



POUR UNE
APPROCHE DE BONNES PRATIQUES



À L'INTENTION DES ORGANISMES
AUTOCHTONES CANADIENS :

INTÉGRATION DE L'ÉDUCATION
SUR LA PRÉVENTION DES ITS
DANS LES PROGRAMMES DE
TRAITEMENT DE LA TOXICOMANIE
ET DU VIH/SIDA



POUR UNE
APPROCHE DE BONNES PRATIQUES



À L'INTENTION DES ORGANISMES
AUTOCHTONES CANADIENS :

INTÉGRATION DE L'ÉDUCATION
SUR LA PRÉVENTION DES ITS
DANS LES PROGRAMMES DE
TRAITEMENT DE LA TOXICOMANIE
ET DU VIH/SIDA

RÉSEAU CANADIEN AUTOCHTONE DU SIDA

Aperçu du Réseau canadien autochtone du sida (RCAS)

- Le RCAS est un organisme national sans but lucratif créé en 1997.
- Le RCAS représente plus de 160 organismes et personnes membres.
- Le RCAS sert de tribune nationale pour permettre aux membres d'exprimer leurs besoins et leurs préoccupations.
- Le RCAS fournit des renseignements pertinents, exacts et à jour sur les sujets qui touchent les personnes autochtones touchées et affectées par le VIH/sida (PAVIH/sida) au Canada.
- Le RCAS est dirigé par un conseil d'administration composé de douze membres et est géré par un comité exécutif de quatre membres.

ÉNONCÉ DE MISSION

La mission du Réseau canadien autochtone du sida consiste à assurer un leadership, à fournir du soutien et à défendre les droits des Autochtones vivant avec le VIH/sida et qui sont touchés par ce virus, sans égard à l'endroit où ils habitent.

REMERCIEMENTS

Nous devons le succès de ce projet au temps, à l'expertise et à la sagesse des représentants des organismes autochtones de services liés à la toxicomanie et au VIH/sida qui constituaient le groupe de discussion. Merci à Margaret Akan, Kevin Armstrong, Tracey Booth, Gisline Chaussé, Sharon Clarke, Richard J. Etienne, Monique Fong, Robert Friday, Richard Jenkins, George McBeth, Emmy Mitchell, Theresa Sharrow, et Louise Tanguay. Nous tenons à exprimer toute notre gratitude à notre grand-mère Mimi Bélanger et à l'aîné Cliff Thomas. Tous nos remerciements également à Sara Kemp et Tracey Prentice pour leur diligence à titre de preneurs de notes au cours du séminaire du groupe de discussion du RCAS.

Le financement du Réseau canadien autochtone du sida est assuré par Santé Canada, dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida. Les opinions exprimées dans le présent document sont uniquement celles de ses auteurs et ne représentent pas nécessairement la position officielle de Santé Canada.

Coordination du projet et communication par

Mike Patterson
Gwen Reimer

2004
RÉSEAU CANADIEN AUTOCHTONE DU SIDA (RCAS)
602 - 251, rue Bank
Ottawa (Ontario)
K2P 1X3

TABLE DES MATIÈRES

1. RÉSUMÉ	1
2. DOCUMENTATION PRÉLIMINAIRE : PROJET DU RCAS SUR UN « MODÈLE DE PRATIQUES EXEMPLAIRES »	2
3. UNE « APPROCHE DE BONNES PRATIQUES »	3
3.1 Objections au « modèle de pratiques exemplaires »	3
3.2 Solution de rechange du groupe de discussion du RCAS : une approche « de bonnes pratiques »	5
4. UN « CYCLE D'INNOVATION » EN FAVEUR DE L'AUTO-DÉTERMINATION	6
5. PRINCIPES D'UNE « APPROCHE DE BONNES PRATIQUES »	8
Principe 1 – Approches communautaires	8
Principe 2 – Soins, traitement et soutien holistiques	9
Principe 3 – Sensibilisation communautaire	12
Principe 4 – Éducation et counselling auprès des groupes à risque élevé	13
Principe 5 - Dépistage des ITS comme outil de prévention du VIH	14
Principe 6 - Réduction des préjudices liés à la toxicomanie	15
Principe 7 – Une saine sexualité	17
Principe 8 – Durabilité du financement, des ressources et de la défense des droits	18
6. RECOMMANDATIONS À L'ÉGARD D'UNE « APPROCHE DE BONNES PRATIQUES »	20
7. CONCLUSION	22
Figure 1: Objectifs de bonne pratique : un cycle d'innovation	7
Annexe A : Bibliographie annotée des sources citées	23
Annexe B : Liste des organismes autochtones de services liés au VIH/sida et au traitement de la toxicomanie participants	33



1. RÉSUMÉ

Le Réseau canadien autochtone du sida (RCAS) a jugé qu'il était nécessaire d'examiner de près les liens entre les toxicomanies, les infections transmissibles sexuellement et le VIH/sida au sein de la population autochtone dans le document intitulé Renforcement des liens - *Renforcement des communautés : Une Stratégie autochtone canadienne sur le VIH/sida à l'intention des Premières Nations, des Inuits et des Métis* (2003). Le RCAS met en évidence le problème des toxicomanies - notamment l'alcool, l'usage de drogues par injection (UDI) et la consommation d'autres drogues - qui entraîne des comportements à risques élevés liés aux ITS, au VIH et à l'hépatite C. Diverses expériences personnelles peuvent accroître les risques qu'une personne autochtone se mette à consommer de l'alcool ou des drogues, notamment grandir dans un foyer où règne la violence, l'agression sexuelle, la pauvreté et la perte d'êtres chers à la suite d'un suicide ou d'une mort violente. À la source même de ces histoires personnelles se trouve l'histoire commune que partagent les sociétés autochtones au Canada, notamment la perte de leur culture, les sévices subis dans les pensionnats, des économies sous-développées, le chômage ainsi que la discrimination et le racisme.

Le présent projet se veut une première étape dans l'étude du lien qui existe entre les toxicomanies, les ITS et le VIH/sida au sein de la communauté autochtone canadienne. Ce projet a pour but de fournir un cadre de travail sur lequel baser un « modèle de pratiques exemplaires » pour l'intégration de la prévention et des traitements des infections transmissibles sexuellement dans les programmes et services liés aux toxicomanies et au VIH/sida à l'intention des communautés autochtones au Canada. Il s'agit de l'un des sept projets financés dans le cadre de la Stratégie sur le VIH/sida de Santé Canada afin de promouvoir le développement communautaire dans le secteur des « Modèles de pratiques exemplaires pour l'intégration de la prévention, des soins et des traitements en matière de VIH » (Santé Canada 2003).

Ce rapport est, en partie, le résultat d'une recherche et d'une analyse de la documentation, notamment des rapports et des manuels produits par des organismes autochtones canadiens. Plus important encore, ce rapport fait état des opinions et des idées de représentants d'organismes autochtones de services liés aux toxicomanies et au VIH/sida. Quinze représentants ont assisté à un séminaire de discussion d'une fin de semaine au Centre d'amitié autochtone Odawa (Ottawa) en décembre 2003. Ces travailleurs de première ligne en toxicomanie et en VIH/sida ont immédiatement pris en charge le projet de « modèle de pratiques exemplaires », en le façonnant en une « approche

de bonnes pratiques » qui reflète mieux leurs perspectives autochtones sur l'unicité culturelle et communautaire et la souplesse requise au plan de la conception du programme.

L'ampleur de ce projet justifie que l'on prenne des « mesures initiales » en vue de l'élaboration d'une « approche de bonnes pratiques » appropriée aux organismes autochtones de services liés aux toxicomanies et au VIH/sida au Canada. Le présent rapport ne se veut pas un guide exhaustif pour l'intégration de la prévention et du traitement des ITS dans les programmes existants. Il jette plutôt la base d'un futur programme intégré qui présentera une approche de base et huit principes de pratique tels que promus par les organismes autochtones qui ont participé au projet. Ces huit principes de « bonne pratique » sont :

Principe 1. Approches communautaires

Principe 2. Soins, traitement et soutien holistiques

Principe 3. Sensibilisation communautaire

Principe 4. Éducation et counselling auprès des groupes à risque élevé

Principe 5. Dépistage des ITS comme outil de prévention du VIH

Principe 6. Réduction des préjudices liés à la toxicomanie

Principe 7. Sexualité saine

Principe 8. Durabilité du financement, des ressources et de la défense des droits

Voilà les principes généraux qui guideront le RCAS dans l'élaboration d'une « approche de bonnes pratiques » pour l'intégration de l'éducation sur la prévention des ITS dans les programmes liés aux toxicomanies et au VIH/sida à l'intention des communautés autochtones au Canada.

Le présent projet se veut une première étape dans l'étude du lien qui existe entre les toxicomanies, les ITS et le VIH/sida au sein de la communauté autochtone canadienne.

2. DOCUMENTATION PRÉLIMINAIRE : PROJET DU RCAS SUR UN « MODÈLE DE PRATIQUES EXEMPLAIRES »

Le RCAS a abordé ce projet de « modèle de pratiques exemplaires » au moyen de recherches auprès de deux principales sources d'information :

- 1) Une analyse de la documentation, des rapports et des programmes qui visent l'intégration de la prévention et du traitement des ITS dans les soins, le soutien et les services liés aux toxicomanies et au VIH/sida. Une bibliographie annotée préliminaire a été effectuée en septembre 2003.
- 2) Des séances de groupes de discussion avec des représentants d'organismes autochtones canadiens engagés dans les soins et le traitement du VIH/sida et des toxicomanies (nommé ci-après « groupe de discussion du RCAS »). Des groupes de discussion ont eu lieu les 6 et 7 décembre 2003 au Centre d'amitié autochtone Odawa, à Ottawa. Un résumé des séances des groupes de discussion et un bref rapport sur « un cadre provisoire » d'une approche des pratiques exemplaires ont été distribués à tous les participants en janvier 2004. Les commentaires du groupe de discussion du RCAS sur ces rapports ont été sollicités par voie de téléconférence et de courriel et sont intégrés dans le présent rapport.¹

L'analyse de la documentation et des programmes a été menée auprès des sources suivantes :

- Manuels et rapports produits par des organismes autochtones de services liés aux toxicomanies et au VIH/sida;
- Rapports sur le VIH/sida rédigés par des agences gouvernementales (p. ex., Santé Canada);
- Analyse de la documentation générale (ouvrages imprimés, revues, etc.);
- Sources Internet telles que les sites Web des organismes autochtones, sources gouvernementales en ligne (p. ex., Santé Canada), bases de données universitaires en ligne, etc.

