

Compte rendu du colloque de formation de formateurs
« La prévention du VIH/SIDA auprès des femmes autochtones »
Hôtel Loews le Concorde, Québec, 28-30 janvier 2003



Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du
Québec et du Labrador (CSSSPNQL)



Ne m'abandonnez pas... avec le VIH

Toutes ces années passées à mes côtés,
Et tu as maintenant peur de me tenir la main.
Pendant les périodes difficiles,
tu me donnais de la fierté
Et me faisais croire que tu m'aimais bien.

Toujours à rire et sourire à mes histoires imbéciles.
Tu me vantais auprès de tes amis et de ta famille.
Ensemble, nous étions inséparables.
Nous étions unis.
Et aujourd'hui, je me retrouve seule... on me fuit,
Mes amis, mes meilleurs compagnons, toi.
Que je croyais là pour tous, pour moi.

Maintenant, tu m'évites
Comme si j'étais différente
Mais non, je ne le suis pas ! Vois,
La situation a bien changé,
Mais c'est toujours moi.
En dehors et en dedans
Et rien ne pourra modifier ça
Même pas de crier.
Crier au monde que le VIH m'a infectée
Tu sais, ça n'affecte pas la personne que je suis.

J'ai l'esprit engourdi,
Ecœuré à l'idée que le VIH m'a envahie...
Je suis prise dans le plus mauvais des endroits
Entre mes amis, ma famille, et moi.

Je suis toujours la même personne,
Tu peux toujours être mon ami,
On peut toujours rire et jouer
Et être les meilleurs copains jusqu'à ce que ce soit
fini.

Ceci ne t'affectera pas physiquement
Tu peux me donner l'accolade, comme avant
Et tu m'aimes encore, certainement.

Je sais que les gens me regarderont différemment,
Mais tu peux m'aider à passer au travers
Je ne changerai pas
Je veux que tu le saches, simplement
C'est une tragédie, mais nous pouvons nous aider
Je sais comment cette maladie peut tuer
J'ai déjà perdu ma mère,

Je n'y suis pour rien
Papa ne nous a pas protégées
Une vie, non... deux, il a risqué
Il n'avait aucune idée.

Mon ami, je devrai à mon tour te laisser,
Mais quand je quitterai, essaie de ne pas pleurer.
Souviens-toi que je serai toujours là,
Comme ami, comme ange gardien pour toi.

Killa Mitchell-Atencio 13 ans
Communauté Mi'Gmaq de Listuguj (Québec)
École Alaqsite'w Gitpu
Gagnante du concours «Et si on parlait du
VIH/SIDA»
Deuxième édition.



TABLE DES MATIÈRES

- ❖ Remerciements
- ❖ Sommaire
- ❖ Planification du Colloque
- ❖ Buts et objectifs
- ❖ Compte-rendu des plénières :
 - *Mots de bienvenue*
 - *Le VIH/sida : portrait de la situation*
 - *Le VIH/sida au Nunavik*
 - *Le VIH/sida et les femmes autochtones du Québec*
 - *Sida 101*
 - *Parler du VIH/sida aux femmes autochtones*
 - *Le réseau de lutte contre le VIH/sida au Québec*
 - *Le programme de dépistage des femmes enceintes de l'hôpital Ste-Justine*
 - *Le projet de sensibilisation au VIH/sida de la communauté algonquine de Wolf Lake*
 - *Le projet « Centre Ville Val d'Or »*
 - *Sensibiliser les politiciens autochtones*
 - *Allocution de madame Michèle Audette,*
 - *Allocution de monsieur Ghislain Picard,*
- ❖ Évaluation
- ❖ Commentaires des participants
- ❖ Coordonnées des conférenciers
- ❖ Annexes

Les vues exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement la position officielle de nos bailleurs de fonds.



REMERCIEMENTS

La Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) tient à remercier les personnes qui ont participé à l'organisation et à la tenue du colloque : les membres du comité permanent des Premières Nations et des Inuits du Québec sur le VIH/sida, les formatrices et les conférenciers, ainsi que les nombreuses organisations qui ont mis à notre disposition leur précieuse documentation. La CSSSPNQL tient à souligner la collaboration inestimable de l'Association des femmes autochtones du Québec et à exprimer toute sa gratitude à l'ONRIISC pour lui avoir permis d'utiliser et adapter son propre manuel de formation.

Le financement du colloque a été rendu possible grâce à une contribution financière provenant de :

- Santé Canada, Direction générale de la santé et des services sociaux des Premières nations et des Inuits – région du Québec (DGSPNI)
- Santé Canada, Direction générale de la promotion et des programmes de la santé – région du Québec (DGSPSP), programme d'action communautaire sur le sida et programme hépatite C.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Centre québécois de coordination sur le sida (CQCS)

À propos de l'illustration en page couverture : inspirée du logo du Cercle de l'Espoir, cette oeuvre collective a été réalisée lors du banquet, le 29 janvier, par les participants du colloque, en collaboration avec l'artiste peintre Jean-François Tremblay.

Félicitations à nos artistes !

SOMMAIRE



Dans le cadre du Cercle de l'Espoir, stratégie des Premières Nations et des Inuits du Québec contre le VIH/sida, la Commission de la Santé et des Services Sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) a organisé les 28, 29 et 30 janvier dernier, à Québec, un colloque de formation de formateurs sur le thème : la prévention du VIH/SIDA auprès des femmes autochtones. Plus de 85 personnes, provenant de différentes communautés et organismes autochtones, ainsi que des milieux communautaire et gouvernemental, ont suivi la formation. Membres de la direction et du personnel des centres de santé des communautés des Premières Nations et des Inuits, représentant(e)s en santé communautaire, infirmier(ère)s, intervenants en milieu carcéral, jeunes, aînés et plusieurs autres se sont rencontrés pour apprendre et partager leurs expériences sur la prévention du VIH/SIDA dans leur milieu. **Au terme du colloque, 74% des participants se sont dits prêts à transmettre l'information reçue et à faire de la sensibilisation dans leur communauté.**

La formation a fourni aux participants des outils pour développer des activités de prévention et d'information sur le VIH/SIDA. Durant deux journées, des présentations en plénière sur des thèmes

tels : la pandémie de VIH/sida, le VIH/SIDA chez les femmes des Premières Nations, le dépistage des femmes enceintes, parler du VIH/SIDA aux femmes autochtones etc., ont été suivies de témoignages et d'exemples concrets d'actions entreprises dans des communautés autochtones du Québec. De plus, une multitude de dépliants d'information étaient disponibles sur des tables thématiques.

Une journée complète a été consacrée à la formation des ces formateurs. À l'aide du manuel «Gardiennes de la Terre, les femmes, la santé et le VIH/Sida» produit par l'Organisation Nationale des Représentants Indiens et Inuit en Santé Communautaire (ONRIISC), mesdames Donna O'Bomsawin, et Velma Labillois, ont expliqué comment organiser et animer des ateliers de sensibilisation et d'information sur le thème du VIH/ SIDA visant les femmes autochtones, mais aussi d'autres membres de nos communautés (jeunes, aînés, dirigeants politiques etc.) Par des activités en petits groupes, les participants ont pu mettre en pratique les stratégies discutées sous forme de jeux de rôles et de mises en situations.

Question de détendre l'atmosphère la deuxième journée a fait place à un banquet spectacle, avec au menu le groupe de Tambour des femmes de Wendake, jeux, danse et cadeaux. Les participants ont eu le plaisir de recevoir la visite de notre mascotte, monsieur « Big Condom ».



PLANIFICATION DU COLLOQUE

C'est au cours de l'année 2002 qu'est née la décision d'organiser un colloque de formation de formateurs sur le thème de la prévention du VIH/sida auprès des femmes autochtones. Ce projet répondait à un besoin identifié par les membres du comité permanent des Premières Nations et des Inuits du Québec sur le VIH/sida, besoin qui avait été confirmé par les résultats d'une enquête menée par la CSSSPNQL sur le thème de la situation en matière de prévention et intervention VIH/sida auprès des Autochtones du Québec. En effet, plus de 72 % des 97 intervenants ayant participé à cette enquête avaient exprimé un besoin de disposer de formations en matière de prévention du VIH/sida chez les Autochtones. Le thème de la prévention auprès des femmes était ressorti comme étant l'un des thèmes considérés prioritaires (avec celui des jeunes.) En effet, la majorité des participants à l'enquête jugeaient « très important » de recevoir une formation sur le thème de la prévention du VIH/sida auprès des femmes autochtones.

L'Association des femmes Autochtones du Québec (FAQ) a accepté de collaborer avec la CSSSPNQL pour organiser l'événement. L'ONRIISC, pour sa part, a autorisé la CSSSPNQL à utiliser et adapter sa formation « gardiennes de la terre » et a mis à disposition les trousseaux de formation. Les membres du comité permanent des Premières Nations et des Inuits du Québec sur le VIH/sida ont été régulièrement consultés par la CSSSPNQL pour la planification du colloque. Un groupe de travail, composé de représentantes de la CSSSPNQL et de FAQ, d'un membre du comité permanent et de deux formatrices de l'ONRIISC, a oeuvré à la réalisation d'une mise à jour, adaptée à la province du Québec, de la formation de l'ONRIISC et à

la planification du programme des trois journées.

La formation *Les Femmes, gardiennes de la terre*, préparée par l'ONRIISC, a constitué le cœur du colloque. Chaque participant a reçu un exemplaire de ce manuel de formation. La CSSSPNQL y a ajouté une annexe comportant des mises à jours des statistiques ainsi que des informations spécifiques au Québec. Des outils supplémentaires ont été ajoutés à la trousse de façon à mettre à la disposition des participants certains outils supplémentaires.

Des invitations ont été envoyées à travers la province à l'ensemble des communautés et organismes autochtones, aux directions de santé publiques et à la plupart des instances et organismes du domaine de la santé et du VIH/sida. La CSSSPNQL prenait en charge les coûts des délégué(e)s communautaires autochtones, à raison d'un(e) délégué(e) pour chaque centre de santé des Premières Nations et des villages inuits ainsi que pour chacun des Centres d'amitié autochtones du Québec et des Centres de traitements pour Autochtones.

Le colloque a également été l'occasion de distribuer de l'information et faire connaître différents outils sur le thème du VIH/sida et de l'hépatite C. Des centaines de dépliants, journaux, rapports etc. étaient disponibles sur les six tables d'exposition dressées à l'entrée de la salle de plénière.



BUTS ET OBJECTIFS

En raison de la prévalence, au sein de cette population, des facteurs sociaux qui favorisent la propagation du VIH, les femmes autochtones au Québec ont été identifiées comme formant l'un des groupes les plus vulnérables. Les taux élevés de cas de toxicomanie, alcoolisme, abus, violence conjugale, inceste, grossesse non désirée qui prévalent parmi les femmes autochtones imposaient qu'une importance accrue soit accordée à ce groupe en matière de prévention du VIH/Sida. Par ailleurs, l'utilisation de drogues injectables étant, selon Santé Canada, la principale cause de transmission du VIH chez les femmes autochtones, il nous a semblé fondamental d'aborder, selon une perspective globale, la question de l'épidémie d'hépatite C en émergence dans le milieu.

Nos buts et objectifs étaient les suivants :

Offrir aux différents intervenants, qui pourront devenir des « agents multiplicateurs », une formation adaptée sur le plan culturel et complétée de plusieurs outils.

Fournir aux intervenants les habiletés et les connaissances nécessaires pour développer des activités de lutte contre le VIH/sida auprès de femmes autochtones de tout âge.

Ouvrir le dialogue, à partir de l'exemple de la clientèle féminine, sur la prévention auprès de différentes clientèles.

Créer une plate forme de rencontres et d'échanges dans le but d'encourager la mise en place de partenariats.

Sensibiliser les intervenants à la nécessité d'adopter une approche intégrée en matière de prévention du VIH/sida, des MTS et de l'hépatite C.

Utiliser l'événement pour faire connaître l'existence de ressources et d'outils sur des problématiques connexes, dont celle de la

prévention du VIH/sida auprès des personnes bispirituelles.

Palier à l'absence de personnes-ressources dans le milieu.

Créer des ponts entre les milieux autochtone et non autochtone en partageant les informations, en créant une occasion de rencontre et d'échange et en formant des personnes ressources qui pourront agir à titre d'agent de liaison.

Améliorer la circulation d'information à travers le réseau.

Susciter une augmentation du nombre d'activités de prévention organisées localement.



MOTS DE BIENVENUE

Prière d'ouverture de Alex Sonny Diabo, aîné de Kahnawake

Conférencier: Garry Carbonnell, Directeur général de la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador

Pour ceux qui ne me connaissent pas, je m'appelle Garry Carbonnell. Je suis un Mohawk de la communauté de Kanesatake et je suis directeur général de la Commission depuis un peu plus de six ans.

Lors de mes débuts à la commission, le VIH/sida était quelque chose dont nous discutons mais que nous essayions de ne pas trop ébruiter. Avec le temps, il devenait de plus en plus évident qu'il fallait faire quelque chose concernant l'épidémie du VIH et du sida qui se rapproche de notre peuple. À cette époque, M^{me} Jane Gray, qui était notre coordonnatrice de la santé, avait dit : « Vous savez, nous devons faire quelque chose ». Elle a beaucoup contribué à la rencontre avec les gouvernements fédéral et provincial. Nous avons sélectionné des personnes atteintes du virus et c'était très politique ... Je vous dis, c'est incroyable comme c'était politique. Heureusement, grâce à la sagesse des personnes assises autour de la table, les personnes autochtones vivant avec le virus, les représentants des Nations inuites et Cries, hors communautés et dans les communautés, les gouvernements fédéral et du Québec, les centres d'amitié autochtones, l'Association des femmes autochtones, les centres de traitement et d'autres, nous avons obtenu la participation de tous parce que nous ne nous battions pas pour nos droits – nous nous battions pour des vies.

