentage de l'usage de drogues injectables comme facteur contributif aux infections à VIH chez la population autochtone. Des incidences néfastes découlant des politiques d'assimilation du gouvernement ont entraîné des changements très significatifs dans les collectivités autochtones. En voici les principaux : la perte des économies traditionnelles, l'apparition de nouvelles maladies, ainsi que des personnes et des collectivités blessées, traumatisées. Ce sont les pensionnats qui ont principalement influencé les collectivités autochtones, les ont transformées. Ces traumatismes cumulatifs et ces histoires personnelles de dysfonctionnement, associés à des conditions socioéconomiques défavorables, influent sur la capacité des Autochtones à surmonter des situations extrêmement préjudiciables comme celle de l'infection à VIH/sida. C'est la situation actuelle qu'on considère déterminante en fonction de bon nombre des problématiques auxquelles les Autochtones sont confrontés. L'infection à VIH et le sida ne sont qu'une de ces nouvelles problématiques émergentes. Les efforts doivent donc continuer pour que le VIH et le sida restent des maladies évitables.

Sources consultées

Fondation autochtone de guérison (2001). Guide du programme, 3^e édition. Ottawa : Fondation autochtone de guérison.

Antone, R.A., D.L. Miller et B.A. Myers (1986). *The Power within People: A Community Organizing Perspective*. Deseronto, Ontario : Peace Tree Technologies Inc.

Atlantic First Nations AIDS Task Force (1997). *Best Practices Model on Child Sexual Abuse and HIV/AIDS*. Halifax: Atlantic First Nations AIDS Task Force.

Canadian Aboriginal AIDS Network (n.d.). *Joining The Circle: An Aboriginal Harm Reduction Model, Phase I*. Ottawa : Canadian Aboriginal AIDS Network.

Crowder, A., Clinical Consultant: R. Hawkings (1993). *Opening The Door: A Treatment Model for Therapy with Male Survivors of Sexual Abuse*. Ottawa: Centre national d'information sur la violence dans la famille, Santé et Bien-être Canada.

Elliot, L., J. Blanchard, M. Dawood, C. Beaudoin et K. Dinner (1999). *The Winnipeg Injection Drug Epidemiology (W.I.D.E) Study: A Study of the Epidemiology of Injection Drug Use and HIV Infection in Winnipeg, Manitoba*. Winnipeg, Manitoba : Manitoba Health.

Gibbons, Roger et J. Rick Ponting (1986). *Historical Overview and Background*. Dans J.R. Ponting, ed., *Arduous Journey: Canadian Indians and decolonization*. Toronto, Ontario: McClelland and Stewart Limited.

Grandy, Thom (1995). *New Occupational Hazards of Career Addicts: Mainline Intravenous Needs Assessment*. Halifax: Main Line Needle Exchange/Micmac Native Friendship Center [Principal programme d'échange de seringue/Centre d'amitié autochtone micmac].

Santé Canada (2001a). *Current Realities: Strengthening the Response, Canada's Report on HIV/AIDS*. Ottawa : Santé Canada.

Santé Canada (2001b). *Fact Sheet Guide: HIV and Sexual Violence Against Women, révisé*. Ottawa : Santé Canada.

Santé Canada (2003). *HIV/AIDS Among Aboriginal Persons in Canada: A Continuing Concern. HIV/AIDS Epi Update*. Centre for Infectious Disease Prevention and Control. Ottawa : Santé Canada. Recherché le 2 juin 2003 à : http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/epiu-aepi/hiv-vih/aborig_e.html

Lemchuk-Favel, Laurel (1999). Making a Difference, Report of the Federal/Provincial/Territorial Working Group on Aboriginal Peoples and HIV/AIDS. Ottawa : Fav Com.

Middleton-Moz, J. (n.d). Double Stigma. Réimprimé, réédité en un ouvrage/source de documentation intitulé « From Nightmare to Vision: A Training Manual for Native American Adult Children of Alcoholics. » Seattle : National Association for Native American Children of Alcoholics.

Myers, T., L.M. Calzavara, R. Cockerill, V.W. Marshall et S.L. Bullock (1993). Ontario First Nations AIDS and Healthy Lifestyle Survey. Ontario.

Ponting, J.R. (ed.) (1989). Arduous Journey: Canadian Indians and Decolonization. Toronto, Ontario : McLelland and Stewart.

Schneider D., R. Hanvelt, T. Copley et N. Meagher (1999). The First Nations Communities Health Resources Project. Colombie-Britannique : University of British Columbia et l'Assemblée des Premières Nations.

Scott, K. A. (2002). Mise à jour de l'évaluation de la FADG. Résultats extrapolés de l'enquête sur le processus d'évaluation national [National Process Evaluation Survey], février 2001. Kishk Anaquot Health Research. Ottawa : Fondation autochtone de guérison.

Shipp S.J., L. Norton et A. Roussil (1999). It's Hard being A Woman with HIV: Aboriginal Women and HIV/AIDS, rapport de recherche final. Kahnawake, Québec: National Indian and Inuit Community Health Representatives Organization [Organisation nationale des représentants de santé communautaire indiens et inuits].