La recherche s'est principalement limitée à des documents récents (les trois dernières années environ), afin de mettre l'accent sur les concepts et les pratiques de pointe. Vous

trouvez à l'Annexe C une bibliographie annotée des références pertinentes recueillies au cours de la recherche et de l'analyse de la documentation et citées dans le présent rapport.

La documentation universitaire renferme peu d'information qui soit directement reliée aux objectifs du projet. Peu de publications générales sur le VIH/sida font état de l'expérience des peuples autochtones au Canada ou ailleurs, bien que l'on retrouve des thèmes récurrents de « pratiques exemplaires » dans la documentation qui traite des questions autochtones, en ce qui touche la prévention et le traitement des ITS et du VIH/sida. Toutefois, les rapports et les manuels des organismes autochtones canadiens offrent une documentation pertinente sur la plupart des sujets abordés par le groupe de discussion du RCAS.

Toutefois, les rapports et les manuels des organismes autochtones canadiens offrent une documentation pertinente sur la plupart des sujets abordés par le groupe de discussion du RCAS.

Quinze participants représentaient treize organismes autochtones de services liés aux toxicomanies et au VIH/sida (énumérés à l'Annexe B). Les thèmes de « pratiques exemplaires » identifiés dans l'analyse de la documentation ont servi de point de départ aux séances du groupe de discussion du RCAS. L'approche du groupe consistait à préciser ces thèmes sous forme de principes qui s'appliquaient à des types spécifiques de pratiques appropriées à l'intégration aux programmes de lutte contre les toxicomanies, les ITS et le VIH/sida dans les communautés autochtones au Canada. Ces principes ont été priorisés, élargis et réinterprétés sous la forme d'une « approche de bonnes pratiques » au cours des différentes sessions.

¹Les citations qui figurent dans le rapport sont extraites des notes prises au cours des séances du groupe de discussion du RCAS et de consultations ultérieures par courriel et téléconférence.

3. UNE APPROCHE DE « BONNES PRATIQUES »

Le groupe de discussion du RCAS a rejeté le concept d'un « modèle de pratiques exemplaires », alléguant que l'approche « en série » sous-entendue par un tel modèle était inappropriée aux programmes mis en place dans les milieux culturels et situationnels qui caractérisent les communautés autochtones. Les participants ont plutôt recommandé ce que l'on appelle une « approche de bonnes pratiques ». Vous trouverez ci-dessous une description de ce modèle qui donne suite aux objections des participants à l'endroit de la notion de « modèle de pratiques exemplaires ». Voici la raison d'être d'une telle approche.

3.1 Objections au « modèle de pratiques exemplaires »

On entend par « modèle de pratiques exemplaires » une approche idéale, mais tout de même pratique, dans le cadre de laquelle les données probantes démontrent que certaines façons de faire permettent d'atteindre les résultats souhaités. Il s'agit en fait du modèle qui fonctionne le mieux, selon l'expérience. Pour les fins du présent projet, Santé Canada définit ainsi le « modèle de pratiques exemplaires » :

Un modèle de pratiques exemplaires est une initiative ciblée, durable et fondée sur des données probantes dont la conception, l'élaboration, la mise en oeuvre, les résultats et l'expérience sont bien documentés et suffisamment détaillés pour que l'on puisse évaluer l'efficacité du projet et l'adapter en vue de sa mise en oeuvre dans d'autres emplacements. (Santé Canada 2003)

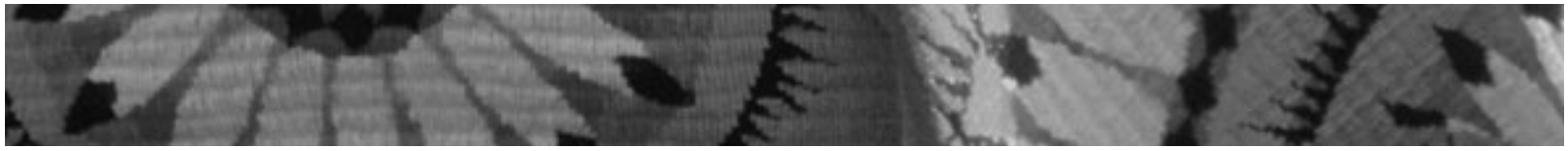
Ciblée : Qui vise les peuples autochtones que les actions exposent à des risques accrus de contracter ou de transmettre le VIH. Qui vise à réduire les risques et à maintenir ou à améliorer la santé par la modification des comportements à risque.

Durable : Initiatives permanentes, cohérentes et abordables qui rejoignent un nombre considérable de personnes autochtones à risque. Les interventions doivent être suffisamment vigoureuses pour motiver les gens à modifier leur comportement à risque.

Fondée sur des données probantes : Information (données) fiable(s) provenant d'une variété de sources qui démontrent quelles pratiques sont efficaces. Dans le cadre du présent projet, les « données probantes » incluent une analyse de la documentation et des programmes, des séances du groupe de discussion et une analyse de suivi par les coordonnateurs et les participants au groupe de discussion.

Le groupe de discussion du RCAS n'est pas convaincu que le concept du « mod

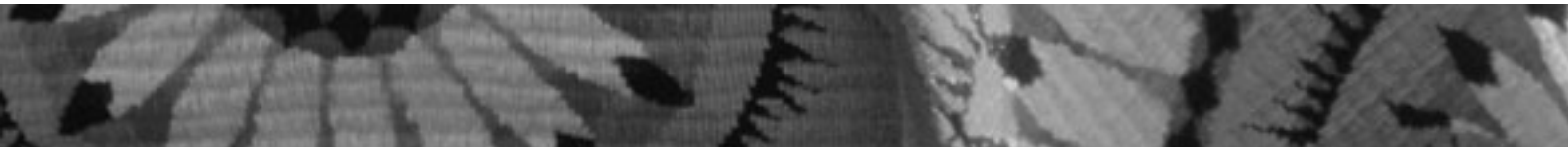
On entend par « modèle de pratiques exemplaires » une approche idéale, mais tout de même pratique, dans le cadre de laquelle les données probantes démontrent que certaines façons de faire permettent d'atteindre les résultats souhaités.



POUR UNE

APPROCHE DE BONNES PRATIQUES





Une approche de bonnes pratiques peut être le moyen de définir un objectif et de progresser d'un objectif à un autre, afin de s'assurer que l'éducation sur la prévention des ITS est intégrée de façon efficace dans les programmes sur les toxicomanies et le VIH/sida.



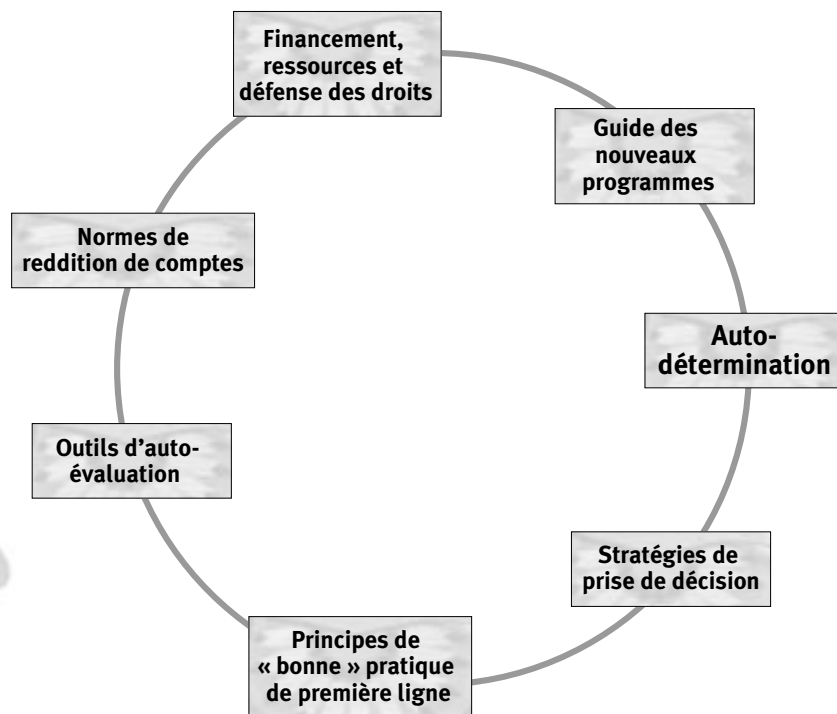
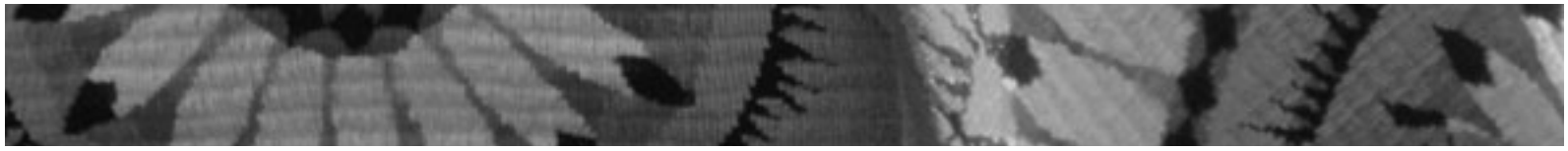


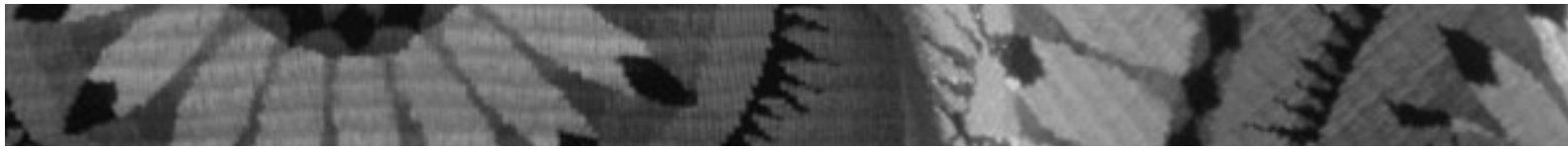
Figure 1
Objectifs de bonnes pratiques : un cycle d'innovation



POUR UNE

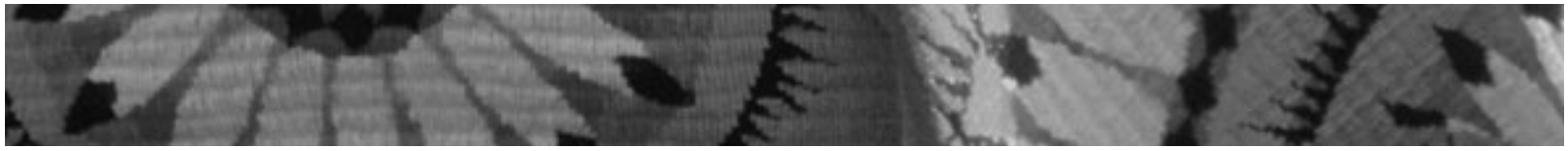
APPROCHE DE BONNES PRATIQUES







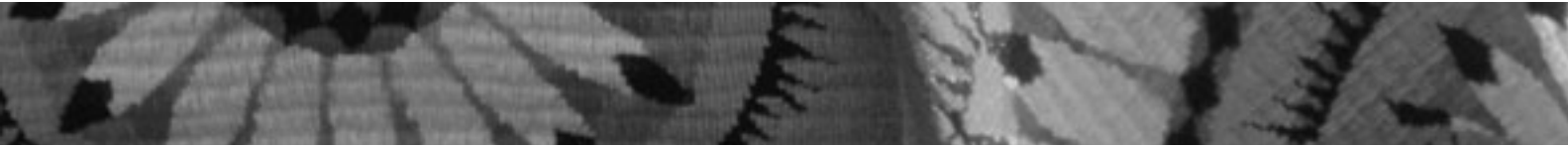
Le VIH/sida fait l'objet de stigmatisation - les bailleurs de fonds au sein des communautés, chez les personnes elles-mêmes. Dans un centre de traitement, il n'est pas indiqué de s'auto-identifier comme personne gaie, mais alors comment dire que vous êtes séropositif? [C'est risqué] à cause de la stigmatisation associée aux comportements [homosexuels].