Je ne crois pas que quiconque dans cette salle croit qu'il va trouver la solution ou un remède au VIH/sida : ce n'est pas notre rôle. Nous sommes ici pour sensibiliser, pour travailler avec les gens dans nos communautés qui souffrent de cette terrible maladie. Au cours des 2 ½ jours qui viennent, nous porterons principalement notre attention sur les femmes. Pour je ne sais quelle raison, mesdames, vous semblez être le centre de beaucoup de ces choses et vous avez la force et l'endurance qui nous permettront de passer à travers et je vous en suis éternellement reconnaissant.

Nous les Autochtones aimons bien rire et plaisanter. Ceci étant dit, ce ne sera pas facile. Nous allons discuter d'une maladie

qui va tuer bien des gens, mais nous devons trouver une façon de garder notre sens de l'humour.

En tant que formateurs, vous devez vous rappeler d'une chose : vous avez affaire à des personnes. Nous allons tenter de vous donner le plus d'information possible. Si vous avez jeté un coup d'œil à la programmation, vous avez pu constater que nous allons aborder beaucoup de sujets. Nous allons essayer de vous permettre d'avancer et espérons que vous retournerez dans vos communautés en ayant appris quelque chose. Mais rappelez-vous, lorsque vous retournerez dans vos communautés, que les personnes qui vivent avec le virus, je ne crois pas qu'elles aient besoin de votre pitié. Elles ont besoin de solutions, elles ont besoin d'aide, elles ont besoin d'être soutenues. Vous devez être un intervenant de première ligne, vous devez être une infirmière, vous devez être une oreille attentive, vous devez être une psychologue, vous devez être un psychiatre, vous devez connaître tous les programmes de Santé Canada, vous devez connaître tous les programmes que votre conseiller ou votre organisation mettent de l'avant. Vous devez également savoir quelles sont les frontières et les limites. Une tâche colossale vous attend afin d'essayer d'équilibrer tout ça.

Je plaide la cause depuis déjà quelques années. Nous devons faire preuve d'esprit d'initiative. Écoutez, ils n'en feront pas leur priorité numéro un. Ils ont d'autres droits à protéger. J'étais dans le milieu, je sais que le VIH/sida ne figure pas en tête de liste pour nos dirigeants. En plus de toutes les choses que vous devez d'abord accomplir, vous devez aussi être un politicien et trouver une façon pour que nos dirigeants revoient leurs priorités et mettent cet enjeu en tête de liste.

Au cours des 2 ½ jours qui viennent, je vous parlerai également de notre équipe et des

différentes choses qui se passent dans le domaine. Tout ceci a été rendu possible grâce à la contribution généreuse de divers ministères : Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (Lucie Dessureault), DGSPSP (Diane Legresley), DGSPSP-Programme de l'hépatite C (Caroline Proulx) et le ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, CQCS (Luc Beauregard).

Nous n'oublions pas l'hépatite C. Nous parlerons également de cet enjeu très important au cours des prochains jours.

Garry Carbonnell présente les membres du comité permanent des Premières Nations et des Inuits du Québec sur le VIH/sida et invite madame Chantal Martin à lire le poème « Ne m'abandonnez pas avec le sida ».



LE VIH/SIDA : PORTRAIT DE LA SITUATION DANS LE MONDE, AU CANADA, AU QUÉBEC ET EN MILIEU AUTOCHTONE

Présentation powerpoint en annexe.

Présentatrice : Guylaine Chastroux, coordonnatrice technique VIH/sida, CSSSPNQL

Pour débiter les présentations de ces 3 jours, j'aimerais vous présenter un portrait du

VIH/sida à travers la planète, au Canada et ici, au Québec, dans les communautés autochtones. Je veux juste faire un bref rappel pour nous permettre de situer notre action à l'intérieur d'une problématique qui touche la planète entière. On parle souvent d'une épidémie de VIH/sida. A vrai dire, il s'agit d'une pandémie, c'est à dire de l'extension d'une épidémie à travers tout un continent voire à l'échelle du globe terrestre. Vous le savez, aucune région dans le monde, pas plus ici qu'ailleurs, n'est épargnée par le fléau.

LE VIH/SIDA AU NUNAVIK

Conférencière: Kathy Snowball, agente de la santé publique – promotion de la santé, RRSSS-Nunavik

Bonjour. Je m'appelle Kathy Snowball. Je travaille pour le service de santé publique à la Régie de la santé du Nunavik. Le service de santé publique vise la promotion de la santé et l'éducation des Inuits en matière de santé. Par exemple, nous éduquons notre peuple par la radio publique et nous organisons des rencontres dans les écoles afin d'éduquer les étudiants. Nous organisons des concours de dessin et des concours vidéo avec des prix à gagner. Un de mes mandats consiste à faire la promotion d'affiches, de brochures et d'autre matériel que nous diffusons dans les stations radio afin d'informer le public. Une grande variété de brochures sur les questions de santé sont offertes dans nos CLSC, dans les écoles et dans d'autres organisations.

L'an passé, le Cercle de l'espoir a lancé une campagne de sensibilisation au VIH/sida en enregistrant sur un CD des messages de prévention. Mon rôle était d'organiser cette campagne au Nunavik, alors j'ai demandé à des intervenants de traduire les messages du

CD dans leur propre dialecte, en inuktitut. Ce matériel a été utile et instructif.

Dans notre région, il est difficile de parler du VIH et du sida parce que ce n'est pas vraiment une réalité pour notre peuple. Jusqu'ici, aucun cas officiel de sida n'a été signalé par nos hôpitaux. Mais les données et les statistiques que nous avons recueillies indiquent que les taux de maladies transmises sexuellement sont très élevés dans nos communautés. Nous essayons de faire prendre conscience à nos gens que le VIH peut se transmettre comme une MTS. Notre service et nos CLSC offrent de l'information sur les MTS, l'hépatite C, le VIH et le sida ainsi que sur d'autres questions liées à des risques de santé. L'information est également diffusée par les stations radio locales. Nous distribuons également de façon régulière des condoms dans les centres locaux communautaires. Les femmes enceintes sont informées et ont le droit de demander de passer un test pour le VIH et le sida.

LE VIH/SIDA ET LES FEMMES AUTOCHTONES DU QUEBEC

**Conférencière: Prudence Hannis,
coordonnatrice pour la santé, Association
des femmes autochtones du Québec**



Bonjour et bienvenue à tous. Mon nom est Prudence Hannis, je suis abénaquise de la communauté d'Odanak.

Les différentes actions que j'entreprends en vue de remplir mon mandat sont essentiellement de recueillir les points de vues critiques des femmes en ce qui a trait aux questions de santé, de les transmettre aux instances concernées et d'en assurer le suivi afin de voir à ce que les besoins des femmes soient comblés. Il y a des besoins exprimés qui peuvent être comblés dans un assez court laps de temps, surtout si le problème relève d'une situation ponctuelle. Mais il y a d'autres problématiques qui, parce que plus complexes, nécessitent un investissement à plus long terme. C'est le cas pour le VIH/SIDA.

Les femmes sont grandement préoccupées par cette problématique et elles le citent régulièrement, lors de nos exercices de consultation, comme étant une priorité. Par exemple, lors d'une consultation que nous avons faite auprès de jeunes femmes âgées de 18 à 30 ans, la question du VIH est arrivée en 3^{ème} place avec le diabète, juste après la santé mentale et les MTS.

Les questions liées à la sexualité figurent au premier rang des préoccupations des femmes. Plusieurs aspects sont soulevés, comme par exemple : les relations sexuelles précoces, les relations qui se déroulent sous l'influence de substances altérant parfois la volonté de se protéger, les hauts taux de maladies transmises sexuellement. Elles insistent sur l'importance de favoriser la réflexion critique sur la problématique et les femmes craignent beaucoup les répercussions si on n'aborde pas ouvertement la question.

Les données démontrent qu'il est urgent d'intervenir. Les populations autochtones semblent être plus affectées par la hausse du VIH. Au Québec des données disent que les femmes composent le tiers des cas déclarés de SIDA au sein de la population autochtone. Chez elles, l'usage de drogue

intraveineuse est la principale cause de transmission, suivi des relations hétérosexuelles. Selon des données récentes, il semble aussi que la progression soit plus importante chez les femmes et les jeunes autochtones que chez leurs homologues non-autochtones.

L'urgence d'intervenir se situe non seulement au niveau de la stabilisation mais aussi de la réduction du nombre d'infection. Ce sont des objectifs qui sont ambitieux. Cela exige que nous mettions nos forces et nos énergies en commun pour entreprendre conjointement ce travail. Un exemple d'effort conjoint est le travail du comité permanent des Premières Nations et des Inuits du Québec contre le VIH/SIDA, auquel Femmes autochtones du Québec (FAQ)s'est joint il y a deux ans. Une des recommandations qui a été soumise par le comité concerne la mise en œuvre d'une campagne de sensibilisation au VIH/SIDA à l'intention des femmes autochtones. Cette campagne a été intégrée à la stratégie globale mais nous souhaitons mettre en œuvre un plan d'action spécifique pour les femmes. L'objectif de ce plan d'action consistera essentiellement à sensibiliser et informer les femmes autochtones sur la maladie mais aussi sur les traitements disponibles.

FAQ a consulté les femmes autochtones au cours de tournées provinciales, d'une rencontre « *femmes et santé* » et du séminaire auprès des jeunes. Je veux partager avec vous les résultats des ces rencontres. Ces informations ne sont pas classées par ordre de priorités.

En premier lieu, les femmes soulèvent le besoin qu'il y ait davantage de prévention et d'éducation sexuelle à l'intention des jeunes dès le plus jeune âge. Les femmes sont préoccupées par le fait qu'il y a des jeunes qui sont sexuellement actifs de plus en plus

tôt et ce, sans avoir nécessairement bénéficiés d'une éducation sexuelle adéquate, notamment en ce qui à trait à la contraception et à la transmission des MTS et du VIH. **Ce que les femmes suggèrent, c'est le développement d'un programme d'éducation sexuelle qui soit basé sur l'apprentissage d'une sexualité en santé, sur le respect de soi et des autres, sur l'utilisation adéquate des contraceptifs et sur l'importance des pratiques sexuelles protégées** dans le but de donner aux jeunes les outils nécessaires pour le développement d'une sexualité en santé et l'adoption de comportements relationnels sains.

Un autre point qui préoccupe beaucoup les femmes c'est l'importance d'accentuer les exercices de préventions face aux maladies transmises sexuellement. Les taux de MTS dans les populations autochtones sont estimés être entre 2 et 11 fois plus élevés que ceux de la moyenne nationale. Cet aspect est préoccupant dans la mesure où le fait d'avoir contracté une MTS prédispose davantage les individus à une infection au VIH. Ce qui est plus alarmant encore c'est qu'en raison de particularités biologiques les femmes semblent plus susceptibles que les hommes de contracter une MTS, et par conséquent le VIH, lors d'une relation hétérosexuelle non protégée. **Une stratégie efficace de prévention contre le VIH doit nécessairement intégrer une prévention contre les MTS.**

Un autre aspect important est la promotion des examens de dépistage dans une perspective de **responsabilisation des femmes face à leur propre santé**. Cela veut dire d'inciter les femmes à recourir davantage à faire des bilans annuels de santé, à entreprendre des examens gynécologiques et de recourir à des examens de dépistages du VIH.

De plus, les femmes sont préoccupées par les méthodes de contraception. Il y a un manque d'information sur les méthodes disponibles. Ce qui préoccupe davantage les femmes, c'est la hausse du recours aux contraceptifs injectables ou à d'autres contraceptifs de longue durée qui empêchent les grossesses non désirées mais qui ne protègent pas nécessairement contre les MTS. Dans cette perspective, elles jugent important de **poursuivre et d'intensifier la promotion du condom en tant que méthode la plus efficace de se protéger**. Par contre, elles soutiennent qu'il est important de **rendre le condom plus accessible qu'il ne l'est présentement**.

Les femmes que nous avons consultées sont de l'avis que pour bien cibler les lieux de diffusion et d'information il faut, au préalable, bien connaître les habitudes des jeunes mais surtout les rejoindre là où ils sont. Toujours dans cette perspective, les jeunes ont mentionné qu'ils préfèrent recevoir de l'information par le biais de colloque ou de séminaire mais il semble aussi qu'ils apprécient beaucoup la diffusion de l'information au moyen de dépliants, les rapports arrivant en dernier sur la liste. Ce qui semble aussi important, c'est de réaliser des exercices de préventions à partir de modèles concrets, par exemple au moyen de témoignages.

On doit aussi considérer les femmes qui ont recours aux interruptions volontaire de grossesses comme un des groupes cible dans la prévention des MTS et du VIH, en particulier parce que **l'avortement peut être perçu par certaine personne comme un moyen de contraception**, ce qui suppose que ces personnes n'ont pas recouru à des contraceptifs ou à des préservatifs.

La question de la sensibilité culturelle est également importante dans l'utilisation des services de soin de santé. Non

seulement cet élément permettrait de mieux cerner les perceptions des femmes face aux services de santé mais aussi de connaître leur pattern d'utilisation de service. Ce facteur va permettre de dégager les aspects qui sont essentiels à inclure dans le développement de formations et d'outils de sensibilisation à l'intention des dispensateurs de services, qu'ils soient autochtones ou non, et qui ont une clientèle autochtone.

Les femmes sont convaincues que la promotion de pratiques sexuelles saines et protégées doit se baser sur une approche de responsabilisation et de prise en charge de sa propre santé. Un des besoins majeurs exprimé est de **favoriser l'apprentissage à la négociation des pratiques sexuelles à risques réduits**. Elles conviennent par contre que la capacité des femmes à reconnaître le pouvoir qu'elles peuvent exercer sur leur corps est tributaire de l'estime de soi. Cela doit constituer la base et la pierre angulaire des interventions que nous faisons au niveau du VIH. Il est aussi important de considérer les facteurs psychosociaux qui sont susceptibles de contribuer à la vulnérabilité des femmes. Parmi ceux-ci, la pauvreté, la discrimination, la violence sexuelle ou conjugale, la toxicomanie, l'alcoolisme. Il est clair que les victimes d'agression sexuelle devraient aussi être considérées comme un des groupes cible dans la lutte contre le VIH. Mais, parce que le sujet est tabou, il est nécessaire de développer des techniques d'approches qui soient efficaces et surtout très respectueuses des personnes.

On a fait mention tantôt de l'hépatite C. C'est un sujet qui ressort aussi dans les discussions. **À chaque fois que les femmes parlent du VIH elles abordent la question de l'hépatite C.** On ne dispose pas de beaucoup de données sur le nombre d'infection à l'hépatite C chez les femmes autochtones du Québec, mais on sait que

c'est un problème qui fait rage dans nos communautés. Parce que les modes de transmissions et les facteurs de risques sont en plusieurs points semblables, parce qu'on constate aussi de plus en plus un phénomène de co-infection Hépatite C et VIH, **les femmes proposent de réaliser des exercices conjointement en prenant soin, quand on parle de VIH, d'intégrer l'hépatite C et vice versa.** La question de l'hépatite C est ressortie quand on a consulté les jeunes femmes : elles ont insisté pour dire qu'il faut agir avant qu'il ne soit trop tard.

La question des statistiques est un autre aspect important. Nous devons obtenir **des données fiables sur les taux de VIH/SIDA chez les femmes autochtones du Québec** afin de nous permettre d'évaluer l'efficacité de la stratégie. D'autre part les femmes considèrent que le fait de connaître la prévalence du VIH dans les communautés autochtones contribuerait d'avantage à sensibiliser les gens.

On constate que les femmes n'abordent pas la question du VIH de façon exclusive. Elles ont plutôt tendance à l'aborder via d'autres problématiques ou d'autres réalités qu'elles jugent tout aussi déterminantes. Les réflexions sur le sujet nous montrent les nombreux contextes dans lesquels la prévention du VIH peut s'effectuer, et combien il est important de considérer la lutte contre le VIH dans **une stratégie globale de promotion de la santé** qui s'appuie particulièrement sur une perspective d'empowerment, du respect de soi et du respect des autres.

Questions et commentaires :

C: Dans les établissements fédéraux, peut-être 80, 90 % des femmes veulent passer des tests pour les MTS et le VIH. Mais c'est comme un iceberg : nous n'avons aucune idée du nombre

d'hommes porteurs de l'hépatite C et du VIH parce qu'ils refusent de passer les tests. Et je crois que c'est pareil dans nos communautés.

C: Je sais de quoi vous parlez quand vous dites que les hommes semblent résister au fait de passer des tests. Nous avons beaucoup de problèmes comme ça dans les communautés crie. Le test pour la chlamydia est très douloureux pour les hommes. Nous essayons de trouver un test moins douloureux afin que les hommes soient plus enclins à passer le test. Ma question concerne la distribution des condoms : nous avons un réel problème pour essayer de trouver un moyen efficace de distribuer les condoms. Peut-être que d'autres communautés ont des moyens efficaces qu'elles pourraient suggérer. Ce que nous faisons présentement est de rendre les condoms accessibles dans nos cliniques, à l'hôpital, à la pharmacie, mais très peu de gens en prennent.

C: Je suis infecté et j'ai quelques amis Inuits qui sont séropositifs pour le VIH à Ottawa. Je dis cent fois par jour à ma fille que je l'aime et lorsqu'elle aura dix ans, vous savez ce que je lui dirai? Papa a fait beaucoup de mauvaises choses lorsqu'il était un jeune homme et je veux que jamais tu ne fasses cela. Et je vais lui dire cent fois par jour combien je l'aime et que je ne veux pas qu'elle fasse ce que son papa a fait. C'est ce que je lui dirai. L'éducation est, je crois, la façon la plus puissante d'amener nos enfants à prendre eux-même le contrôle.

SIDA 101

Conférencier : Dominic Levesque, infirmier, coordonnateur au secteur Info-Traitement du CPAVIH

Bonjour,

Juste un petit mot sur le CPAVIH - le comité des personnes atteintes du VIH- pour lequel je travaille. Notre mandat est de représenter, défendre et informer les personnes atteintes du VIH au Québec.

Je vais présenter les aspects biologiques du VIH. Mon objectif est de vous donner un rappel de base des données sur le VIH/Sida et je ne vais toucher que le facteur biologique.

Je veux commencer par cet article de journal, paru cet été suite à la conférence mondiale sur le Sida, et intitulé : «Nouveau remède contre le Sida : le T20». Le T20 est le nom d'un médicament. Il faut savoir que «remède» pour nous, dans notre vocabulaire, c'est un traitement, un médicament qui met fin à une maladie. Mais si nous regardons dans le dictionnaire, «remède» ce n'est qu'un traitement, un médicament. Le Sida n'a pas de médicament miracle. Encore aujourd'hui c'est une chose dont il faut se rappeler. Ne croyez pas toujours ce qui est écrit dans les journaux !

VIH = virus de l'immunodéficience humaine. Tout ce qu'un virus veut faire c'est se reproduire, se répliquer. **Immunodéficience** : immuno pour système immunitaire, déficience pour dire que le virus va diminuer, affaiblir le système immunitaire.

SIDA = Syndrome de l'immunodéficience acquise. Le Sida est la phase avancée de l'infection par le VIH, l'étape où la personne infectée devient malade. Son système immunitaire est tellement affaibli qu'elle peut attraper des infections, des maladies opportunistes. Celles-ci profitent du fait que son système immunitaire est affaibli pour l'attaquer.

Il faut bien différencier l'infection par le VIH et le SIDA. Une personne devient séropositive à partir du moment où elle est infectée par le VIH. Quand on parle de SIDA, il s'agit de l'étape avancée de l'infection par le VIH. Le VIH touche le système immunitaire. Dans notre sang, nous avons des globules rouges qui servent à

amener l'oxygène partout dans le corps. Nos plaquettes servent à la coagulation pour arrêter les saignements. Les globules blancs font également partie du système immunitaire. Dans les globules blancs, nous trouvons différentes catégories. Ceux dont on entend toujours parler dans le cas du VIH, sont les *CD4* ou *T4*. En effet, c'est cette cellule que le virus va utiliser pour se multiplier : le VIH, en s'attachant au CD4 et en l'utilisant, diminue la capacité du corps à répondre à l'ensemble des infections.

Comment peut-on attraper le VIH ? Certains liquides sont porteurs du VIH, à savoir : **le sang, le sperme, le liquide pré-éjaculatoire, le lait maternel et les sécrétions vaginales.** Une question qui nous est encore fréquemment posée est la suivante : est-ce que la salive est un liquide à risque ? La réponse est « Non ». Il est possible que la salive porte le VIH, mais cela en quantité insuffisante pour présenter un risque de transmission. Par contre, il faut se rappeler que nous pouvons parfois avoir du sang au niveau de la salive. Or, le sang est un des liquides biologiques porteur du VIH. La salive qui porte le sang devient à ce moment là un liquide qui peut transmettre le VIH. Les seuls liquides qui sont à risque de transmettre le VIH sont ceux cités plus haut, et ce sont ceux-là qu'il faut garder en tête.

Il faut encourager les gens à passer des tests de dépistage. Avec ce test, on veut trouver des anticorps, c'est à dire une réaction du corps au virus du VIH. Il faut attendre 3 mois après une activité à risque pour faire le test, car cela peut prendre 3 mois avant de se développer. Certaines personnes vont même recommander un deuxième test 3 mois plus tard.

Souvent, des gens nous demandent : « ça prend combien de fois, combien de comportement à risque ? », ou bien « c'est quoi le pourcentage de risque d'attraper le

VIH si je fais telle ou telle activité? ». J'ai vu un tableau qui répondait à une question de ce type là, mais il est tellement complexe qu'il est inutilisable dans un programme de prévention. Des gens peuvent avoir à plusieurs reprises des comportements à risque et ne pas être infectés par le VIH. D'autres, que nous avons reçu chez nous, n'ont eu qu'un seul comportement à risque, et ont été infectés par le VIH. Même si nous apprenions qu'il y a 0.079% de risque pour telle ou telle activité, il faut savoir que, pour certaines personnes, un seul comportement à risque a amené le VIH.

Je veux maintenant vous faire un rapide portrait de ce que c'est de vivre avec le VIH en lien avec les traitements. Je ne vous parlerai pas des facteurs psychologiques. Vous pouvez tout à fait être conscients de toute la discrimination qui est reliée au fait de vivre avec le VIH. Ce que je veux vous dire, c'est qu'il n'y a pas de traitement miracle présentement pour ces personnes là. Donc l'idée, le mythe selon lequel « je vais prendre des médicaments et je vais être correct » est faux.

Ceux d'entre vous qui ont déjà des contacts avec des personnes atteintes du VIH savez probablement que ces personnes vivent avec le stress de savoir combien de temps elles vont vivre. Mais on ne le sait pas. Maintenant, les traitements nous permettent donc de contrôler l'infection par le VIH et de s'assurer que le VIH ne détruit pas complètement les cellules CD4. Par contre, vivre avec ce traitement, n'importe quelle personne atteinte vous le dirait, représente un défi quotidien : il faut prendre ses médicaments, savoir que l'on met ces médicaments dans son corps à chaque jour, et vivre avec les effets secondaires reliés à ces médicaments. Je pense que toute personne atteinte pourrait vous faire un témoignage sur ces traitements. Ce à quoi je voulais vous faire réfléchir, et je pense que

vous le savez déjà, c'est que vivre avec le VIH est une chose pour l'aspect psychologique, mais vivre aussi l'aspect biologique, l'aspect « traitement » du VIH, c'est complètement autre chose.

Il est possible de traiter le VIH d'une personne qui consomme des drogues. Il n'y a aucune contre indication pour elle de prendre des traitements contre le VIH ou contre l'hépatite C. Cela est plus difficile mais cela se fait. Par contre, cela implique des défis qui sont d'un autre ordre.

Je ne vous ai pas parlé beaucoup des traitements, mais il y a une importance sur la fidélité d'une personne qui suit un traitement. Il faut que la personne soit fidèle à la prise de ses médicaments parce que sinon, malheureusement, ces médicaments ne font plus effet et le virus développe une résistance à ces médicaments. Nous n'avons pas encore de nombreux choix de traitements. On peut avoir parfois 4 ou 5 séries de traitements, parce que chacun des traitements comporte en général 3 médicaments ensemble, et quand je vous dis 5, on est rendu à la limite de l'utilisation des médicaments. On n'en a que 3 ou 4, parfois 5, et ensuite on n'a plus de série de médicaments à offrir à une personne atteinte, et l'on attend les prochains avec impatience, pour pouvoir leur donner quelque chose.

Questions et commentaires

Q : Virus veut dire qui se transmet d'une personne à une autre et non qui se crée. La croyance populaire chez les jeunes est que deux personnes non porteuses du VIH ne peuvent le créer, ou se donner le VIH. La souche du virus peut-elle être créée avec deux personnes qui sont non porteuses du VIH?

R : Ce virus ne peut pas apparaître : cela prend une source, une personne infectée. Il existe beaucoup de croyances différentes sur l'origine du virus et l'hypothèse la plus scientifique, la

plus approuvée, serait la transmission d'un virus qui était chez un chimpanzé à l'homme lors de la chasse et de la préparation de la viande, au cours de laquelle il y aurait eu des contacts entre du sang. Les gens se sont probablement coupés et il y aurait eu contact entre le virus chez le singe et une porte d'entrée chez l'humain. C'est arrivé à plus d'une reprise parce que nous avons deux grandes souches de virus dans le monde. Au départ, les gens dans les populations qui chassaient ne voyageaient pas. Ainsi, cette souche est probablement passée chez l'homme et est morte après un petit nombre de personnes infectées. Mais, par la suite, les gens se sont mis à voyager et ont transporté le virus dans d'autres pays. Donc, on imagine cinq personnes qui ont des activités sexuelles, de n'importe quel ordre : ces cinq personnes ne vont pas créer le virus entre-elles : cela prend une personne qui est infectée par le VIH, cela prend les liquides biologiques qui pénètrent à l'intérieur du corps d'une autre personne. Lorsque je dis pénétrer, je vais vous donner une image : si une personne a du sperme dans la bouche, il faut qu'il y ait des lésions au niveau de la bouche pour qu'elle soit infectée. Si le sperme est avalé, ce n'est pas un moyen de transmettre le virus : celui-ci sera détruit à l'intérieur de l'estomac. Donc, même cela n'est pas une porte d'entrée. Il faut vraiment une porte d'entrée comme des lésions, des fissures, voire même juste le contact avec les muqueuses.

Q : Lorsqu'une goutte de sang tombe sur une table, j'ai déjà entendu dire que le virus pouvait vivre 15 seconde. Est-ce que c'est vrai? Pour l'hépatite C, est-ce que c'est la même chose?

R : La réponse va varier selon certains critères : quelle quantité de sang y avait-il? Quelle était la température? Quelle était la lumière? Il y a trop de facteurs qui entrent en jeu pour que nous puissions répondre précisément. Ce que l'on dit habituellement c'est que le sang séché n'est pas à risque de contamination du VIH. N'oublions pas que notre peau est notre premier moyen de défense. Pour l'hépatite C, on sait que le virus vit beaucoup plus longtemps, même à l'air libre, à la chaleur et à l'humidité. Encore une fois, **ce virus là ne passe pas à travers notre peau.** Donc, à moins que cette goutte de sang ne soit

entrée en contact avec une muqueuse, ce n'est pas un risque de transmission.

Q : Concernant la pensée magique qui dit qu'aujourd'hui si on attrape le VIH il y a toutes sortes de médicaments, je pense que les gens doivent savoir qu'avec la co-infection VIH et l'hépatite C, un foie qui est malade tolère difficilement les médicaments que moi j'appelle « des poisons à rats » tellement ils sont puissants. Nous avons souvent des échecs avec le traitement des femmes parce que leur foie sont tellement malades due à l'hépatite C qu'on n'arrive pas à pouvoir les traiter et à baisser les charges virales.