POUR UNE

APPROCHE DE BONNES PRATIQUES



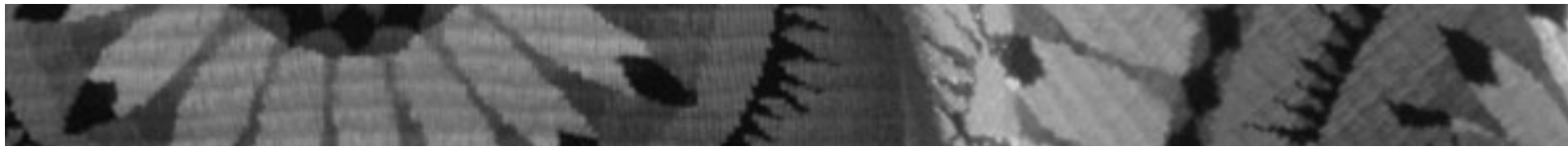


Le counselling et l'éducation par les pairs en matière d'ITS et de VIH/sida chez les groupes à risque élevé sont plutôt bien documentés

POUR UNE

APPROCHE DE BONNES PRATIQUES





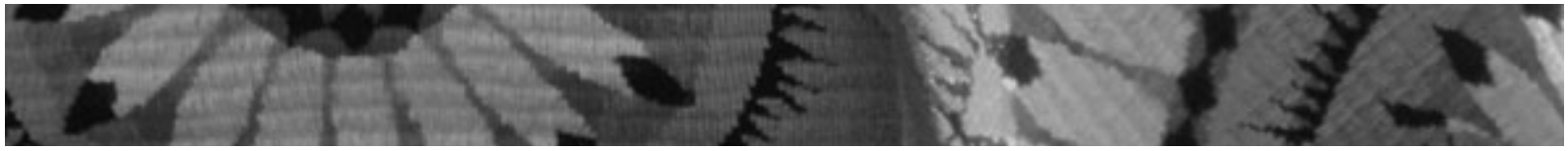
² On achève actuellement la phase II de « Rejoindre le cercle ». Celle-ci met l'accent sur les façons dont les communautés autochtones utilisent la réduction des préjudices pour créer une politique autochtone de réduction des préjudices. L'information sur la réduction des préjudices dans les communautés autochtones est documentée dans un guide communautaire (voir RCAS 2004a).



POUR UNE

APPROCHE DE BONNES PRATIQUES

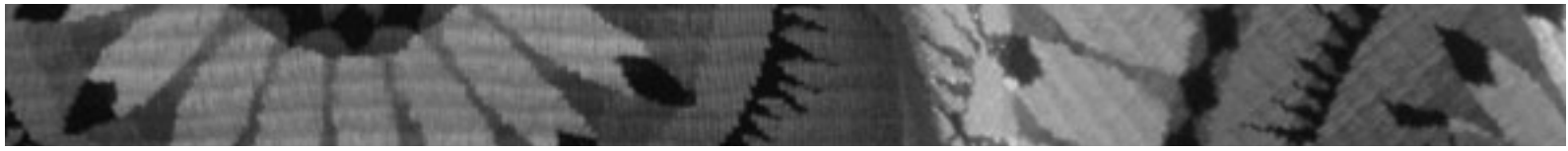




POUR UNE

APPROCHE DE BONNES PRATIQUES

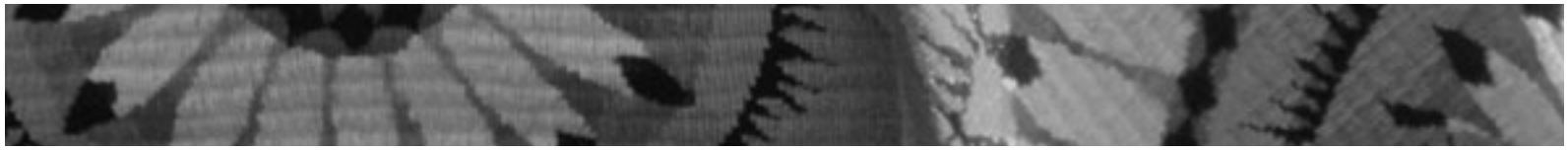




POUR UNE

APPROCHE DE BONNES PRATIQUES





ANNEXE A : BIBLIOGRAPHIE ANNOTÉE DES SOURCES CITÉES

Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada

2002 *Finding Our Way: A Sexual and Reproductive Health Sourcebook for Aboriginal Communities..* [disponible en anglais seulement] Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada et Fédération de planning des naissances du Canada : Ottawa. (URL : <http://www.anac.on.ca/>)

Voilà une ressource d'envergure qui s'inspire de l'histoire et des modèles holistiques autochtones pour expliquer la sexualité aux personnes de toutes origines et de tous les groupes d'âge. On y trouve des sections sur les personnes bispirituelles et la prévention du VIH, basées sur un modèle de réduction des préjugés. Cet ouvrage renferme également des sections sur la planification communautaire de l'éducation et de la réduction des préjugés. Il contient aussi beaucoup d'information sur l'incidence du sida chez les peuples autochtones. Par exemple, on y identifie plusieurs situations et facteurs associés aux risques accrus d'ITS dans les communautés autochtones : 1) une plus grande mobilité, particulièrement chez les jeunes Autochtones et les jeunes adultes, entre les réserves et les communautés urbaines, qui conduit à un plus grand nombre de partenaires sexuels vivant dans des lieux différents; 2) les expériences vécues dans les pensionnats, l'agression sexuelle et la violence sexuelle dans nos communautés, qui entraînent une faible estime de soi et une consommation d'alcool et leurs effets négatifs sur la prise de décision sexuelle; 3) la rupture de la famille et le stress au niveau des relations; les expériences négatives de la sexualité rendent difficile la prise de décisions sur une sexualité saine; 4) un piètre accès aux services de santé; 5) la perte de la surveillance et du soutien des parents; 6) la pauvreté, à cause de laquelle il est difficile de rester en santé et de résister à l'infection, d'acheter des condoms et de se rendre dans des cliniques de santé sexuelle; 7) un manque de connaissances sur les pratiques sexuelles à risques réduits et le risque d'infections transmissibles sexuellement; 8) l'utilisation de drogues par injection; 9) la contraction d'infections transmissibles sexuellement en prison et leur propagation dans la communauté.

Ah Chee, Donna

1997 *Good Practice Means Self-Determination. A Case Study from Central Australia.* Document présenté par le directeur de l'Institute for Aboriginal Development (Alice Springs) à l'ANTA's ATSIPTAC Network Exchange, Canberra, le 25 août 1997. (URL : www.koori.usyd.edu.au/fiaep/atseptac.html)

Ce document allègue que les « bonnes pratiques » débutent par le principe fondamental de l'autodétermination autochtone. Visant la réalisation

politique et culturelle autochtone, Ah Chee prétend que les bonnes pratiques sanitaires sont celles que les communautés autochtones choisissent et contrôlent. Elle conclut que les « bonnes pratiques » sont celles qui confèrent « le droit à la santé » aux peuples des Premières Nations.

AIDS Coalition of Nova Scotia

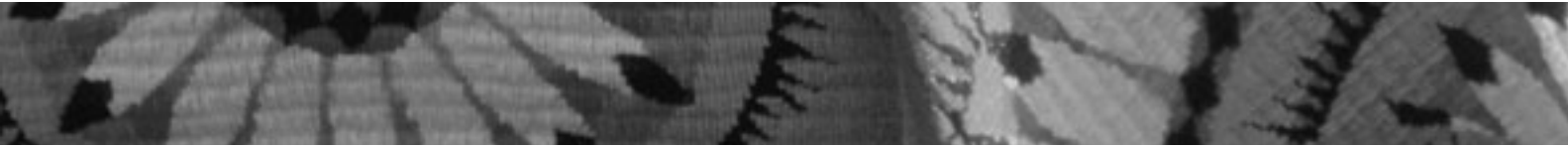
1998 *Gay Men and Alcohol Project: boys just wanna have fun.* Halifax.

Une étude qui va au-delà des risques associés aux liens entre la consommation d'alcool et le comportement sexuel à risque, afin d'examiner ce qui motive les hommes gais et bisexuels à se tourner vers la consommation d'alcool ou ce que l'alcool représente dans leur vie. Le projet vise à élaborer et à évaluer des stratégies de prévention du VIH qui traitent du lien entre la consommation d'alcool et les risques auxquels s'exposent les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes. On a ainsi constaté qu'il existait peu de services spécifiques pour les hommes gais et bisexuels qui voulaient de l'aide en rapport avec leur consommation d'alcool. Au nombre des recommandations axées sur les intervenants en toxicomanie, on compte : 1) la recherche communautaire par l'intermédiaire d'agences liées aux toxicomanies, afin d'identifier les facteurs sociaux qui influencent la consommation d'alcool et qui mènent à des comportements à risque élevé; 2) l'établissement de partenariats entre les fournisseurs de soins de santé et les intervenants en toxicomanie qui aideront les hommes gais et bisexuels à avoir accès aux services nécessaires, etc.

Alberta Two Spirit Working Group and Nechi Institute

2003 *Two Spirits in Motion, 1st Canadian Forum on Two Spirit Peoples, HIV/AIDS and Health.* Alberta Two Spirit Working Group et Nechi Training, Research and Health Promotions Institute.

On a tenu des groupes de travail auprès de 82 personnes dans toutes les régions du Canada. Les solutions formulées au cours de l'atelier incluaient une formation sur l'éducation et la sensibilisation à l'intention du personnel des services correctionnels, des intervenants en justice, des agents de probation et du personnel des pavillons de ressourcement et des Aînés en établissements correctionnels; la réduction des préjugés au moyen de la décriminalisation des relations sexuelles en établissements et l'accessibilité à une formation sur la réduction des préjugés; une formation psychosociale accrue sur les personnes bispirituelles dans le cadre des programmes de traitement de la toxicomanie, à l'intention des parents, des chefs et des conseils, etc.; l'éducation de la société en général sur l'homophobie et les toxicomanies; une recherche accrue sur les personnes bispirituelles, d'un point de vue historique et interculturel; un recours accru aux personnes bispirituelles lors des cérémonies traditionnelles et de décolonisation (ex. problèmes liés



aux pensionnats); la formation d'un organisme bispirituel national.

Atlantic First Nations AIDS Network (AFNAN)

1997 *Best Practices Model on Child Sexual Abuse and HIV/AIDS*. Halifax.

L'un des quelques rapports à traiter directement des « modèles de pratiques exemplaires » et du VIH/sida chez les Autochtones. Le modèle a été élaboré par l'AFNAN en réaction aux cas où, à titre de seul organisme de services liés au VIH/sida dans la région de l'Atlantique, le personnel était tenu d'intervenir dans des situations de crise associées à une agression sexuelle sur un enfant et au VIH/sida. Incapable de trouver un guide pour l'aider à traiter de ce type de crise, l'AFNAN a décidé de documenter l'information qu'il avait recueillie et ce qu'il avait appris à la suite d'expériences sur cette question. Le rapport souligne l'importance de documenter et de partager l'information entre les OLS, dans le but de s'entraider à affronter une diversité de situations reliées au VIH/sida.

Armstrong, Todd (Pauktuutit – Inuit Women's Association of Canada)

2000 *Celebrating Community Knowledge: Encouraging Involvement, Achieving Ownership and Building Confidence Through Comprehensive Community Consultation*. *Native Social Work Journal* (Special Edition – HIV/AIDS: Issues Within Aboriginal Populations) 3(1): 107-118.

On a rarement fait état de la nature distincte de la culture, des traditions et des croyances inuites dans les documents éducatifs sur le VIH/sida élaborés à l'intention des Autochtones. À cause de l'insuffisance des documents éducatifs spécifiques aux Inuits, ces derniers ignoraient et même niaient qu'ils étaient exposés aux risques du VIH/sida. On considérait qu'il s'agissait d'une maladie qui touchait l'homme blanc (homosexuel) du Sud, plutôt que d'une maladie liée aux MTS et aux relations hétérosexuelles qui pouvaient également affecter le Nord. Pauktuutit a donc élaboré, en 1998, du matériel de prévention sur le VIH/sida à l'intention des communautés inuites. On ne peut surestimer l'importance d'une vaste consultation communautaire au plan de l'élaboration de matériel éducatif. Le projet a été facilité par Pauktuutit, mais il a été axé sur la communauté. Le but visé consistait à élargir la portée d'une information compréhensible, pertinente et accessible sur la prévention, le traitement et les soins liés au VIH/sida pour les communautés inuites. On a donc identifié plusieurs pratiques exemplaires : 1) une vaste représentation communautaire et une consultation significative de la communauté (« Un seul Inuk ne peut représenter de façon adéquate les besoins de tous les Inuits... »); 2) la représentation doit, non seulement, être culturelle, mais tenir

également compte du sexe, de l'âge, de la différence régionale et de l'expérience de vie, et assurer un équilibre entre la vie moderne et la vie traditionnelle.

Barlow, J. Kevin

2003 *Examining HIV/AIDS among the Aboriginal Population in Canada in the Post-Residential Schools Era*. (URL: www.ahf.ca/english/index.shtml)

Cet article traite des « pratiques exemplaires » relatives au VIH/sida qui portent sur le lien entre le legs des sévices subis dans les pensionnats et les mécanismes d'adaptation négatifs, tels que les compulsions sexuelles et les toxicomanies qui accroissent le risque d'ITS et d'infection à VIH. Les enfants des survivants des pensionnats qui ont grandi dans un milieu où régnaient l'alcoolisme, l'agression physique, psychologique et sexuelle risquent d'être prédisposés aux toxicomanies (notamment à l'utilisation de drogues par injection) et exposés à des risques accrus d'ITS et de VIH. Des exemples de projets et de programmes « de pratiques exemplaires » sont présentés par les organismes autochtones qui ont atteint les résultats souhaités dans une variété de secteurs de soins, de traitement et de soutien liés au VIH/sida, y compris la réduction des préjugés, les interventions, l'éducation sur la prévention, etc.

Bedima, A.L. avec S.D. Pinkerton, D. Cohen, B. Gray et T. Farley

2002 *Condom Distribution: A Cost-Utility Analysis*. *International Journal of STD & AIDS* 13/6: 384-392.

Dans le cadre de cette étude, on a effectué une analyse coût-utilité d'une campagne de marketing social dans le cadre de laquelle plus de 33 millions de condoms ont été distribués sans frais pendant trois ans dans toute la Louisiane, à un coût de 3 millions \$. Des sondages menés auprès de 275 000 Africains-Américains ont révélé une hausse de 30 % du port du condom. Le rapport estime qu'il a ainsi été possible de prévenir 170 infections à VIH et d'économiser 33 millions \$ en coûts médicaux. L'étude a également révélé qu'une hausse du port du condom, ne serait-ce que de 2,7 %, générerait tout de même des économies. La distribution de condoms est une intervention de prévention du VIH à l'échelle communautaire qui a la possibilité de rejoindre de larges segments de la population en général, et de prévenir un nombre considérable d'infections à VIH et de coûts médicaux connexes. Il est facile d'adapter ce genre d'intervention à de plus grandes populations ou à de plus petites (Autochtones, réserves). Les avantages financiers et sanitaires d'un marketing social du condom en font une composante de routine des services de prévention du VIH à l'échelle nationale.

British Columbia (BC) Aboriginal HIV/AIDS Task Force
1999 *The Red Road: Pathways to Wholeness*. (Nadine Caplette et Alex Archie, coprésidents)

Stratégie autochtone sur le VIH et le sida en C.-B. Les recommandations incluent, entre autres : 1) la mise en place de communautés saines en ciblant les causes sous-jacentes du comportement à risque élevé pour le VIH telles que des compétences parentales déficientes, la consommation d'alcool et de drogues, l'agression psychologique, physique et sexuelle et la violence historique, notamment le système des pensionnats; 2) l'élargissement des services de traitement et de prévention des ITS accessibles aux communautés rurales, éloignées et dans les réserves; 3) la coordination des services de santé liés au VIH, aux MTS et à la tuberculose et une éducation communautaire sur leurs liens; 4) la prévention de la transmission du VIH au moyen de programmes de réduction des préjudices tels que les programmes d'échange et d'élimination des seringues et le traitement à la méthadone; 5) l'obtention d'un financement des services autochtones liés au VIH/sida au moyen de l'élaboration de modalités plus précises et de l'établissement de liens plus efficaces entre les organismes de financement et les fournisseurs de services indépendants, par la promotion des sources de financement disponibles pour les services liés au VIH/sida et un soutien en matière d'élaboration de proposition.

Cameron Wolf and K. C. Bond

2002 Exploring Similarity Between Peer Educators and Their Contacts and AIDS-protective Behaviours in Reproductive Health Programmes for Adolescents and Young Adults in Ghana. *AIDS CARE* 14/3: 361-373.

Cette étude qui a porté sur 106 conseillers auprès des pairs et sur 526 de leurs contacts a révélé que les éducateurs auprès des pairs avaient tendance à enseigner aux personnes qui leur ressemblent le plus (53 % à des personnes ayant deux années de différence, 59 % à des personnes de même sexe, 70 % à des personnes de même appartenance ethnique, et 65 % à des personnes de même niveau scolaire). L'étude a aussi démontré que les éducateurs auprès des pairs « qui ressemblent beaucoup à leurs contacts avaient le plus tendance à susciter des comportements à risques réduits chez ces derniers ».

Réseau canadien autochtone du sida (RCAS)

1998 *Rejoindre le cercle : un modèle de réduction du préjudice autochtone, un guide en vue de l'élaboration d'un programme de réduction des préjudices dans votre communauté, Phase I.* Ottawa : RCAS.

La phase I a traité du profil social et économique des utilisateurs autochtones de drogues par injection au Canada. Le RCAS a constaté l'insuffisance de programmes spécifiques pour les Autochtones et vise à améliorer les services offerts à ce segment de la population. Les statistiques révèlent que les Autochtones comptent parmi les groupes qui connaissent la plus forte croissance de nouveaux cas de séropositivité et que

l'utilisation de drogues par injection est le mode de transmission le plus courant de l'infection à VIH chez les femmes. Le RCAS insiste sur le fait que l'approche de la réduction des préjudices doit être une méthode pragmatique et dénuée de tout jugement de valeur pour traiter l'infection à VIH associée à l'utilisation de drogues par injection et qu'elle doit viser à aborder la question de la transmission plutôt que de mettre l'accent sur l'utilisation des drogues qui, dans certains cas, est inévitable (pour la phase II, voir RCAS 2004a).

2003 *Renforcement des liens – Renforcement des communautés: Une Stratégie autochtone sur le VIH/sida au Canada à l'intention des Premières Nations, des Inuits et des Métis.* Ottawa : RCAS.