R : C'est vrai, les gens qui meurent présentement du VIH meurent souvent des maladies opportunistes. Le système immunitaire est bas, on a une infection et les gens ne savaient pas qu'ils avaient le virus du VIH. Ils ont attrapé une pneumonie particulière reliée au VIH et sont morts de cela. Il y a plusieurs personnes qui ont des difficultés hépatiques et qui meurent de problèmes hépatiques reliés à la co-infection VIH et hépatite C. Par contre, ce que je veux que les gens retiennent, c'est qu'**il est possible de tenter aussi des traitements dans ces cas là.** Effectivement ce n'est pas facile, pour les personnes qui vivent avec cette co-infection, et c'est une des raisons qui fait que les milieux VIH deviennent de plus en plus sensibilisés à l'hépatite C. Il ne faut pas traiter ça comme deux problèmes séparés. Il faut les joindre ensemble, parce que ce que vivent les personnes atteintes du VIH qui ont en plus l'hépatite C, c'est un problème hépatique avec des traitements qui sont beaucoup moins possibles dans ce cas là.

PARLER DU VIH/SIDA AUX FEMMES AUTOCHTONES

Conférencière : Marlène Daley, agente de relations humaines, Centre d'intervention sida, CLSC Metro de Montréal

À part les conseils pratiques de tous les jours, le message que j'aimerais transmettre est le suivant : soyez vraiment fiers de ce que vous faites parce que si vous ne le faites

pas, qui le fera? Il est possible que vous ne voyiez pas les résultats de votre travail, que vous ignoriez les effets que vous produisez, mais chaque fois que vous parlez personnellement à une seule personne de ce qui est important pour elle, vous lui donnez un outil qu'elle peut utiliser, un peu d'espoir ou d'encouragement ou la façon de ressentir du plaisir avec un condom, vous faites quelque chose que personne d'autre ne peut faire. De tout cœur, je dis bravo à tous ceux d'entre-vous qui faites constamment ce genre de travail. Nous ne sommes pas seuls et je vous dis merci de nous avoir rapprochés parce que cela est tellement crucial et, à la fin, lorsque vous retournez à votre propre travail, essayez de vous rappeler quelque part dans votre esprit que vous n'êtes pas seuls et que nous nous vous envoyons tous de l'énergie pour continuer à faire ce que vous faites et que votre travail est vraiment important. Cela a été pour moi un plaisir et un privilège de travailler beaucoup, quoique par longtemps, avec des Autochtones. Je suis un peu sensibilisée à votre culture et à votre contexte particulier mais vous êtes sans contredit les experts, alors, il est évident que vous devrez adapter tout ce que je vous dis aujourd'hui afin que cela vous soit utile.

Je travaille à Montréal dans une clinique où on effectue des tests. C'est la seule véritable clinique de dépistage anonyme de la ville où l'on n'effectue pas encore le dépistage des MTS, seulement des tests du VIH. Le tout se fait de manière anonyme. Dans ce contexte particulier, je suis chanceuse de rencontrer des gens qui peuvent me faire confiance de façon absolue et de qui j'ignore tout. Elles peuvent dire tout ce qu'elles veulent et rien ne s'ébruiera, ce qui n'est pas le cas dans une petite communauté mais, peu importe, je pense que vous pouvez, en tant que personne pleine de talents et de compétences, aider les gens à se sentir en sécurité dans votre petit bureau, là où il est possible de parler des vraies choses.

Tout le monde sait qu'on est censé se servir d'un condom, n'est-ce pas? Comme vous le savez tous, là n'est pas la question. C'est plus personnel. Qu'allez-vous faire? De quoi avez-vous besoin pour vous sentir en sécurité? Quelle est votre propre expérience dans ce domaine-là? Et vous savez, réussir à trouver quelqu'un pour aider à analyser la situation, quelles sont les solutions possibles, les encourager, les informer – ils n'ont pas besoin de beaucoup d'information. Ils ont probablement plus besoin d'une oreille attentive, d'un petit peu d'écoute et souvent, cela est plus important que le test du VIH, voilà ce que j'ai appris en dix ans. Alors, nous parlions des femmes autochtones. Mais je me disais : de qui parlons-nous au juste? Nous parlons de jeunes adolescentes, nous parlons de femmes qui espèrent avoir des enfants, nous parlons de femmes qui ont des enfants, nous parlons de femmes dont les maris sont coopératifs ou non coopératifs dans ce domaine. Nous parlons de femmes qui connaissent la violence, l'alcool ou la toxicomanie, nous parlons de grands-mères ou de sœurs, nous parlons de n'importe qui. Alors, comment parlez-vous de VIH/SIDA avec des femmes autochtones? Une fois de plus, c'est vous qui avez l'expertise. Je vais juste essayer de vous dire bien humblement ce dont je parle avec les femmes, qu'elles soient autochtones ou non autochtones, originaires d'Afrique, qu'elles soient âgées de 85, 42 ou 14 ans. Beaucoup de choses ont été dites qui sont très importantes sur ce qui arrive quand on ignore qui est infecté par le VIH dans vos communautés. Voilà le plus gros problème; on ignore qui est touché et on a donc l'impression que ce n'est pas un si gros problème que ça. La seule chose qui dément cela, c'est la campagne et le travail que vous faites. Une fois de plus, je pense qu'il y a beaucoup d'espoir pour les gens du Nord et des autres communautés autochtones.

Lorsque vous parlez aux gens, vous devez penser à ce qui est important pour eux, pas à ce qui est important pour nous parce qu'on ne peut pas les obliger à adopter nos méthodes. Lorsque quelqu'un vient vous voir, il est bon de les connaître un peu – ce qui lui arrive et ce qu'il aurait besoin en matière de prévention du VIH. Je considère d'une façon très particulière les points faibles des gens. Alors, tenir compte du contexte de la personne et lui dire que vous savez ce qui se passe dans ses relations et avec qui elle a des rapports sexuels et son niveau de sécurité et ainsi de suite et essayez de s'en servir pour lui souligner ses points faibles. Parfois, vous avez affaire à une personne vraiment gênée et qui ne peut pas parler de cela. La seule chose qu'elle peut faire est de se procurer un condom et de l'offrir à un partenaire. Elle n'est peut-être pas capable d'exprimer quoi que ce soit, mais c'est déjà quelque chose et, une fois de plus, ce sont toujours avec ces petites choses-là que vous pouvez les aider. Des tas de gens n'ont jamais touché à un condom, n'ont jamais ouvert une boîte de condoms, ils ne savent même pas comment le mettre. Je demande toujours aux femmes quand est-ce qu'elles vont commencer à apprendre à en mettre un. Parce que certains hommes perdent leur érection à l'idée même d'utiliser un condom et si vous savez comment le mettre, cela peut faire partie du jeu, de la danse sexuelle, et cela peut aider votre homme à en utiliser.

Comment mettre un condom : *(Marlene effectue une démonstration à l'aide d'un pénis en bois. Elle explique les avantages de l'utilisation du lubrifiant, qui procure un plus grand plaisir et plus de sécurité)*

Vous ne voulez pas parler de ce qu'il faut faire. Vous voulez parler de la façon de le faire. Les gens ont l'habitude de paniquer à propos de risques minimes qui n'existent pas et je leur dis : si tout le monde se servait de

condoms lorsqu'ils ont des pénétrations anales ou vaginales et si tout le monde utilisait des aiguilles propres, nous n'aurions pas d'épidémie.

Je recommande aux femmes d'acheter leurs propres condoms afin de ne pas dépendre de personne puisque la plupart du temps il n'y en aura pas quand vous en aurez besoin. Les gens ont besoin de savoir que c'est correct de demander à son partenaire d'être protégé, ils ont besoin de savoir qu'ils peuvent établir des normes avec les gens qu'ils côtoient. Vous pouvez encourager quelqu'un même s'il prend de la drogue ou de la boisson ou même s'il est violent ou quoi que ce soit et tout ce que vous faites pour le faire se sentir un petit peu mieux est utile. Vous pouvez aussi l'amener à prendre le contrôle en lui disant qu'elle est assez intelligente, assez importante, qu'elle peut faire cela maintenant pour elle, avoir ses propres condoms et savoir comment les mettre à quelqu'un. Pratiquez et si vous ne savez pas comment négocier avec vos partenaires, vous n'avez qu'à penser à certaines choses toutes simples à dire à quelqu'un lorsque vous voulez qu'il utilise un condom. Une des choses que je dis est de simplement demander qu'il porte un condom, de lui dire que vous allez l'aider à le mettre, lui montrer, lui dire que vous connaissez un petit truc qui va aider. « J'aime pas ça lorsqu'ils ne se sentent pas bien ! ». « Tu vas voir, ça va être bon. » Vous pouvez les encourager de cette façon.

Il est évident qu'en situation de violence, la négociation peut être très difficile. Lorsque quelqu'un vous dit « Tu ne me fais pas confiance? », vous pouvez répondre « Je veux juste pouvoir relaxer, je veux avoir du bon temps avec toi et si je m'inquiète, je ne relaxerai pas alors, tu vois, tout ira bien ». S'il s'obstine toujours, vous dites « Regarde, je comprends. » (ne vous obstinez pas, vous voulez que le sexe soit bon, vous voulez

passer une belle soirée, ne vous obstinez pas). Sans vous obstiner (cela ne peut pas toujours marcher, évidemment) vous pouvez simplement dire : « Regarde, je comprends, mais tu sais quoi? On peut faire l'amour avec le condom comme ce que j'avais prévu ce soir ou on peut faire autre chose. En ville, je dis en riant qu'on peut aller voir un film. Donnez-lui deux choix, mais pas trois; on peut faire ceci ou on peut faire cela. La plupart des gars ne partiront pas voir un film lorsqu'ils peuvent faire l'amour avec une femme qui leur plaît. Même avec un condom. Alors, vous gagnerez probablement la partie à moins que votre partenaire ne soit vraiment difficile à convaincre et qu'il soit violent. Si quelqu'un a un mari ou un ami qui se drogue et qui est difficile à contrôler, il est toujours possible pour elle d'utiliser le condom au féminin, qu'elle peut insérer plus tôt avant qu'il n'arrive à la maison. Il n'est pas peut-être pas facile de le trouver dans les communautés, mais c'est une option que certaines femmes choisissent. Les femmes qui ont peur que leurs maris les trichent lorsqu'ils partent à l'extérieur pour un tournoi de hockey ou autre ou qui sont inquiètes parce qu'elles sont infidèles devraient penser à utiliser des méthodes de contraception, y compris le condom. Beaucoup de mes clientes optent maintenant pour le condom au lieu de la pilule ou d'autres méthodes parce qu'elles se sentent plus en sécurité ou elles ne veulent pas utiliser la pilule parce qu'elles refusent d'avaler des produits chimiques. Vous savez une chose intéressante qu'on peut dire? Vous pourriez peut-être utiliser un condom avec les personnes avec lesquelles vous avez des rencontres occasionnelles et réserver le sexe non protégé pour quelqu'un de vraiment spécial. On sait que les gens veulent avoir du sexe sans condom. C'est normal, mais peut-être devons-nous penser à réserver cela pour quelqu'un de vraiment spécial, peut-être devons-nous penser à passer tous deux des tests de détection au

début et insister sur cette sorte d'arrangement parce que je crois que si vous le dites, surtout les jeunes femmes, pourquoi ne pas montrer au garçon que vous avez des principes et je ne crois pas que cela soit une mauvaise chose. Si vous tenez bon. Cela est juste ce que les gens semblent écouter lorsque nous parlons. Et lorsque vous commencez une relation avec quelqu'un et que vous attendez, que vous apprenez à le connaître avant de passer un test de détection et que vous avez confiance qu'il sera fidèle.

Les tests de détection. J'ignore ce qui arrive avec les tests de détection dans les communautés. C'est quelque chose de vraiment difficile à réaliser. Il est certain que les tests de détection anonyme n'ont pas été faciles à réaliser dans les communautés. Je recommande encore de passer les tests de détection de façon anonyme parce que les gens se sentent plus en sécurité, mais nous savons tous que l'anonymat est difficile à respecter dans une petite localité. Les tests de détection : que font-ils? De nombreuses personnes ont remarqué que cela les confronte à leurs propres peurs ou à la réalité de savoir ce qu'on ressent d'attendre pour savoir qu'on n'est plus en santé et cela a tendance à donner aux gens une confrontation avec la réalité. Lorsque le résultat est négatif, je leur demande « comment vous sentez-vous aujourd'hui? ». La plupart sont soulagés et ensuite, ils se sentent très bien. « La prochaine fois que vous voulez prendre des risques ou que vous êtes tentés, souvenez-vous de la façon dont vous vous sentez actuellement parce que cela peut vous inciter à faire preuve de prudence. Dans le cas contraire, et si vous venez passer un autre test, c'est ok. Une fois de plus, ne rabaissez jamais les gens à cause des gestes qu'ils ont posé mais essayez plutôt de les remonter et de les encourager à faire mieux.

Risque : Qu'est-ce que j'ai appris sur les êtres humains? Premièrement, ils mentent toujours lorsqu'il s'agit de sexe. Si vous vous attendez à ce que quelqu'un vous dise tous les détails intimes de sa vie sexuelle dès la première rencontre ou même à la 23^e rencontre, vous ne connaissez pas la nature humaine, vous êtes naïfs. Ne soyez pas naïfs. C'est tout ce que je dis aux gens parce que ce que j'ai appris est que les gens, pour de très bonnes raisons et parfois pour des raisons qui ne sont pas très bonnes, ne vous diront pas la vérité au sujet du sexe. Et ne vous inquiétez pas pour ça – ce ne sont pas de mauvaises personnes – c'est comme ça tout simplement. Alors, si vous voulez parier votre chemise qu'ils seront honnêtes, vous perdrez probablement votre pari. Vous vous engagez probablement dans une situation délicate. Alors, vous devez juste supposer que n'importe qui aurait pu avoir une aventure avec quelqu'un qui pourrait avoir le VIH. C'est juste normal, c'est ok, nous sommes tous concernés. L'autre chose que j'ai apprise, c'est que les gens pèsent les risques et ne me dites pas que vous ne l'avez jamais fait. Combien de personnes au Québec ont le VIH? Quelle est la probabilité de rencontrer une de ces personnes? Combien de fois aurais-je des relations avec ces personnes? Est-ce que j'ai vraiment besoin d'utiliser un condom? Quels sont les risques? Personne ici n'a jamais fait ça, pas vrai? Ou vos clients, pas vrai? Les gens font ça tout le temps. C'est ça que les gens font! La vérité est que nous pouvons prendre cinq femmes qui ont toutes eu des relations avec le même homme qui a le VIH. L'une d'entre-elle a des relations sexuelles une fois avec cet homme et elle est contaminée par le VIH tandis qu'une autre a 200 relations et n'est pas contaminée, la troisième a deux enfants de lui et elle n'est pas contaminée. Comment ça? Comment expliquez-vous ça? Ce que vous pouvez expliquer aux gens, c'est que vous savez que nous ne savons pas comment mesurer la sensibilité de chacun

d'entre nous à ce virus. Certains sont plus résistants et d'autres plus sensibles et c'est quelque chose que nous ne comprenons pas vraiment. Vous pouvez consulter les statistiques qui indiquent que vos risques d'être infectée si vous avez des relations non protégées avec un homme atteint du VIH est de un sur cent, mais ces chiffres sont vraiment inutiles pour une femme qui est très sensible au VIH. J'ignore si c'est utile de parler de statistiques, mais les statistiques ne nous aident pas du tout et si quelqu'un dit : Pourquoi ne pas vous asseoir au milieu de la route avec les yeux bandés et selon les statistiques, les risques de vous faire frapper par un camion sont de un sur 72. Combien de temps allez-vous rester assis au milieu de la route? Probablement pas très longtemps, n'est-ce pas? Avec le VIH, par contre, les gens font ça tout le temps. Alors, il est normal pour les gens de parler de statistiques, mais je ne crois pas que ça soit utile. Ces modèles sont parfois utiles, mais, finalement, je pense que ce qu'ils doivent comprendre c'est : êtes-vous vraiment intéressés à rester en santé parce que si vous ne l'êtes pas, personne au monde ne peut vous aider, personne. Donnez-leur la chance d'être responsables, remettez-leur cette responsabilité et dites-leur : si vous voulez rester en santé vous le pouvez et je vais vous aider à y parvenir. Si vous ne voulez pas ou si cela n'est pas important pour vous, ça va, mais, vous savez, pensez-y parce que cela vaut la peine d'être en santé et voulez-vous des enfants? Est-ce que c'est important pour vous, parce que si oui, il y a peut-être des choses que vous voulez faire pour vous assurer que vous pouvez en avoir. Vous devez trouver ce qui motive les gens.

Finalement, que Dieu vous bénisse tous pour ce que vous faites et ne lâchez pas. Lorsque vous vous sentez fatigués ou désespérés ou encore que vous avez l'impression que cela est très ennuyeux et que personne d'autre que vous n'est intéressée, vous n'êtes pas

seuls. Tout le monde dans cette salle et des millions de personnes dans le monde essaient de faire ce que vous faites et je vous en félicite et je vous souhaite bonne chance.

Questions et commentaires :

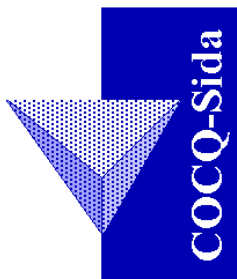
Q : On sait que les jeunes ont déjà de la difficulté à garder avec eux des condoms, êtes-vous en train de me dire qu'il faut maintenant leur dire d'avoir aussi une bouteille de lubrifiant?

R : C'est une toute petite bouteille qui ne coûte pas trop cher et qui dure longtemps. Il y a aussi des échantillons qu'on peut avoir et qui sont plus pratiques dans la poche. Je pense que c'est important que les jeunes sachent que le lubrifiant existe et comment l'utiliser parce que, encore une fois, on veut mettre l'emphase sur le plaisir et montrer qu'on peut avoir non seulement la sécurité mais aussi la satisfaction. Je crois que, oui, c'est une bonne idée de le suggérer aux jeunes.

LE RÉSEAU DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA AU QUÉBEC

Présentation powerpoint en annexe.

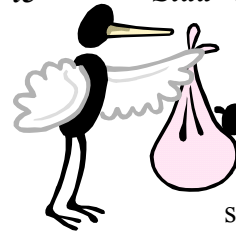
Conférencier : Michel Morin, directeur adjoint de la COCQ sida.



LE DÉPISTAGE DES FEMMES ENCEINTES DE L'HOPITAL STE-JUSTINE

Conférencière : Guylaine Morin, travailleuse sociale au centre maternel et infantile sur le sida de l'hôpital Ste-Justine

Je suis travailleuse sociale, depuis bientôt dix ans, au *Centre maternel et infantile sur le Sida (CMIS)* de l'hôpital Ste-



Justine. Je fais aussi partie d'un regroupement de travailleurs sociaux qui interviennent dans le domaine du VIH/Sida. Il

s'agit d'un regroupement permettant aux travailleurs sociaux de se rencontrer sur une base régulière afin d'échanger sur les services, les ressources ainsi que sur les nouveautés et de se maintenir à jour sur la problématique et les aspects cliniques reliés au VIH/Sida. Je fais également partie du comité PASF (Comité prévention action Femme Sida Montréal), qui regroupe les femmes infectées par le VIH autour de différentes activités. .

À l'hôpital Ste-Justine, le CMIS est une large équipe, constituée en UHRESS, c'est à dire, en *Unité hospitalière de recherche, d'enseignement et de soins sur le Sida*. L'équipe est mandatée afin de faire de la recherche, de l'enseignement en plus d'offrir des soins et des services à la clientèle touchée par le VIH/sida. L'équipe est composée de médecins, pédiatres et gynécologues, d'infirmières, de différents professionnels, et d'une équipe de chercheurs.

La présentation que je m'appête à vous faire sera évidemment limitée et n'aura pas la prétention de couvrir tout ce qu'il y aurait à dire. Quand on parle de VIH/Sida en milieu pédiatrique et familial, on peut penser à

plusieurs éléments dont le dépistage, les aspects psychosociaux du VIH/Sida reliés aux femmes, aux enfants, aux couples et aux familles, toutes les questions reliées au secret, au dévoilement, à la notification des partenaires, à la violence, aux problèmes reliés à la consommation de drogues, etc. Nous sommes de plus interpellés par l'intervention en contexte multi-ethnique. Finalement, nous confrontons une nouvelle réalité, soit celle du transfert des adolescents séropositifs vers les milieux adultes. Les enfants vivant avec le VIH grandissent, et nous en sommes très heureux, ce qui nous confronte à de nouveaux défis tels la réussite de les transférer au secteur des adultes. Je vais tenter un survol rapide des points les plus importants.

Je vais d'abord vous parler du **Programme Québécois de dépistage des femmes enceintes** Le programme de dépistage existe depuis mai 1997. Il est donc en application depuis plus de 5 ans, et en constante évaluation. Le programme a été mis sur pied, en raison des nouveaux médicaments pouvant réduire la transmission du virus de la mère à l'enfant.

Une enquête Américaine (ACTG 076) avait en effet démontré que sur un nombre important de patientes qui n'étaient pas traitées à l'AZT, celles-ci transmettaient le virus à leur enfant dans une proportion d'environ 25%, contre 8% chez les femmes traitées. Pour des raisons éthiques évidentes l'étude s'est terminée et toutes les femmes enceintes se sont vues offrir de l'AZT afin de bloquer la transmission maternelle.

À l'hôpital Ste-Justine, au CMIS, les cohortes révélaient que les femmes non traitées à l'AZT transmettaient le virus à leur enfant dans une proportion de 30%. La transmission était un peu plus élevée que dans l'étude américaine. Traitées avec de l'AZT elles transmettaient à moins de 4%..

C'est ce succès pharmacologique qui a amené la naissance du **Programme Québécois de dépistage des femmes enceintes**.

Les grands principes directeurs de ce programme sont le droit à l'information pour toutes les femmes enceintes, où celles désirant le devenir, la nécessité d'un counselling adapté à la grossesse et le dépistage du VIH effectué sur une base volontaire. Le programme est universel mais non obligatoire. L'un des principes directeur du programme, est le consentement éclairé des femmes. Le programme insiste sur l'information médicale transmise par le médecin à la femme enceinte. Toutes les femmes enceintes souhaitent accoucher d'un bébé en santé. Elles comprennent vite les avantages et les inconvénients au dépistage, mais la décision finale du dépistage leur revient. En raison de la grossesse, les résultats des tests doivent être connus dans des délais raisonnables. Si une femme est enceinte de 10 semaines par exemple, et que



le résultat prend 2 mois avant d'être connu, il peut être trop tard afin de décider

d'un avortement. Le programme prévoit donc un temps très court afin d'obtenir le résultat du test de dépistage et se coordonne avec les laboratoires impliqués.

Le programme a été mis en application il y a 5 ans. Grâce à lui, 277 femmes infectées par le VIH ont été identifiées. 140 femmes connaissaient leur statut sérologique avant la grossesse. Il s'agit de femmes infectées par le VIH qui se savaient atteintes et qui ont décidé d'avoir un enfant. 115 femmes ont été dépistées durant la grossesse, ce qui

représente 41,5% des femmes dépistées. Pour elles le résultat était inattendu car elles ne se pensaient pas à risque d'être infectées par le VIH. Elles se retrouvent sous le choc de ce diagnostic. 22 femmes apprennent après la grossesse leur diagnostic, ce qui représente presque 8% des femmes. Nous verrons plus tard ce qui s'est produit avec ces cas. Parmi les femmes qui ont été dépistées, 25% étaient d'origine haïtienne, 33% étaient caucasiennes, 36% africaines, ce dernier groupe est celui dont le nombre est en plus grande augmentation, 3% étaient latino américaines et 4% d'autres origines. Parmi les autres, il y avait seulement quelques cas de femmes autochtones.

Nous avons parlé plus tôt du 8% de femmes qui ont été dépistées après la grossesse. Il s'agit de 22 femmes ayant donné naissance à des enfants dont, 9 enfants infectés par le VIH. Leurs facteurs de risques pour l'infection étaient les suivants: 14 provenaient de pays endémiques, 6 avaient été infectées par relations sexuelles et 2 étaient utilisatrices de drogues injectables. Les raisons pour lesquelles elles ont été dépistées sont que leur enfant était malade, la mère est devenue malade, le conjoint s'est fait dépister pour le VIH, elles ont été dépistées en post-partum, ou encore, il y a eu un accident à la salle d'accouchement. Par exemple, une personne dans la salle d'accouchement se pique accidentellement, et on dépiste la patiente pour le VIH afin de se rendre compte qu'elle est infectée par le VIH. Ces femmes ne semblaient pas présenter de facteurs de risques, elles étaient souvent de nouvelles arrivantes. Avant janvier 2002, le test de dépistage du VIH n'était pas obligatoire pour immigrer au Canada. Fréquemment les immigrants croyaient avoir été dépistés alors que très souvent ils ne l'avaient pas été. Le test n'est toujours pas obligatoire pour les réfugiés politiques, les étudiants, les visiteurs, etc. Par contre, la politique a changé depuis

janvier 2002 et le test est devenu obligatoire pour immigrer. Les cas "erreurs" du programme ont permis d'identifier que certains médecins ne connaissaient pas les interventions permettant de réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant. On a vu aussi que certains médecins étaient embarrassés d'annoncer le résultat à leur patiente, ou qu'ils pensaient qu'il n'y avait rien à faire. Ajoutons, qu'il y a eu des retours systématiques et de l'enseignement prodigués afin de corriger ces situations. On constate encore à quel point l'éducation est importante, même auprès des professionnels afin de faire une mise à jour des informations et de s'assurer de la qualité des soins.

Les enfants infectés par le VIH. On constate que grâce au programme de dépistage il y a beaucoup moins d'enfants infectés par le VIH. Il y a toutefois un recrutement annuel d'enfants infectés, entre autre par les enfants des nouveaux arrivants. Il y a aussi des erreurs dans le système comme nous l'avons vu.

Le traitement des femmes enceintes a énormément évolué. Il y a eu d'énormes progrès depuis l'avènement de l'AZT, grâce à de nombreuses découvertes. En 1987, les femmes n'avaient aucun traitement pendant la grossesse. Ensuite les femmes qui avaient des CD4 inférieur à 200, donc un système immunitaire affaibli, étaient traitées à l'AZT. Ceci était avant de savoir que l'AZT était efficace pour bloquer la transmission maternelle. Ensuite, il y a eu l'étude ACTG 076, qui en 1994 a bouleversé tous les traitements des femmes enceintes et qui a permis de traiter les femmes et leurs enfants à 3 étapes, soient 1) durant la grossesse, 2) en intraveineuse pendant l'accouchement et 3) le bébé pendant 6 semaines par des médicaments liquides. Le succès du traitement repose toujours sur ces 3 phases de traitement. Le traitement des femmes

enceintes évolue parallèlement aux traitements des personnes séropositives. Les traitements ont donc évolué des monothérapies, vers les doubles thérapies, puis les triples, ou les quadruples et parfois vers la *nivirapine*, prescrit en fin de grossesse. La *nivirapine* est un médicament jugé assez efficace par les médecins afin de réduire la charge virale de façon rapide. C'est d'ailleurs un médicament en étude pressenti pour répondre aux besoins des pays en voie de développement où les femmes sont sans accès aux traitements longs et coûteux.