Il s'agit de la plus récente stratégie à grande échelle du RCAS en réaction à l'incidence du VIH/sida au sein de la population inuite, métis et des Premières Nations (inscrits et non inscrits, dans les réserves ou hors réserve) au Canada. La stratégie décrit les principaux problèmes ainsi que neuf secteurs stratégiques pouvant assurer une gamme de programmes et de services spécifiques aux personnes autochtones vivant avec le VIH/sida ou touchées par cette maladie. Le chapitre 6, intitulé « Groupes variés, divers besoins » traite de la toxicomanie, notamment de l'utilisation des drogues injectables (UDI) et de la consommation d'alcool et d'autres drogues qui mènent à des comportements à risque élevé pour la transmission des ITS, du VIH et de l'hépatite C. Il reste qu'un grand nombre de centres autochtones de traitement de la toxicomanie se servent de modèles basés sur l'abstinence et ne sont pas prêts à aborder l'utilisation des drogues injectables. L'un des neuf secteurs stratégiques « Soutien de vastes approches de réduction des préjudices » visait à définir de façon plus précise la réduction des préjudices, afin que l'on puisse consacrer plus d'efforts pour déterminer dans quelle mesure la toxicomanie ou la consommation d'alcool et d'autres drogues est liée au VIH/sida et y faire face. Les philosophies fondées sur la réduction des préjudices et l'abstinence ne sont pas contradictoires – elles appuient plutôt le but commun « d'absence de préjudice », tout en utilisant différents moyens pour atteindre cet objectif. Si l'absence de préjudice (l'abstinence) n'est pas possible, il faut offrir et soutenir d'autres moyens de réduire les préjudices. Des expériences personnelles peuvent accroître les risques qu'une personne autochtone se mette à consommer de l'alcool ou des drogues, notamment grandir dans un foyer où règne la violence, l'agression sexuelle, la pauvreté et la perte d'être chers à la suite d'un suicide ou d'une mort violente. À la source même de ces histoires personnelles se trouve l'histoire commune que partagent les sociétés autochtones au Canada, notamment la perte de leur culture, les sévices subis dans les pensionnats, des économies sous-développées, le chômage ainsi que la discrimination et le racisme.

2004a *Rejoindre le cercle : un modèle de réduction du préjudice autochtone, un guide en vue de l'élaboration d'un programme de réduction des préjudices dans votre communauté, Phase II.*[Ébauche] Ottawa : RCAS.

Ce guide de la Phase II est le résultat des recherches qui ont suivi la publication du rapport de la Phase I (1998). Il présente une approche progressive à l'élaboration de programmes et met en évidence des moyens efficaces dont les communautés autochtones peuvent se servir pour créer une politique autochtone de réduction des préjudices. Cette information sur la réduction des préjudices dans les communautés autochtones est documentée dans un guide à usage communautaire.

2004b *Analyse de l'environnement sur la recherche communautaire dans le domaine du VIH/sida* (Rapport final). Ottawa : RCAS.

Ce rapport fait état des conclusions de l'analyse de l'environnement sur la recherche communautaire dans le domaine du VIH/sida réalisée par le RCAS. Cette analyse examine les besoins des organismes autochtones de services liés au VIH/sida en matière de perfectionnement des compétences en recherche, en partie afin de s'acquitter de l'engagement pris par le RCAS à l'égard des principes d'autodétermination de la recherche communautaire autochtone, compris dans l'acronyme « PCAP » pour propriété, contrôle, accès et possession.

Société canadienne du sida (SCS)

1997 *Un lien complexe : le VIH/sida et la consommation de drogues* : guide à l'intention des travailleurs des organismes de lutte contre le sida qui viennent en aide aux personnes atteintes du VIH-sida / Société canadienne du sida. — Ottawa : Société canadienne du sida, c1997.

Un manuel qui s'appuie sur les conclusions et recommandations d'un projet précédent « Le projet sur le VIH, la consommation d'alcool et d'autres drogues » (SCS 1994). Ce manuel vient en appui aux rôles changeants du personnel de soutien dans les organismes communautaires de services liés au sida et à la promotion de pratiques de réduction des préjudices chez les personnes vivant avec le VIH/sida qui sont aussi utilisateurs de drogues. Il présente des lignes directrices sur la meilleure manière dont un organisme communautaire lié au sida (OCLS) peut élaborer des politiques et des modalités appropriées dans les secteurs suivants : 1) la confidentialité et le respect de la vie privée des clients; 2) les attitudes, les valeurs et les croyances de l'organisme; 3) les limites et l'éthique qui définissent la relation entre le personnel et les clients; 5) les stratégies d'autogestion de la santé; 6) les pratiques de réduction des préjudices et les options de traitement pour les consommateurs d'alcool et d'autres drogues et autres.

Chen, James L. et coll.

2003 Sexually Transmitted Diseases Surveillance Among Incarcerated MSM and Opportunity for HIV Prevention. *AIDS Education and Prevention* 15, Supplement A: 117-126.

On s'est servi du dépistage des ITS et d'un sondage pour déterminer le taux de VIH parmi une unité isolée d'hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes, à Los Angeles. Le taux de VIH était de 12,4 %, et la forte prévalence constatée au sein de cette population fait ressortir la possibilité d'intégrer la prévention du VIH dans le cadre du dépistage des ITS chez des HRSH incarcérés. L'inclusion de la prévention du VIH dans le dépistage des ITS requerra l'intégration des services de prévention primaire et secondaire à l'intérieur de l'établissement de détention, y compris la prise en charge des cas, un traitement précoce et des services d'orientation.

Elford, J. et. Coll.

2003 Peer-Led HIV Prevention among Gay Men in London: A Process Evaluation. *AIDS CARE* 14/3: 351-360.

Une initiative de prévention menée par des pairs a été mise en place chez des hommes qui fréquentent les gymnases du centre de Londres. L'étude n'a révélé aucune incidence significative sur les comportements à risque des hommes gais qui fréquentent le gymnase, en grande partie parce que les conseillers auprès des pairs n'ont, pour la plupart, pas donné suite au programme – 20 % seulement sont demeurés dans l'étude. L'étude conclut que les programmes d'éducation par les pairs requièrent une contribution substantielle de la part de l'équipe de promotion de la santé, ce qui signifie que l'éducation par les pairs ne devrait pas nécessairement être considérée comme une approche de prévention peu coûteuse.

Gyramanthy, VA, RP Thomas, J Mikl, LA Mcnutt, DL Morse, J DeHovitz, E Ujhelyi, S Szamado

2002 Sexual Activity and Condom Use among Eastern European Adolescents: Study of Hungarian Adolescent Risk Behaviours. *International Journal of STD & AIDS* 13/6: 399-405.

Un questionnaire a été remis à 3 486 élèves d'écoles secondaires en Hongrie afin de mesurer leur activité sexuelle et leurs attitudes à l'égard du port du condom. Parmi les élèves qui ont dit avoir eu des relations sexuelles au cours des trois semaines précédant le sondage, 40 % ont déclaré utiliser régulièrement le condom (chaque fois), 25,6 % ont déclaré qu'ils l'utilisaient de façon irrégulière et 34,3 % qu'ils ne l'utilisaient jamais. On anticipait une utilisation plus fréquente du condom chez les jeunes qui avaient une opinion positive du condom, qui avaient peur du sida et chez qui l'utilisation du condom était adoptée par les

deux partenaires. Le rapport réclame une éducation et une prévention ciblées chez les adolescents.

Santé Canada, Stratégie canadienne sur le VIH/sida / Développement communautaire 2003 Modèles de pratiques exemplaires pour l'intégration de la prévention des soins et des traitements en matière de VIH – Demande de propositions (sept projets approuvés pour fins de financement). (URL : www.hcsc.gc.ca/hppb/hiv_aids/can_strat/community/models.html)

Indian Health Services BPM for Diabetes Care and Education (É.-U.)

2003 *The Indian Health Service (IHS) Integrated Best Practice Model. Basic Diabetes Care and Education: A Systems Approach.* (URL : www.betterdiabetescare.org/NEEDSbestpracticemodel.htm)

Outil d'auto-évaluation qui définit les composantes importantes d'un système de soins du diabète à l'intention des communautés autochtones des Amérindiens et de l'Alaska. Les « pratiques exemplaires » servent de norme à partir de laquelle les programmes existants peuvent « tester » leur rendement et désigner les secteurs où ils peuvent apporter des changements en vue d'une meilleure efficacité.

Kipp, W. et coll.

2002 HIV Counselling and Testing in Rural Uganda: Communities' Attitudes and Perceptions Towards an HIV Counselling and Testing Programme. *AIDS CARE* 14/5: 699-706.

Cette étude qualitative visait à déterminer si le counselling et le dépistage du VIH étaient acceptables pour une communauté rurale et si ses habitants en avaient exprimé le souhait. Dans le cadre de groupes de discussion, les participants ont exprimé un besoin marqué en matière de counselling sur le VIH et de services de dépistage. Les travailleurs de santé communautaires étaient les fournisseurs de services privilégiés. Toutefois, les participants ont insisté sur le fait qu'ils ne devaient pas provenir de la même communauté. Les programmes uniques d'intervention en matière de VIH ont été jugés inefficaces au plan de la réduction des comportements à risque; les participants ont demandé que des services de counselling leur soient offerts en permanence. Les résultats de l'étude ont révélé qu'il y a effectivement une demande pour des services de counselling sur le VIH sans qu'il soit nécessaire d'être testé.

Lamont, Louise

2000 *A Best Practice Model for Victim Services: A Reflection on the Process that Developed the Model.* Document présenté lors de la conférence, Reducing Criminality... Perth, Australie occidentale, les 31 juillet et 1^{er} août 2000. (URL : www.aic.gov.au/conferences/criminality/lamont.pdf)

Modèle de pratiques exemplaires (MPE) sur les services aux victimes, visant à promouvoir la sécurité des victimes. Le modèle est appliqué comme une série de normes de reddition de compte : les MPE cherchent à promouvoir la reddition de compte en offrant des cadres de travail clairs et cohérents qui décrivent ce que l'on considère comme des principes de bonnes pratiques. Ils prétendent que les MPE devraient être reliés aux exigences contractuelles des accords de financement afin de garantir la mise en place par le fournisseur du programme de normes de service de qualité aux personnes qui ont besoin d'un tel service. Le MPE sert également de guide aux nouveaux programmes; les MPE sont des documents utiles, particulièrement pour les promoteurs de programme et les travailleurs de première ligne inexpérimentés, parce qu'ils cherchent à définir et à refléter ce que l'on considère comme une « bonne pratique » dans le domaine.

Maar, Marion, S. Cooper et M.A. Peltier

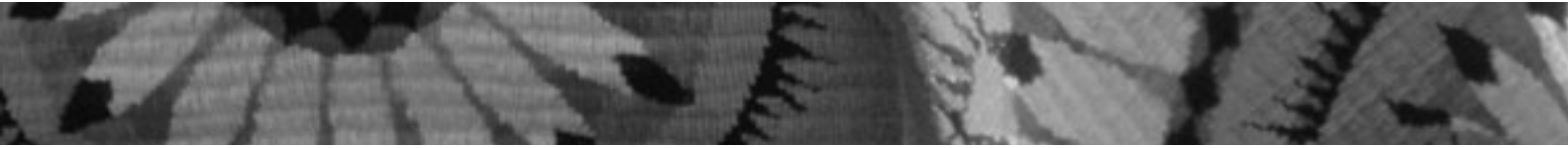
2000 A Community-based Approach to Reducing HIV/AIDS Infection in the Wikwemikong Unceded Indian Reserve. *Native Social Work Journal* (Special Edition – HIV/AIDS: Issues Within Aboriginal Populations) 3(1):119-126.