Les modes d'accouchement ont aussi évolué. En 1998, un congrès à Genève faisait l'annonce que la césarienne réduisait de moitié la transmission du VIH de la mère à l'enfant A l'hôpital Ste-Justine, les risques de transmission étaient abaissés à 4%, ce qui les diminuaient à 2%. Dans les faits, les femmes traitées, comme décrits, connaissent des taux de transmission de 0%. La femme enceinte dépistée et traitée est très encouragée. Nous voyons comment les nouveautés changent les pratiques obstétricales. La situation est en général la suivante: si la femme est séropositive avec une charge virale indétectable, le médecin lui propose un accouchement naturel. Si la charge virale est au-dessus de 50 copies, le médecin lui propose de procéder à une césarienne. La majorité des femmes accouchent de façon vaginale si elles le désirent.

Enfants infectés par groupe d'âge. Les enfants décédés du sida l'ont été avant 1996, soit avant l'avènement de la tri-thérapie. Ils décédaient entre un mois et 14 ans, pour une moyenne d'âge d'environ 3 ans. Ces enfants étaient souvent malades depuis la naissance et avaient de moins bonnes possibilités de survie avec les médicaments de l'époque. Ensuite, les traitements se sont améliorés. 69 enfants infectés par le VIH sont actuellement suivis avec un âge moyen de 9ans et 2 mois.

Des adolescents sont transférés au secteur des adultes, tels que mentionné précédemment. Un programme a été développé afin de les préparer au transfert suite au constat que les premiers transferts effectués n'étaient pas réussis. Comme dans les autres maladies chroniques, les enfants suivis en pédiatrie pendant 18 ans développent certaines habitudes de suivi. Le personnel soignant, autant du côté pédiatrique que du côté des adultes, vit difficilement le transfert de la clientèle adolescente. Plusieurs raisons expliquent ces difficultés. Ajoutons que certains enfants sont perdus au suivi et qu'ils sont retrouvés éventuellement lorsqu'ils deviennent malades. Un petit nombre sont irrémédiablement perdus lors du suivi.

Certains aspects psychosociaux. Plusieurs d'entre vous avez beaucoup d'expertises dans différents domaines, autant avec les femmes infectées par le VIH, qu'en contexte de violence ou au niveau des problèmes de consommation de drogues. Dans les documents distribués aujourd'hui, il est question du choc de recevoir un diagnostic de VIH. On sait qu'il peut y avoir une réaction physique de la personne lorsqu'elle apprend son diagnostic, et cela sans compter la gamme des réactions émotives. La personne en choc, peut être étonnée, en déni, anxieuse ou confuse. Elle peut vivre de la colère, de la peine. La femme enceinte qui apprend son diagnostic est sous le choc et doit assez rapidement prendre plusieurs décisions. Elle doit décider si elle poursuit ou non sa grossesse. Évidemment elle n'a pas eu le temps de se familiariser avec la problématique. Elle est parachutée dans le monde du VIH, mais enceinte. C'est un peu ce qui rend cette situation particulière. À ce moment elle réfléchit à l'avortement ou à la poursuite de sa grossesse. Comme toutes personnes recevant ce diagnostic, elle est certaine de mourir rapidement. Elle apprend que la médication peut réduire la

transmission du VIH à son bébé. Par contre, elle apprend qu'elle ne pourra pas allaiter et peut subir une césarienne. Elle doit informer son partenaire, réfléchir au dévoilement et le préparer. Il faut dépister son partenaire et ses autres enfants. Il faut éventuellement informer les partenaires sexuels antérieurs. La femme enceinte déjà assommée par son diagnostic se retrouve avec plusieurs décisions importantes à prendre.

Le déroulement de la grossesse. De façon générale, et encore plus avec la clientèle avec laquelle nous travaillons, la grossesse implique une perte ou un arrêt de travail. Cela peut provoquer une perte de revenu, de l'isolement, l'adaptation à la maladie en passant du déni aux idées suicidaires sans compter toutes les gammes d'émotions par lesquelles elle peut passer. S'ajoutent à ce vécu l'adaptation à la médication, l'acceptation ou le refus des traitements, les effets secondaires, les coûts, l'organisation, le secret, la confidentialité, les assurances médicaments et l'impact émotif. Toutes les femmes sont habituellement stressées quand elle sont enceintes, étant inquiètes du développement de l'enfant. Le nouveau diagnostic ajoute énormément au stress face à l'enfant. S'ajoutent le stress de la transmission du VIH au bébé, les changements physiques et la peur des symptômes. Il est connu que les personnes nouvellement diagnostiquées appréhendent le début de la maladie à un simple éternuement. Pensons aussi à la perte de pouvoir dans la relation, la peur du lendemain, l'insécurité, l'adaptation et la négociation du port du condom, l'absence du désir de relations sexuelles, la possibilité de multiples infections dans la famille, le dépistage du conjoint et l'adaptation au niveau des couples sérodiscordants. Ce survol est rapide mais résume la vaste gamme des émotions et des situations vécues.

La notification du partenaire sexuel est un grand moment de vulnérabilité chez les femmes infectées par le VIH. Elles craignent le rejet, la discrimination, la violence, la peur que leur diagnostic soit dévoilé. "Si je lui dis et qu'il me quitte?" "Le dira t-il aux gens de notre communauté, ou à d'autres?" S'ajoutent la peur d'être seule, la culpabilité et les remords quant aux comportements antérieurs, la peur de la réaction du partenaire qui a été exposé au VIH. Quand le partenaire l'apprend, il se peut qu'il ne soit pas content et qu'il réagisse de façon colérique, qu'il ait peur. Il peut être à la source de l'infection de sa conjointe, mais sur le coup il a surtout l'impression qu'il en est la victime. Il peut avoir peur de se faire dépister. A une époque certaines statistiques sur les conjoints démontraient que la moitié d'entre eux ne voulaient pas se faire dépister. Nous sommes peut-être devenus plus efficaces pour dépister les conjoints maintenant, mais cela reste quand même très difficile. Soulignons l'ampleur de l'ignorance et des préjugés reliés au VIH qui amplifie l'intensité des réactions émotives. Certaines femmes ont beaucoup de gratitude face à leur partenaire qui les acceptent avec leur statut sérologique. Cela peut réduire le pouvoir de la femme dans la relation, qui devient prête à tout tolérer afin d'éviter la séparation, en gardant l'impression qu'aucun autre homme ne voudra d'elle. Ajoutons, qu'il y a le stress face à la transmission du VIH au bébé, l'inquiétude face aux autres enfants, les difficultés d'adopter des relations sexuelles sécuritaires.

La littérature témoigne de liens entre la violence et le VIH. Une étude menée auprès de 400 femmes, montre que 43% d'entre elles avaient été abusées sexuellement durant leur vie, dont 35% violées à l'âge adulte. Pour les femmes victimes d'abus, qui connaissent de la violence pendant la grossesse, les études évoquent une fréquence variant entre 21% à 63%. Une autre étude,

menée auprès de femmes enceintes et séropositives montrent que 76% des toxicomanes avaient été violentées. Cela représente plus du trois quart! 42% des non-toxicomanes avaient été violentées. Le premier épisode de violence conjugale débute souvent durant la grossesse. Certains intervenants présents travaillent au niveau de la violence. On peut poser la question: "pourquoi la violence commence t-elle durant la grossesse?" C'est parce qu'il y a une plus grande vulnérabilité de la femme et des stress accrus. Il peut y avoir un moins grand contrôle de la part de l'homme sur la femme qui va consulter pour sa grossesse, des inquiétudes face aux nouvelles responsabilités qui vont venir, une distance qui peut s'établir ou un manque de désir de relations sexuelles. Plusieurs raisons peuvent être élaborées.

Grâce au programme de dépistage des femmes enceintes plusieurs femmes apprennent leur diagnostic de VIH pendant la grossesse. Une étude montrait que 18% des femmes craignaient la violence de leur partenaire au moment du dévoilement. Sur ces 18%, 22% ont finalement reçu du support, 45% se sont tués et 33% ont été victimes de violence physique ou verbale. Il s'agit de reconnaître ce grand moment de vulnérabilité. Il est normal que la femme trouve difficile d'informer son partenaire de son VIH. Toutefois, nous devons évaluer les antécédents au niveau de la violence et favoriser le support à la femme plutôt qu'une notification dans un contexte qui porterait atteinte à sa vie ou à sa sécurité. Il faut travailler progressivement le dévoilement au partenaire. Les probabilités de violence sexuelle ou physique envers la femme augmentent au moment du dévoilement. Par contre, s'il n'y a aucune expérience de violence dans le passé, il n'est pas évident qu'il y aura violence au moment du dévoilement. Les études sur les femmes violentées, révèlent qu'elles ont un moins

bon état de santé pour plusieurs raisons. Alors si par surcroît elles sont séropositives, elles sont doublement à risque d'avoir une moins bonne forme physique et psychologique.

La femme immigrante est très vulnérable face à la violence et au VIH en raison des préjugés, de la confidentialité, de la langue, de sa dépendance financière et émotionnelle, de sa peur de la déportation et de son isolement. Souvent elle est parrainée et son statut migratoire est précaire. Les femmes victimes de violence le cachent; c'est un secret et un tabou. Le VIH se vit de la même manière. Il est donc important comme intervenants d'être conscients de la possibilité de la violence afin d'en favoriser le dépistage. Le dépistage de la violence est une première forme d'action contre elle.

Les problèmes liés à la consommation de drogues.: faible estime de soi, difficultés pour la femme à prendre soin d'elle-même, crainte de l'échec, dépendance psychique à la drogue, présence de signes dépressifs, peurs et attitudes de méfiances, perte de contrôle avec la réalité, difficultés financières importantes, conflits conjugaux et familiaux, isolement social, problèmes judiciaires, prostitution reconnue ou déguisée, abus physique, perte de contrôle.. Chez la consommatrice de drogues la grossesse est souvent une surprise et la grossesse non planifiée. Elle est souvent découverte tardivement et est déjà trop avancée pour débuter la médication qui selon les protocoles débute à la 14^{ème} semaine de grossesse. Cette femme peut vivre de l'ambivalence face à la grossesse et avoir des antécédents d'avortements. Le suivi médical est souvent sporadique. Elle éprouve peu de confiance face aux conseils médicaux, connaît une fragilité accrue aux infections et une arrivée tardive à l'hôpital. La grossesse est une période inconfortable durant laquelle il y a souvent peu de lien

avec le fœtus. La femme arrive mal à se l'imaginer et à l'investir. Elle peut manquer de support, souffrir de malnutrition et manquer de sommeil. Lors de l'accouchement il y a des risques de complications obstétricales. On observe souvent une attitude dysfonctionnelle durant le travail et l'accouchement. Lors de l'hospitalisation elle présente un espèce d'effondrement psychologique, une période de léthargie et des sauts d'humeur, une urgence de quitter l'hôpital, des signes de sevrage. Le personnel soignant trouve difficile de s'occuper de cette clientèle. On observe une femme souffrante, qui se sent coupable en même temps qui se sent impuissante pour changer son comportement agressif et antisocial.

Face au nouveau-né, elle peut avoir une attitude de retrait. On observe une mère inadéquate offrant peu de réponses aux besoins du nouveau-né, qui exprime de la frustration face à l'irritabilité du bébé et lui porte un intérêt minimal. Les bébés naissent en détresse fœtal, avec de petits poids, prématurités, avec des retards de croissance, des circonférences crâniennes à la limite inférieure, des périodes d'apnée, des tremblements des membres, un sevrage difficile. En plus de ces conditions difficiles d'arrivée dans le monde, ces bébés en sevrage se font prescrire une médication pendant 6 semaines afin de prévenir la transmission du virus du VIH. Notons que rien ne peut être prescrit pour prévenir la transmission de l'hépatite C.

PÉRIODE DE QUESTIONS:

Question no. 1:

Lorsque la mère enceinte suit le traitement avec la médication est-ce que l'enfant a des effets secondaires?



Réponse: On peut s'attendre à une certaine toxicité médicamenteuse, c'est d'ailleurs pourquoi le suivi du nouveau-né est serré. Dans quelques rares cas la médication a du être cessé. Par contre, si une toxicité est créée elle est réversible avec l'arrêt de la médication. Malgré tout, l'idée centrale est que la toxicité des médicaments est moins grave que la transmission maternelle du virus du VIH.

Il y a un protocole du suivi de l'enfant qui débute à la naissance afin d'établir son diagnostic. Après 5 isolements viraux négatifs, le résultat de l'enfant est officiellement annoncé aux parents. Par la suite, l'enfant est suivi jusqu'à l'âge de 18 ans.

Question 2:
Avez-vous un service de rencontre pour les parents séropositifs qui désirent avoir un bébé?



Réponse: Oui.
Nous avons un service au niveau de la gynécologie et de l'obstétrique. Une infirmière, un médecin et 2 travailleuses sociales sont disponibles afin d'aider les couples qui désirent avoir un enfant.

Si la femme est infectée par le VIH et que l'homme ne l'est pas, on sait qu'avec les traitements la transmission maternelle peut être réduite. Il est proposé au couple un équipement d'insémination maison afin de s'assurer de la protection de l'homme.

Par contre, si l'homme est infecté et que la femme ne l'est pas la situation est plus complexe. Il existe une technique de lavage de sperme non autorisée au Canada. Ces situations sont très éprouvantes pour les couples qui les vivent dans une assez grande solitude.

Il peut également se vivre un cheminement comparable à ce que les couples avec problèmes de fertilité connaissent. Il s'agit d'un cheminement de deuil d'un enfant biologique.

Par contre les femmes non infectées par le VIH peuvent être inséminées avec le sperme d'un donneur. Certains couples se tournent vers l'adoption, mais doivent taire leur statut sérologique. Plusieurs pays refusent l'adoption aux parents séropositifs. Ils peuvent également devenir famille d'accueil. Dans d'autres cas, ces couples font le deuil d'avoir des enfants.

Question 3: Est-ce qu'il y a un temps ultime ou les traitements devraient commencer chez une femme enceinte?

Réponse: Selon le protocole américain (ACTG 076), le traitement devrait débuter à la quatorzième semaine de grossesse chez la femme enceinte.

Question 4: Ça devient difficile si la femme ne va consulter son médecin qu'à 10 ou 12 semaines.

Réponse: Oui. Par contre, les femmes sont traitées au moment où cela est possible peu importe le moment. À l'Hôpital Ste-Justine de bons résultats ont été observés chez des femmes traitées durant les huit dernières semaines de leur grossesse. Il faut parfois faire ce qui est possible plutôt que faire ce qui est idéal.

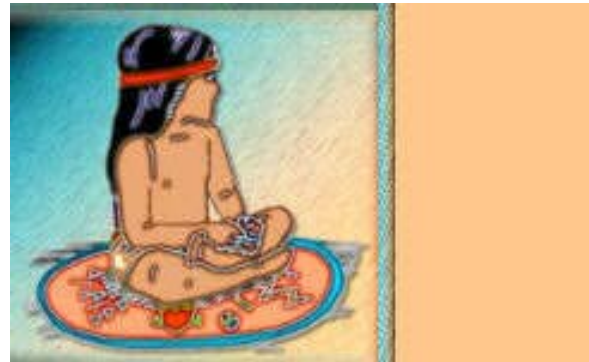
Question 5: Vous disiez plus tôt que les femmes pouvaient avoir un accouchement vaginal mais je vois que dans le manuel SIDA 101 on dit que le risque pour le bébé est diminué quand il y a une césarienne.

Réponse: Si la charge virale de la femme enceinte est plus basse que 50 copies, elle peut accoucher de façon vaginale. Si par contre il y a une charge virale qui est détectable, le médecin peut lui proposer une césarienne. Il demeure le choix de la femme enceinte d'accepter ou de refuser.

Notre approche vise à responsabiliser, à informer et à supporter les gens. Nous tentons d'aider la personne à faire des choix éclairés. Ensuite c'est à elle de prendre ses décisions, en mesurant sa capacité à vivre avec les conséquences de ses choix.

Question 6: Est-ce qu'il y a une étude qui est en cours ou qui sera faite sur les effets secondaires à long terme sur les enfants dont les mères ont pris une médication pendant la grossesse ?

Réponse: Des études sont en cours. À l'Hôpital Ste-Justine tous les enfants ayant été médicamentés après la naissance pendant 6 semaines, sont suivis jusqu'à l'âge de 18 ans afin d'évaluer les effets secondaires à long terme de la prise de médicaments.



LE PROJET DE SENSIBILISATION AU VIH/SIDA DE LA COMMUNAUTÉ ALGONQUINNE DE WOLF LAKE

Conférencière : Sonia Young, Communauté algonquienne de Wolf Lake

Bonjour. Je vais parler de notre projet sur le VIH/sida. Dans notre bibliothèque, nous avons rassemblé beaucoup de brochures et de vidéos sur le VIH/sida. La première année, j'ai organisé deux séances au bureau du conseil de bande avec quelques-uns des membres de la communauté et je dois dire qu'au début, ça n'a pas vraiment fonctionné. Mais plus je continuais, plus il y avait de participation. Au début, la participation que j'avais était surtout celle des personnes diabétiques parce que je travaille avec elles, parce qu'elles sont plus faciles d'accès. Je leur ai montré des vidéos sur le VIH/sida et nous avons eu une autre séance de « Parlons du VIH/sida ». Quelques personnes sont aussi venues parler au bureau du conseil de bande.

La deuxième année j'ai aussi préparé une proposition de financement avec l'aide de Guylaine Chastroux, de la Commission, pour un autre projet de prévention et de sensibilisation. Cette proposition de financement a été envoyée à Santé Canada, DGSPNI. Nous nous sommes préparés. J'ai assisté à une conférence de sensibilisation sur le VIH/sida à Montréal. Je suis entré en rapport avec le Centre canadien d'information sur le VIH/sida à Ottawa (1-877-999-7740). Ils ont beaucoup à offrir. Ils prêtent des vidéos et peuvent vous donner des brochures. Il y a également un autre organisme en Abitibi avec lequel je suis entrée en rapport qui s'appelle le Centre des R.O.S.E.S. Ils sont d'un grand secours. Ils ont des conférenciers, des gens qui peuvent venir et faire des ateliers pour vous.

Lorsque j'ai fait mon atelier sur le VIH/sida à Témiscaming, nous avons eu 123 participants. J'ai communiqué avec l'école et j'ai rencontré le directeur qui était très content que nous fassions ce genre de choses parce que cela ne s'était encore jamais fait dans la communauté. Alors j'ai contacté quelques intervenants bénévoles de Montréal sur le sida. Ils sont venus et ont donné l'atelier. Le D^r Gordon Brock était là également. C'est un médecin de notre communauté et il était là pour répondre aux questions des jeunes.

C'était incroyable. Au début ils étaient un peu gênés mais ils ont posé beaucoup de questions. Les deux travailleurs bénévoles que nous avons pour le sida ont fait un excellent travail. Nous avons aussi eu un conférencier qui vit avec le VIH et je dois dire qu'il a fait un très bon travail à ce moment-là. Il a parlé de ce que c'était de vivre avec cette maladie et d'avoir à prendre ses médicaments régulièrement. Les jeunes ont posé beaucoup de questions. Nous avons eu des jeunes de 12 à 16 ans qui ont participé. Je leur ai également demandé de

remplir une feuille d'évaluation après l'atelier. Quatre-vingt-seize pour cent d'entre eux ont demandé d'avoir un autre atelier. Ils ont également demandé si des adultes pouvaient participer avec eux. Alors nous espérons que nous pourrons faire un suivi sur cet atelier avec l'aide des professeurs et du directeur de notre école. Après l'atelier, nous avons donné certains travaux à faire pour continuer en classe. Alors nous sommes très contents de la réaction obtenue.

Je dois dire que le financement provenait de Santé Canada, de la DGSPNI, et nous l'avons vraiment apprécié parce que c'était la première fois que c'était fait dans notre communauté. J'espère que d'autres communautés feront de même, parce que la façon de penser des gens dans nos communautés, c'est : « ça ne nous arrivera pas à nous ». Bien sûr, c'est nouveau pour nous. Il y a un deuxième cas dans notre communauté. Nous avons perdu notre jeune homme par cette maladie et maintenant nous en avons un dans notre communauté qui vit avec le VIH. Alors, c'est une réalité. Ce que nous essayons de leur faire comprendre, c'est que nous ne pouvons pas continuer en disant que ça ne nous arrivera pas parce que ça peut arriver. Nous savons ce qui peut arriver à nos enfants lorsqu'ils partent pour la ville pour aller soit au collège, soit à l'université. Nous devrions parler à nos enfants de sexualité sans risques, de protection et des façons dont ils peuvent contracter le VIH. Alors nous espérons que ce projet leur a au moins permis de saisir le message.

Nous avons aussi enregistré un vidéo sur l'atelier qui a été diffusé hier et le jour précédent. Nous avons pris beaucoup de photos afin que je puisse documenter ce que nous avons fait dans notre communauté jusqu'ici.

Merci beaucoup.

Questions et commentaires:

Q: Pour la présentation que vous avez faite avec les étudiants, quel était le groupe d'âge et l'année d'études?

R: Nous sommes partis de la 6^e année jusqu'au secondaire 5 alors ils avaient entre 12 et 16 ans.

LE PROJET « CENTRE VILLE VAL D'OR »

Présentation powerpoint en annexe.

Conférencières : Salomé MaKenzie, communauté algonquine de Lac Simon et Pauline Clermont, RRSSS Abitibi-Temiscamingue

Questions

Q : Est-ce que ça coûte de l'argent de faire un projet comme celui-là? Où avez-vous pris l'argent pour débiter le projet et le continuer?

R : Les partenaires dont on a parlé veulent tous travailler avec les personnes vulnérables, les clientèles cibles. Ce qu'on a réalisé, c'est que c'était dans le plan d'action de chacun de faire de la prévention, donner des services de vaccination et d'enseignement. Mais le problème, c'est que ces intervenants ne viennent pas nous voir, ils ne se présentent pas au service. Nous avons demandé à chacun de ses partenaires ce qu'ils étaient prêts à faire pour libérer les intervenants et la plupart nous ont répondu. Par exemple le Lac Simon a envoyé deux intervenants psychosociaux et ont aussi libéré une infirmière pour faire partie de notre équipe d'infirmière. Le Grand Lac Victoria a fait de même. Ils nous ont dit qu'ils avaient déjà fait du travail au niveau communautaire et qu'ils allaient demander à un intervenant d'aller faire quelques heures au projet centre ville. Le Centre Normand a voulu connaître la clientèle des UDI et des autochtones. A chaque clinique que nous faisons, il y a un intervenant du centre de toxicomanie qui est à l'accueil. Il ne fait pas le travail qu'il ferait dans le centre, c'est une connaissance de la clientèle et une relation

d'aide. La même chose pour le centre de santé. Le CLSC de Val d'Or n'est pas très accessible en distance pour la population autochtone alors ils ont décidé de venir participer à nos ateliers, de déplacer leurs intervenants pour rejoindre cette population. Tout ça pour dire qu'il n'y a pas d'argent neuf. C'est qu'on a réalisé qu'on s'en était donné des objectifs avant pour cette clientèle là mais qu'on ne voyait pas la clientèle. Alors de faire déplacer les intervenants pour pouvoir rejoindre cette clientèle c'est la magie du projet parce que la formule fait en sorte que le contact s'établit entre les intervenants et la clientèle cible. Nous n'envisageons pas de faire des demandes de subventions pour ce projet là parce que les gens l'ont intégré. Ce qu'il peut arriver de plus ce serait de regarder pour avoir un budget pour avoir un travailleur de rue autochtone en plus des deux que nous avons mais qui ne sont pas autochtones. Ce projet va vivre seulement si les gens l'intègrent dans leurs services. Si ça devient autrement, jamais nous ne pourrions le faire vivre financièrement. Je pense que les gens qui sont autour de la table, les partenaires en sont conscients et ce n'est pas ça qu'ils veulent.

Q : Comment avez-vous fait pour le local?

R : Pour le local nous avons un budget pour l'hépatite C et pour la prochaine année je ne crois pas que ce soit tellement dispendieux d'avoir un local. Présentement nous payons des chambres d'hôtel mais je pense qu'avec 5,000\$ ce serait suffisant pour avoir un local. C'est tout ce que ça nous coûte pour faire fonctionner le projet, les différents intervenants sont d'avis que ce n'est pas de l'argent dont nous avons besoin.

Q : Comment est le climat entre les deux clientèles québécoise et autochtone?

R : J'ai été présente et j'ai fait de l'observation lors d'ateliers et j'ai observé qu'il y avait un certain respect. Les gens sont là pour avoir quelque chose parce qu'il y a ce qu'on appelle nous des « dépisteurs » dans la rue, des intervenants psychosociaux qui se promènent, des travailleurs de rue. Ils parlent du service et la personne décide si elle veut aller au service. Alors ils peuvent co-habiter et il n'y a pas eu

vraiment de problème. Une intervenante précise que lors d'une clinique qui a été faite au Château Louis, une place où il y a beaucoup de prostitution et beaucoup d'UDI dans une même chambre, il y avait une dizaine de personnes qui consommaient. Il y avait des blancs et des autochtones. Quand on arrive dans ce milieu là il n'y a plus de ségrégation, il n'y a pas de racisme. Quand nous sommes dans un milieu où tout le monde consomme, c'est mélangé. Tout le monde se connaît et tout le monde est très solidaire.

Q : Comment les propriétaires des endroits où vous vous installez voient votre arrivée et quels sont les négociations avec eux?

R : Concernant les tenanciers de bars et d'hôtels où nous nous installons, ça va très bien. Il y a eu une grosse campagne d'affichage au début du projet et il y a eu des rencontres pour aller présenter le service et pour la plupart il y a une très bonne réception. Nous étions sans local durant le dernier mois et c'est directement dans un bar qu'une pièce nous a été prêtée.

Q : Avez-vous eu une bonne collaboration de la population et des corps policiers?

R : Au début du projet il y a eu une rencontre avec le service de police de Val d'Or et on avait déjà eu des bonnes collaborations parce qu'en implantant le programme d'échange de seringues et le programme travail de rue on avait déjà créé des alliances avec les policiers. Il n'y a pas de problèmes, les policiers sont au courant et sont toujours informés de l'endroit où l'équipe est rendue. Pour ce qui est de la population en générale nous avons des craintes. Nous avons écrit un beau plan de communication et finalement nous avons décidé de ne pas faire de couverture médiatique parce qu'on s'est dit que nous faisons notre travail et qu'on était convaincu que c'était important de le faire, même si nous n'étions pas sûrs de la réception de la population. Nous avons testé pour voir si il avait des réactions et nous avons nommé un porte parole mais tout s'est finalement fait en douce. Il y a eu pendant l'été une couverture médiatique. On nous avait demandé de l'information mais sans plus. Ce qui nous aide dans notre région c'est que depuis septembre le

principal diffuseur de nouvelles est en grève alors ça nous permet de faire nos preuves sans faire trop de bruit !

Q : Quels sorte de problèmes de sécurité avez vous rencontrés à ce jour?

R : Jusqu'à maintenant il n'y a eu aucune situation de violence. Si on regarde le programme d'échange de seringues, les toxicomanes sont habitués d'aller chercher leurs seringues et de repartir rapidement, donc nous n'avons pas d'histoire. En terme de sécurité il y a une équipe de 4 intervenants qui est prévue et on s'assure la majorité du temps qu'il y ait un homme dans l'équipe. Les policiers sont aussi au courant de la tenue des cliniques et de l'endroit où elles se font. Les intervenants ont un téléphone cellulaire et il y a toute une méthode pour la sécurité lorsqu'ils commencent à travailler. Jusqu'à maintenant on ne sent pas que l'équipe a des craintes et je crois que c'est mieux de rester comme ça que de sentir l'autre menaçant.