Examen du programme d'éducation sur le VIH/sida à Wikwemikong et recommandations en vue de la réduction de la transmission du VIH/sida et des ITS dans la communauté. Un « programme de sexualité saine » mis en place dans les écoles élémentaires et secondaires informe les enfants dès la cinquième année du primaire sur un développement sexuel sain (notamment les bons et les mauvais touchers). Le programme de l'école secondaire met l'accent sur le VIH/sida et les MTS, au moyen, entre autres, de séances qui visent à accroître la capacité des élèves à parler des pratiques sexuelles à risques réduits et à les utiliser. Parmi les pratiques exemplaires, on compte : une étroite collaboration entre les programmes communautaires de prévention du VIH/sida et le réseau de santé communautaire existant (pour ce qui est des programmes dans les réserves); une collaboration inter-programmes au sein du système local de soins de santé; la tenue de cliniques en vue de rejoindre les jeunes, et des activités éducatives à l'extérieur du milieu de santé (tels des événements sportifs communautaires) visant à rejoindre de jeunes adultes et des adultes d'âge moyen.

Marsden, Namaste, K. Clement et D. Schneider

2000 Honouring and Caring for Aboriginal People and Communities in the Fight Against HIV/AIDS. *Native Social Work Journal* (Special Edition – HIV/AIDS: Issues Within Aboriginal Populations) 3(1):127-142.

Healing Our Spirit BC First Nations AIDS Society présente un modèle autochtone spécifique de prestation de services et de guérison holistique qui



traite de l'épidémie de VIH/sida. Une approche holistique tente d'aborder les enjeux complexes et multiples associés au VIH/sida, y compris l'agression sexuelle, l'homophobie, la honte, le manque de logement, le manque d'éducation, la consommation d'alcool et d'autres drogues et la toxicomanie. Au nombre des bonnes pratiques, on inclut : des ateliers de prévention conçus spécifiquement pour un groupe d'auditoires; des communautés, des écoles, des maisons traditionnelles, des prisons, des groupes de femmes, des groupes de jeunes, des aînés, des collègues et des universités, des powwows, des conférences. Les ateliers sont présentés de manière à s'adapter à l'auditoire, en collaboration avec les organismes et comités dans un souci de personnaliser la formation et l'éducation en fonction des besoins spécifiques du groupe.

McLeod, Albert

2001 *All My Relations: Aboriginal IDU Harm Reduction Training Peer Educators Manual*. Manitoba Aboriginal AIDS Taskforce (Produit pour le Four Doorways Project – Phase II).

Quatre modules d'enseignement basés sur le cercle d'influences (Medicine Wheel), faisant partie d'un programme de formation sur la prévention du VIH qui s'appuie sur la formation par les pairs, au moyen d'un manuel de formation détaillé et de vidéos. Le manuel tient compte des dimensions physique, émotive, mentale et spirituelle de la prévention et du traitement du VIH. Il s'inspire des enseignements traditionnels tels que le Cercle (de partage), les quatre points cardinaux et l'utilisation de médicaments. Particulièrement adaptée aux nations Ojibwé, Crie et autres Anishnabek, et aux populations autochtones urbaines, cette approche inclut également de l'information et des vidéos produits par la grande communauté locale du sida.

Métis National Council

2003 *Following the Red Cart – Métis and HIV/AIDS: The Basic Facts*. Ottawa.

Le chapitre 4 de ce rapport porte spécifiquement sur les maladies transmissibles sexuellement (MTS) et le VIH/sida, et établit un lien entre les taux plus élevés de MTS chez les populations autochtones et le comportement à risque sexuel. Au nombre des facteurs qui exposent les populations métis les plus éloignées aux risques de MTS, on compte : le faible taux d'utilisation du condom, une piètre estime de soi, l'incapacité d'exiger des pratiques sexuelles à risques réduits ou de refuser la relation sexuelle, une consommation accrue d'alcool et d'autres drogues et la mobilité élevée entre les centres-villes et les communautés rurales. Afin de réduire le risque d'ITS et/ou de VIH/sida, le manuel suggère l'abstinence sexuelle, le choix d'un partenaire sexuel que l'on connaît et en qui on a confiance, l'apprentissage du port du condom en latex et le fait d'informer son

partenaire de ses relations antérieures et du risque d'ITS et de VIH/sida.

Monette, LaVerne and Darcy Albert

2001 *Voices of Two-Spirited Men: A Survey of Aboriginal Two Spirited Men Across Canada*. 2 – Spirited People of the 1st Nations. Toronto.

Des hommes bispirituels ont recommandé les programmes de prévention suivants comme étant les plus efficaces (en ordre de priorité) : la promotion du port du condom; les cercles de la parole/de guérison; les programmes d'échange de seringues; le counselling par les aînés, et le Cercle d'influences (Medicine Wheel). L'éducation par les pairs et l'éducation communautaire sont également d'importantes stratégies de prévention. Il faut traiter du problème principal de l'homophobie afin de réduire les comportements à risque chez les hommes bispirituels. Plus que tout autre facteur, c'est le sentiment d'aliénation qui pousse les hommes bispirituels à s'engager dans des activités à risque élevé qui les rendent vulnérables au VIH/sida. En outre, il est de la responsabilité des intervenants de ne pas se contenter de distribuer des condoms et des seringues, mais de tenter de comprendre leurs besoins d'amour, de respect, de soutien et d'appartenance à la communauté.

Myers, Ted, S.L. Bullock, L.M. Calzavara, R. Cockerill, V.W. Marshall, & C. George-Mandoka

1999 *Culture and Sexual Practices in Response to HIV among Aboriginal People Living On-Reserve in Ontario*. *Culture Health and Sexuality* 1(1): 19-37.

Vaste étude menée auprès de 658 Indiens inscrits dans onze réserves. Ce document révèle que l'apprentissage du sexe auprès de partenaires et la connaissance de la langue et des traditions autochtones ouvrent la voie à un comportement plus à risque que l'apprentissage du sexe auprès des Services de santé de la famille – qui mène à une utilisation plus régulière du condom. L'intégration des méthodes d'apprentissage traditionnelles aux connaissances sur le VIH/sida soulève des défis importants. Il est crucial de comprendre les paradigmes contradictoires entre la tradition autochtone, la médecine moderne et les services de santé publique. La sensibilisation à la complexité de la culture et aux différences au sein des communautés autochtones et entre celles-ci est essentielle à toute future recherche dans ce domaine.

National Aboriginal Health Organization (NAHO)

2001 *A Path to a Better Future: A Preliminary Framework for a Best Practices Program for Aboriginal Health and Health Care* (Produit pour l'ONSA par John Marriott et Ann L. Mabel). Ottawa. (URL : www.naho.ca/english/pdf/research_path.pdf)



Un examen du concept de « pratique exemplaire » et de la manière dont il se rattache à la santé et aux soins de santé autochtones au Canada. Cette étude s'appuie sur l'information trouvée en ligne et dans la documentation. Des entrevues ont été menées auprès d'organismes autochtones canadiens et de particuliers, dans le but de déterminer leurs points de vue sur les « pratiques exemplaires ». Le document décrit le contexte de base et les concepts sous-jacents aux pratiques exemplaires et présente le cadre préliminaire proposé en vue des soins de santé, dans un contexte autochtone canadien. L'adaptation de ces pratiques exemplaires est considérée comme un processus de transfert des connaissances, y compris des « connaissances culturelles » définies comme « les croyances qu'un organisme considère comme vraies, l'expérience, l'observation, la réflexion sur soi-même et ses milieux ainsi que sur les normes et critères utilisés pour évaluer les projets et le rendement. Cela inclut également les « hypothèses et croyances partagées ». Ces mêmes caractéristiques pourraient également être appliquées aux « communautés et organismes influencés par ces influences culturelles particulières et sensibles à celles-ci ». (p. 7) Définies comme gestion et perfectionnement des connaissances, les notions de « pratiques exemplaires » sont considérées diverses et en constante évolution, et les éléments de la santé et des soins de santé autochtones sont tout aussi complexes et dynamiques. Les pratiques exemplaires sont « documentées avec soin, bien mesurées et gérées de façon efficace en fonction de la collecte et de l'analyse des faits. Elles produisent de meilleurs résultats, une qualité supérieure à moindres coûts et une incidence plus positive que les modalités comparables » (p. 21). Il est important de noter que ce document ne fait pas la promotion d'un « modèle » en soi, mais considère plutôt les pratiques exemplaires comme un programme de perfectionnement continu des compétences au moyen de l'information, de l'expertise et de l'expérience. Il définit une pratique exemplaire comme une « cible en mouvement » que l'on redirige en fonction de l'évolution ou de l'apparition de nouveaux problèmes, méthodes et idées (p. 21).

Nechi Institute (URL: <http://www.nechi.com>.)

L'Alberta's Nechi Institute est l'un des principaux organismes de santé holistique autochtone au Canada. L'Institut, qui est communautaire, s'appuie davantage sur un modèle d'abstinence que sur la réduction des préjudices. « Nechi est un mouvement autochtone engagé à l'égard de modes de vie sains, libres de toute toxicomanie et d'une guérison holistique. »

New South Wales Health Department (Australia)
2000 *Best Practice Model for the Use of Psychotropic Medication in Residential Care Facilities and Guidelines on the Management of Challenging Behaviour in Residential Aged Care Facilities in New South Wales*.
(URL : www.health.nsw.gov.au)

« Pratiques exemplaires » pour traiter du comportement difficile chez les aînés qui reçoivent des soins en institutions, qui mettent l'accent sur les situations qui justifient le recours à la contrainte matérielle et/ou aux drogues. On y applique le « modèle de pratiques exemplaires » de deux façons : 1) la stratégie décisionnelle – stratégie de prise de décision en trois étapes sur les pratiques exemplaires qui consiste à identifier le problème (cause d'un comportement difficile), à déterminer si les mesures de contrainte sont nécessaires et à gérer la mesure de contrainte appropriée (physique ou chimique); 2) les principes de pratique – cinq directives ou mesures pratiques que le personnel soignant peut suivre dans diverses circonstances en présence de comportement difficile, c'est-à-dire « dans une telle situation, faites ce qui suit ... »

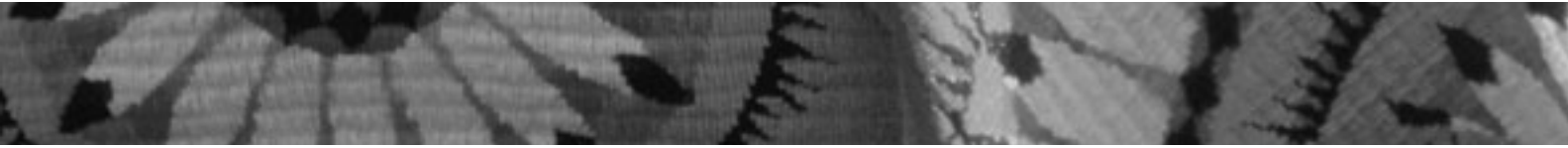
O'Leary, A. et coll.

2003 *Childhood Sexual Abuse and Sexual Transmission Risk Behaviour among HIV-positive Men Who Have Sex with Men*. *AIDS CARE* 15/1: 17-26.

Des études précédentes ont révélé une association entre l'agression sexuelle pendant l'enfance et un comportement à risque sexuel à l'âge adulte chez les femmes et chez les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes (HRSH). Toutefois, aucune des études menées jusqu'ici n'a testé l'hypothèse selon laquelle des agressions sexuelles vécues dans l'enfance pourraient prédire un comportement sexuel associé à un risque de transmission du VIH chez d'autres, c'est-à-dire au sein d'une cohorte séropositive connue. Cette étude teste cette hypothèse chez un échantillon de 456 HRSH séropositifs recrutés dans des milieux communautaires de New York et de San Francisco. On a découvert que les agressions sexuelles dans l'enfance (AGE) sont associées de façon significative à des relations sexuelles non protégées récentes avec des partenaires séronégatifs ou d'état sérologique inconnu. Ces résultats soulignent l'importance des services de santé mentale pour les personnes ayant été agressées sexuellement, tant sur le plan personnel que sur celui de la santé publique, et font ressortir la nécessité d'une recherche sur les médiateurs des effets de l'AGE sur le comportement lié à la transmission.

Pauktuutit: Inuit Women's Association of Canada
1995 *National Inuit HIV/AIDS and STDs Training Workshop, du 3 au 5 mai 1995 : Rapport final*. Iqaluit.

Atelier qui traite des risques de VIH/sida et de MTS qui sont associés à la consommation d'alcool et examine les comportements plutôt que les attitudes qui exposent aux risques. Les problèmes comportementaux sont généralement plus profonds et plus complexes que la simple consommation d'alcool ou d'autres drogues et incluent souvent les attitudes liées à la désabilitation, à la piètre estime de soi et à d'autres problèmes telle l'agression sexuelle dans l'enfance.



Dans les communautés inuites, qui sont petites pour la plupart, il est difficile pour les intervenants en santé de demeurer objectifs parce que tout le monde se connaît. Il est également difficile de former des groupes d'Inuits et de non Inuits à cause de l'oppression dont ils ont été victimes dans le passé.

Perez, F et F. Dabis

2003 HIV Prevention in Latin America: Reaching Youth in Colombia. *AIDS CARE* 15/1: 77-87.

Le document décrit et évalue un programme scolaire d'éducation par les pairs sur la prévention primaire du VIH, mise en œuvre dans les districts urbains marginaux de trois villes de Colombie, de 1997 à 1999. Son objectif premier consistait à promouvoir la sensibilisation aux risques et les comportements sexuels sans risque auprès des populations de jeunes vivant en milieu urbain. La méthodologie utilisée comportait la collecte d'information de base au moyen de méthodes qualitatives (groupes de discussion et entrevues en profondeur), un sondage sur les connaissances, les attitudes et les comportements (CAC), une intervention sur l'éducation en santé et une collecte de données post-intervention. Les bénéficiaires directs étaient des adolescents âgés de 10 à 19 ans et des enseignants d'écoles secondaires de la 6e à la 9e année. On s'est principalement servi de l'éducation par les pairs et de séances en classe comme stratégies. Les interventions ont eu un effet positif. L'éducation de masse par une combinaison d'interventions et d'événements en milieu scolaire, appuyée par une communication interpersonnelle efficace telle que l'éducation par les pairs, l'enseignement en classe et les actions communautaires est une stratégie de prévention primaire efficace pour ce qui est de la transmission sexuelle du VIH et devrait être envisagée sur une plus grande échelle.

Quebec First Nations & Inuit HIV & AIDS Working Group
1999 *The Circle of Hope: The First Nations & Inuit of Quebec HIV & AIDS Strategy*. Préparé par Juanita Cree, consultante, First Nations of Quebec & Labrador Health and Social Services Commission.

Stratégie sur le VIH/sida qui s'appuie sur le principe HOPE « *Holistic Opportunity for Prevention and Equality in Treatment* ». Elle aborde le taux élevé de maladies transmissibles sexuellement tel un indicateur de comportement à risque, et établit un lien entre ce taux et « le traumatisme multi-générationnel, l'oppression culturelle, et le legs des sévices subis dans les pensionnats qui ont exercé une profonde influence sur l'estime de soi et la capacité d'intimité et d'expression sexuelle ». De même, « la présence de la consommation d'alcool, de drogues par injection et de solvants est également associée à des comportements à risque élevé ». Au nombre des recommandations, il faut : 1) déterminer les connaissances et les attitudes sur un milieu à risque liées au recours au sexe, à l'alcool, aux drogues (UDI) et aux solvants chez les communautés inuites et des Premières Nations; 2) s'assurer que les mécanismes

permanents de surveillance et de contrôle sont spécifiques aux communautés inuites et des Premières Nations en ce qui touche les MTS et l'infection à VIH; 3) s'assurer que les communautés inuites et des Premières Nations exercent une appartenance, un contrôle et un accès à l'égard des recherches et des études qui aideront les communautés et les particuliers au plan des évaluations, des tendances, des comportements et des besoins; 4) promouvoir des programmes de prévention qui respectent les approches holistiques des Inuits et des Premières Nations, à l'aide de matériel adapté à leurs réalités culturelles; 5) créer un réseau de ressources afin d'aider les soignants, les personnes vivant avec des MTS, le VIH et le sida, les familles et autres personnes touchées par le VIH/sida; 6) considérer les MTS, le VIH et le sida comme une occasion de concevoir et de développer des communautés saines par la promotion d'attitudes saines au moyen de la prévention.

Ross, Michael W., avec L.Y. Hwang, C. Zack,
L. Bull et M.L. Williams

2002a Sexual Risk Behaviours and STIs in Drug Abuse Treatment Populations Whose Drug of Choice Is Crack Cocaine. *International Journal of STD & AIDS* 13/11: 769-774.

Cette étude a porté sur l'incidence d'ITS chez les utilisateurs de drogues et sur les données démographiques associées et les comportements sexuels. L'analyse des données s'est concentrée sur les différences entre les personnes pour qui le crack était la drogue de choix par rapport aux autres drogues, puisque le crack est associé à la stimulation sexuelle et à l'économie sexe-contre-drogue. Les données indiquent que la consommation de crack comme drogue de choix est associée de façon significative à des niveaux accrus d'ITS antérieures, de traitement antérieur de la toxicomanie, à la race Afro-américaine, à la vente ou à l'achat de faveurs sexuelles contre des drogues ou de l'argent et à des taux d'infection plus élevés de syphilis, de chlamydia et d'herpès simplex-2. Les données suggèrent que les consommateurs de drogues en général, et les populations qui utilisent le crack en particulier, devraient subir des tests de dépistage de routine des ITS, en tant que partie intégrante de tout programme de traitement de la toxicomanie.

Ross, Michael W. et Mark L. Williams

2002b Effective Targeted and Community HIV/STD Prevention Programs. *Journal of Sex Research* 39/1: 58-62.

Les interventions communautaires et celles qui ciblent des groupes spécifiques à risque d'ITS et de VIH ont démontré des incidences significatives sur le comportement sexuel, particulièrement le port du condom et les pratiques sexuelles à risques réduits. Les interventions présentées par des professionnels de la santé semblent infructueuses en l'absence d'une base communautaire. Lorsque des

cultures ou des sous-cultures sont ciblées, l'étroite participation de ces groupes dans la conception et la transmission des messages est un élément essentiel de leur succès. La diffusion des interventions par l'entremise des réseaux sociaux existants permet d'étendre l'intervention dans la communauté et de renforcer et maintenir les changements au niveau des normes des pairs à l'égard d'un comportement sexuel sans risque. Pour cibler les interventions dans le but de modifier les comportements sexuels qui causent la transmission des MTS chez un grand nombre de personnes, il faut généralement recourir à des interventions à l'échelle de la communauté. Les interventions communautaires tentent souvent de susciter des changements au niveau des connaissances sur les pratiques sexuelles à risques réduits, les attitudes, les intentions et les normes entre pairs parmi les membres de l'ensemble de la population cible.

Schnarch, Brian; First Nations Centre – Organisation nationale de la santé autochtone

2004 *Ownership, Control, Access, and Possession (OCAP) or Self-Determination Applied to Research: A Critical Analysis of Contemporary First Nations Research and Some Options for First Nations Communities*. Journal of Aboriginal Health (Janvier 2004:80-95)

Les principes de propriété, de contrôle, d'accès et de possession (PCAP) cristallisent les thèmes défendus depuis longtemps par les Premières Nations au Canada. Établis par le Comité directeur de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations et des Inuits, on discute de ces principes comme de l'expression de l'autodétermination en recherche. Les principales notions présentées dans ce document ont trait à l'appartenance collective de l'information qui porte sur le groupe; le contrôle des Premières Nations sur la recherche et l'information; la gestion par les Premières Nations de l'accès à leurs données, et la possession matérielle de ces données. À la suite d'un examen critique des pratiques de recherche coloniale et des récents efforts institutionnels visant à améliorer l'éthique de la recherche autochtone, ce document met en évidence les politiques et les stratégies adoptées par les organismes des Premières Nations – des approches qui offrent une voie de sortie à la recherche autochtone contemporaine et aux dilemmes éthiques qui les caractérisent. Les avantages du PCAP y sont décrits, y compris le rétablissement de la confiance, une qualité et une pertinence de la recherche améliorée, une réduction du biais, un perfectionnement significatif des compétences et une habilitation communautaire à l'égard de la mise en place de changements.

Spittal, Patricia M. et coll.

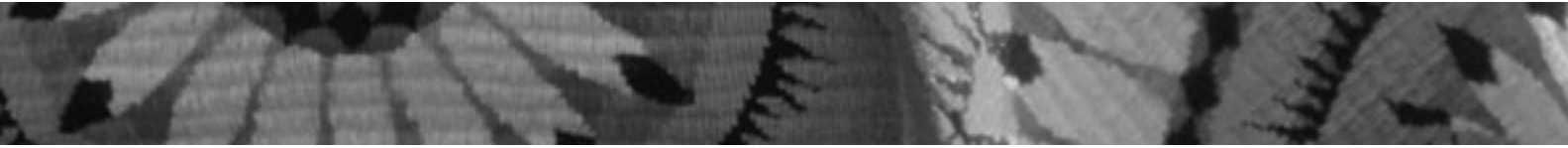
2003 *Surviving the Sex Trade: a Comparison of HIV Risk Behaviours among Street-involved Women in Two Canadian Cities Who Inject Drugs*. AIDS CARE 15/2: 187-195.

Au Canada, on sait très peu de choses sur les facteurs et processus qui causent des préjudices reliés à la drogue chez les femmes utilisatrices de drogues injectables (UDI). Les femmes qui s'injectent des drogues et qui participent à un commerce sexuel de survie sont considérées comme étant à risques élevés de préjudices sexuels et associés aux drogues, dont l'infection à VIH. Entre septembre 1999 et septembre 2000, des femmes qui ont pris part à la cohorte VIDUS à Vancouver et à la cohorte St. Luc à Montréal ont rempli des questionnaires qui leur ont été transmis par un intervieweur. Des analyses ont été effectuées afin de comparer les caractéristiques démographiques, les comportements à risques sexuels, les pratiques d'injection sans risque et les cycles d'utilisation des drogues chez les femmes qui avaient dit participer au commerce du sexe et celles qui avaient dit ne pas y participer. Alors que les types de risque sexuel étaient similaires, les pratiques d'injection à risque et les cycles de consommation des drogues entre les travailleuses du sexe et les non-travailleuses du sexe étaient considérablement différents. Au nombre des comportements associés au commerce du sexe, on incluait plus d'une consommation d'héroïne par jour, fumer du crack/cocaïne et le partage de seringues souillées. Les travailleuses du sexe avaient également moins tendance à s'inscrire à un traitement à la méthadone. De l'ensemble des travailleuses du sexe, 24 % étaient Autochtones, et 31 % des non-travailleuses du sexe étaient Autochtones.

Comité permanent de la santé

2003 *Renforcer la Stratégie canadienne sur le VIH/sida*. Rapport du Comité permanent de la santé. Bonnie Brown, députée, présidente. Ottawa : Chambre des Communes Canada (juin 2003).

Rapport du Comité permanent de la santé sur son étude de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida. Le Comité a constaté que les Autochtones constituaient plus du quart de tous les nouveaux cas de sida. Parmi les recommandations pertinentes : 1a) que le gouvernement fédéral augmente le financement total de la Stratégie canadienne renouvelée sur le VIH/sida à 100 millions \$ par année (le financement étant demeuré inchangé à 42,2 millions \$ depuis 1998); 1b) ce financement fédéral accru doit allouer de façon spécifique 5 millions \$ annuellement à la sous-population à risque des Premières Nations et des Inuits; 3c) que Santé Canada et ses partenaires fédéraux s'assurent que des programmes de sensibilisation et de prévention soient de plus en plus souvent administrés par les communautés affectées, y compris les personnes vivant avec le VIH/sida, les jeunes, les Autochtones ou les communautés ethniques et soient plus sensibles à la culture, à l'âge et au sexe; 4b) que Santé Canada et d'autres partenaires fédéraux offrent un financement stable à long terme afin que les organismes autochtones régionaux de services liés au sida puissent élaborer des pratiques adaptées aux



réalités culturelles afin de lutter contre le VIH au sein de la communauté et contribuent à la mise en œuvre de programmes spécifiques qui répondront aux besoins liés au VIH/sida de la population autochtone sur-représentée dans le milieu carcéral.

Tyndall, Mark W. et coll.

2003 Intensive Injection Cocaine Use as the Primary Risk Factor in the Vancouver HIV-1 Epidemic. *AIDS* 17/6: 887-893.

Cette étude a été réalisée dans le but de déterminer comment les cycles de consommation de la cocaïne influencent les risques d'infection à VIH. La *Vancouver Injection Drug Users Study* est une cohorte ouverte et prospective d'utilisateurs de drogues injectables qui a débuté en mai 1996. Au cours des six mois précédant la séroconversion, les prédictors de l'infection à VIH étaient : 1) l'utilisation de cocaïne par injection; 2) l'incarcération; 3) un logement instable; 4) un traitement de maintien à la méthadone, et 5) l'appartenance ethnique autochtone. Les utilisateurs de cocaïne par injection demeurent particulièrement vulnérables à l'infection à VIH, et les options de traitement pour la dépendance à la cocaïne demeurent complètement inadéquates.

Vernon, Irene S.

2001 *Killing Us Quietly: Native Americans and HIV/AIDS*. Lincoln: University of Nebraska Press.

Le chapitre 4, « Native American Prevention », porte sur les programmes de lutte contre le VIH/sida mis en place dans différents contextes autochtones aux É.-U. On trouve aux pages 86 à 88 une liste et un résumé des organismes autochtones aux États-Unis qui offrent des programmes efficaces. Au nombre des caractéristiques efficaces sur l'éducation et la prévention du VIH, on inclut : 1) une population cible clairement définie (p. ex., âge, sexe, orientation sexuelle, race/appartenance ethnique, voisinage, etc.); 2) des objectifs clairement définis (p.ex., quel est le comportement ciblé pour fins de changement; quels sont les nouveaux comportements qui doivent être atteints et par qui); 3) des interventions clairement définies (p.ex., des interventions expliquées en langage simple); 4) cibler les populations aux risques les plus élevés. Ceci signifie que les peuples autochtones et dans de nombreux cas, les leaders autochtones, doivent prendre part à leur élaboration et à leur mise en œuvre et que le contexte culturel et social est réputé vrai pour les expériences individuelles communautaires. Parmi les autres caractéristiques de stratégies efficaces contre le VIH/sida, on compte : 5) le soutien du groupe pour les personnes en processus de changement de comportement; 6) une amélioration de l'estime de soi individuelle au moyen de stimulants concrets et atteignables en vue d'un changement de comportement; 7) des ressources spirituelles et une revitalisation culturelle; 8) une aide pour changer le

milieu physique et social de l'individu; 9) la sensibilisation de la communauté; 10) rejoindre les gens « là où ils vivent et travaillent et dans les lieux qu'ils fréquentent ». L'un des aspects majeurs de la prévention du VIH chez les Autochtones consiste en l'utilisation de stratégies multiples qui permettent d'établir des liens avec d'autres composantes telles que le traitement, les soins et autres efforts de prévention des maladies (p.ex., les ITS).

Wabano Centre for Aboriginal Health

2000 *Keep the Circle Strong*. Ottawa: Wabano.

Outil de sensibilisation au VIH/sida dans le cadre duquel un programme de « formation du formateur » s'appuie sur un cercle de formation interactif qui repose sur la culture autochtone où l'aigle, l'original, l'ours et le buffle sont invités à partager leurs histoires et leur sagesse afin de nous aider à maintenir la force du cercle.

Weber, Amy E.

2001 Risk Factors Associated With HIV Infection Among Young Gay and Bisexual Men in Canada. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 28:81-88.

Le projet Vanguard et la cohorte Omega sont des études de cohorte prospectives menées actuellement auprès d'hommes gais et bisexuels, à Vancouver et Montréal. Les hommes séropositifs avaient généralement plus tendance à signaler qu'ils vivaient dans un logement instable, que leurs études secondaires n'étaient pas terminées et qu'ils étaient sans emploi que les hommes séronégatifs. Les hommes séropositifs avaient également plus tendance à dire qu'ils avaient déjà eu un comportement à risque sexuel. En ce qui concerne la consommation d'alcool et d'autres drogues, les hommes séropositifs avaient plus tendance à signaler l'utilisation de crack, de cocaïne, d'héroïne et de marijuana et de drogues injectables. Les rapports de consommation de cocaïne et de drogues injectables étaient aussi considérablement plus fréquents chez les hommes séropositifs que chez les hommes séronégatifs. Les données indiquent que les hommes séropositifs gais et bisexuels étaient plus portés à vivre dans des conditions instables et à signaler des comportements sexuels plus risqués et une consommation d'alcool et d'autres drogues que les hommes séronégatifs. Bien que les statistiques n'aient pas été fournies pour les hommes autochtones dans l'étude, les résultats indiquent un lien direct entre les désavantages sociaux et la probabilité de contracter le VIH, caractéristiques qui s'appliquent à la majeure partie de la population autochtone au Canada.

Wilson, Bianca D. M. et R.L. Miller
2003 Examining Strategies for Cultural Grounded HIV Prevention: A Review. *AIDS Education and Prevention* 15/2: 184-202.

Analyse de la documentation sur la prévention du VIH jusqu'à 2001 visant à examiner les interventions qui ont cherché de façon explicite à traiter de concepts culturels. On y indique que les rôles culturels ne sont pas pris en considération dans le cas des interventions conçues pour des Euro-Américains et qu'il faut reconnaître la contribution unique des éléments culturels à la prévention du VIH et au concept des programmes qui réduisent le risque de VIH.

Nechi Institute
(Edmonton, AB)

Onen'to:kon Treatment Centre
(Kahnesetake, QC)

Wabano Centre for Aboriginal Health
(Ottawa, ON)

Wanaki Treatment Centre
(Maniwaki / Kitigan Zibi, QC)

ANNEXE B : LISTE DES ORGANISMES AUTOCHTONES DE SERVICES LIÉS AU VIH/SIDA ET DE TRAITEMENT DE LA TOXICOMANIE PARTICIPANTS

Akwesasne Wholistic Health & Wellness
(Mohawk Council of Akwesasne, ON)

All Nations Hope AIDS Network
(Regina, SK)

Réseau canadien autochtone du sida
(Ottawa, ON)

First Nations Quebec and Labrador Health and Social Services Commission
(Wendake, QC)

Healing Our Nations
(Halifax, N.-É.)

Healing Our Spirit
(Vancouver, C.-B.)

Secrétariat à la santé / VIH et diabète,
Assemblée des Premières Nations
(Ottawa, ON)

Métis Addictions Council of Saskatchewan Provincial Métis Health Inc.
(Regina, SK)

National Native Addictions Partnership Foundation
(Muskoday, SK)





**RÉSEAU CANADIEN
AUTOCHTONE
DU SIDA (RCAS)**

•
602-251, rue Bank
Ottawa (Ontario)
K2P 1X3