Q : Quels sont vos horaires de rencontres?

R : C'est plus au 2 semaines, il y a un calendrier qui est fait, c'est de 5 :00 à 10 :00 aux deux semaines et le calendrier est fait beaucoup en fonction de la mobilité des Autochtones vers le centre ville. Lorsqu'on aura le local fixe il est prévu qu'il y aura du temps d'intervention durant la journée, c'est à dire que les intervenants auront accès au local qu'ils soient autochtones ou non-autochtones, pour pouvoir aller donner des services. Par exemple s'il y a des femmes qui font de la prostitution et qui voudraient être rencontrées l'après-midi, avec le local fixe elle pourront le faire.

Q : Est-ce qu'il y a de l'information qui est disponible sur le projet?

R : Il y a un guide qui existe et qui s'adresse aux travailleurs de rue ou de proximité. Il a été réalisé au cours de la dernière année et on y définit les différentes pratiques du travail de rue. Malheureusement il n'est pas disponible en anglais mais si vous voulez l'obtenir vous

pouvez communiquer avec moi, Pauline Clermont.

Q : Est-ce que vous êtes en lien avec les gens qui font de la prévention avec les autres groupes cibles de la population?

R : Moi, je suis responsable au niveau du dossier VIH alors c'est évident que dépendamment des besoins des différents groupes il y a des actions qui sont faites. Aujourd'hui nous avons à présenter les liens avec les communautés autochtones alors j'ai choisi de présenter ce nous faisons avec Salomé. Mais il est sûr que je pourrais vous parler abondamment de toutes les autres actions que nous faisons au niveau du VIH dans notre région mais nous manquons de temps.

SENSIBILISER LES POLITIENS AUTOCHTONES

Conférencier : George Diamond, Agent de la santé publique-promotion de la santé, équipe de santé publique, centre administratif, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Baie James

Bonjour. Je travaille au Service de santé publique du Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James depuis trois ans. Notre service de santé publique travaille avec neuf communautés, pour une population totale d'environ 15 000 personnes, dont approximativement 60 % ont moins de 30 ans. Mon travail m'amène à planifier et à développer différentes campagnes de prévention et de sensibilisation concernant différents problèmes et préoccupations de santé. J'aime mon travail et j'espère qu'il a des répercussions positives sur les Cris en général. Lorsque vous faites ce type de travail, vous savez que les gens écoutent, mais vous demandez souvent combien d'entre eux entendent vraiment? Pensez-y.

J'assiste et je participe au Cercle de l'espoir depuis à peu près deux ans. Ce comité est très dévoué et il commence à peine à réaliser ses buts et ses objectifs. Il a un grand potentiel parce que sa « colonne vertébrale » est très solide.

Parmi la nation cri, la sensibilisation au VIH/sida s'est résumée à peu de choses. Nous voulions que les gens sachent qu'il ne s'agissait plus seulement d'une maladie d'homosexuel. Nous voulions qu'ils soient au courant des derniers faits et statistiques. Mon collègue, Sol Awashish, et moi nous sommes assis et nous avons élaboré une stratégie pour que nos leaders cris soient plus sensibilisés aux questions et aux préoccupations relatives au VIH/sida. J'ai l'honneur de partager cette stratégie avec vous.

Notre stratégie a consisté à obtenir la permission d'avoir une audience avec le Conseil régional des aînés cris, puisque nos aînés ont la réputation d'être les gardiens du savoir et de la sagesse. Il est parfois difficile de parler avec nos aînés, mais nous croyions qu'il serait intéressant de parler de sexe avec eux. Lorsque les Autochtones parlent de sexe, c'est habituellement sous l'influence de l'alcool ou de la drogue. Il faut que ce soit amusant ou comique et il n'est jamais question de soi, mais toujours des autres. Nous avons fait une présentation simple intitulée *Sida 101*. Bien que de nombreux aînés cris ne parlent ni ne lisent l'anglais, ils avaient entendu beaucoup de faits et d'histoires au sujet du VIH et du sida. Ils nous ont donné leurs impressions et nous ont dit ce qu'ils pensaient. L'orientation qu'ils nous ont donnée est la suivante : faites une présentation semblable devant tous les Chefs cris lors de leur assemblée générale à Nemaska.

Nous nous sommes préparés à cette audience avec les Chefs cris et leurs délégués.

Nombreux sont les dirigeants cris qui nient et qui refusent de croire que le VIH/sida puisse infecter des membres de leur communauté. C'est de la pensée magique et ce n'est qu'un moyen d'éviter d'aborder cette épidémie tellement courante dans le monde aujourd'hui et d'en discuter. Notre présentation serait une première sur un sujet particulier du domaine de la santé : le VIH/sida. Cela ne s'était jamais fait à l'assemblée générale des Cris. D'abord, nous avons présenté *Sida 101* sur PowerPoint. Nous sommes ensuite passés à l'étude de cas. J'ai commencé à lire cette étude de cas, et on aurait pu entendre une mouche voler dans la salle de réunion. Nous étions entendus. L'Assemblée a adopté une résolution de soutien afin que nous poursuivions notre travail et nous a assurés que nous serions les bienvenus dans toutes les communautés avec notre présentation. Si cette étape a été franchie auprès de vos dirigeants régionaux, faites-là dans vos communautés : votre Chef et votre conseil local doivent tous être mis au courant. Souvenez-vous de faire participer vos aînés : ils vont vous aider; vous n'avez qu'à leur demander leur soutien et leurs directives. Il est possible que certains refusent, mais d'autres vont vous aider.

Je veux partager avec vous la version longue de cette étude de cas. Elle a ouvert les yeux de notre audience et, d'après les commentaires que nous avons reçus, elle a profondément marqué les personnes présentes.

Nous avons l'intention de continuer les présentations avec l'aide d'un formateur local dans chaque communauté. Nous voulons être constants et continuer nos campagnes de prévention et de sensibilisation dans toutes les communautés de l'ensemble de la nation crie. Vous pouvez adapter cette documentation comme bon vous semble. Allez chercher des gens pour

vous aider, car nous, travailleurs de la santé et soignants, avons besoin de tout le soutien possible à l'échelle locale.

J'espère que vous et vos proches rentrerez à la maison en toute sécurité. Merci d'avoir entendu ma présentation.

Georges lit et commente l'étude de cas qui a été présentée à l'Assemblée.

Miiyuunakithwaaimiisu : une histoire fictive?

Charley, 19 ans, est le fils de Bill Highwater. C'est un jeune homme populaire très athlétique qui a d'excellents résultats académique. Depuis qu'il a 16 ans, Charley a eu l'occasion de visiter de nombreuses villes comme Montréal, Ottawa, Toronto, New York, Miami et bien d'autres. Il quitte sa communauté environ 5 fois par année. Charley, qui aime bien boire et faire la fête, consomme de la drogue et a la réputation d'avoir plusieurs petites amies. Bill, son père, est un homme d'affaire qui a du succès et un conseiller de bande connu comme un homme riche. Son épouse, Martha, est une femme active et très impliquée dans le populaire mouvement chrétien.

Lynda, 17 ans, est la plus jeune fille de Samuel et Mary Rivers, qui sont une famille de chasseurs, pêcheurs et cueilleurs à plein temps. La famille a été aux prises avec des difficultés financières et matérielles, mais elle est connue comme une famille unie et aimante de 8 enfants. Samuel est reconnu comme un bon chasseur et un Aîné de la communauté plein de ressources et sensible à l'environnement. Mary est une femme douce, guérisseuse traditionnelle et gardienne de la sagesse et de la connaissance crie. Lynda a grandi dans une famille protégée et a bénéficié d'une éducation crie traditionnelle. Elle a appris la discipline et a été encouragée à devenir une jeune femme compatissante et responsable. Après une aventure d'une nuit avec Charley lors d'un tournoi de hockey, elle apprend qu'elle est enceinte. Elle accepte de passer le test de VIH recommandé au cours de sa grossesse. Elle est bouleversée et choquée lorsqu'on lui donne le résultat positif.

Lynda le dit à son père et à sa mère qui se montrent compatissants et préoccupés pour leur fille. La nouvelle se met à circuler, et le cercle vicieux des ragots se met en marche...

Comment vous sentiriez-vous si ce n'était pas une histoire fictive, mais plutôt ce que vivait quelqu'un que vous aimez comme un frère, une sœur, un bon ami, ou même vous?

Comment une telle situation aurait-elle pu être prévenue?

L'usage adéquat de condoms lors de rapports sexuels, un nombre limité de partenaires sexuels, ne pas avoir de rapports sexuels en état d'ébriété ou après avoir consommé de la drogue, ou s'abstenir d'avoir des rapports sexuels afin de réduire les chances de contracter le VIH. On peut contracter le virus du VIH en ayant des rapports sexuels sans protection ou en partageant des seringues.

Qu'est-ce que Charley, Lynda et son bébé peuvent faire?

Charley peut passer un test du VIH confidentiel dans n'importe quelle clinique communautaire ou encore obtenir de l'information sur les autres endroits où il peut passer le test. Si d'autres personnes craignent d'avoir été exposées au VIH, elles peuvent passer le test. Il faut se rappeler que le VIH ne se transmet pas par les contacts routiniers quotidiens; le VIH se transmet par les rapports sexuels sans protection, le partage de seringues ou de la mère à son bébé.

Lynda peut être traitée avec des médicaments qui, s'ils sont pris correctement, peuvent empêcher que son bébé ne soit infecté. C'est une bonne chose pour la santé de son bébé qu'elle ait passé le test.

Il est important pour toute personne infectée par le virus du VIH de recevoir une attention médicale sur une base régulière. Il n'y a AUCUN risque de transmission de la maladie à vos amis, votre famille ou vos collègues de travail dans les activités de tous les jours. Et c'est votre droit de vivre dans la paix et la

dignité et dans le respect de la confidentialité de vos renseignements médicaux.

Rappelez-vous : que vous soyez une femme ou un homme, quel que soit votre âge ou orientation sexuelle, quel que soit votre lieu de résidence ou votre mode de vie, le VIH-Sida touche tout le monde.

ALLOCUTION DE MADAME MICHÈLE AUDETTE, PRÉSIDENTE DE FEMMES AUTOCHTONES DU QUÉBEC

Quand on m'a demandé de venir parler du Sida j'ai dit oui tout de suite. J'ai dit oui parce que personnellement je trouve que c'est un sujet très important et aussi parce que ça me met moi comme individu, comme être humain, dans une situation où je réalise que je ne suis pas à l'abri. Même en pensant parfois que je suis une super femme - une *superwoman*, parce que c'est exigeant le travail de *Femmes Autochtones du Québec*! - je ne suis pas à l'abri d'une MTS, du VIH ou du SIDA. J'ai aussi pensé à mes garçons qui eux non plus ne sont pas à l'abri.



Je crois beaucoup au travail que vous faites et c'est pour cela aussi que je devais venir ici, pour vous le dire de vive voix et de façon sincère. Je trouve que comme intervenant de première ligne, travailleur en toxicomanie, travailleurs sociaux et comme jeunes dans les communautés, vous sauvez des gens. Vous sauvez leur vie et je voulais vous remercier pour ça. *Femmes Autochtone du Québec* doit faire quelque chose. On nous dit maintenant que les femmes sont plus à

risque mais ce sont aussi des filles ou des mères de famille.

Il y a longtemps, les femmes vivaient de la discrimination. Et c'est encore le cas. Mais les femmes la vivaient alors dans l'isolement, elles n'en parlaient pas. Parce qu'elles avaient épousé un non-Autochtone - on la connaît l'histoire - elles étaient automatiquement expulsées des communautés. Donc leurs droits individuels, leurs droits fondamentaux étaient bafoués. Mais elles ont commencé à sortir de l'isolement, elles ont commencé à en parler. Ça a changé les choses. Depuis 1974, on a *Femmes Autochtones du Québec*. Bientôt, nous allons célébrer 30 ans d'histoire de force et de lutte. Cela a été possible parce que nous nous sommes parlées, nous sommes sorties de l'isolement et nous nous sommes mobilisés à travers le Canada. Nos objectifs étaient la défense de nos droits individuels, de nos droits collectifs et de nos droits fondamentaux. Aujourd'hui, le travail que nous faisons comprend de la mobilisation, de l'éducation, de la sensibilisation. Nous voulons aussi nous assurer que les droits des femmes sont respectés dans leur communauté, que ce soit en matière de justice, d'équité en emploi ou de santé. Pour réussir ce travail, *Femmes Autochtones du Québec* doit recevoir un mandat des femmes, de la base. Nous sommes aussi un outil pour toutes les femmes, un lieu où toutes les femmes peuvent échanger, apprendre et s'entraider.

Il y a 8 ans, j'ai rencontré un homme que je ne connaissais pas jusqu'à ce qu'on me dise : « tu dois l'interviewer pour l'émission Nation parce qu'il est atteint du SIDA. » On m'a dit : « tu vas te rendre dans sa communauté. » J'ai réalisé alors que moi, comme individu, j'avais des préjugés. Je me suis dit : qu'est-ce qu'il faut que je fasse pour ne pas ramener à Montréal le Sida ou le VIH? Je ne le disais pas à voix haute. Je me

demandais : comment ça se contracte? Ensuite je me suis dit : j'en ai sûrement croisé plein à Montréal sans que je le sache et je suis encore là, et si je l'ai, et bien je serai une porte-parole pour défendre les sidéens. Je m'étais convaincue que ce n'était pas quelque chose de sale, de répugnant, mais qu'il s'agissait d'un individu, homme ou femme, qui avait besoin d'aide. Alors je me suis rendue sur le terrain et cet homme est devenu un ami. Aujourd'hui malheureusement la maladie l'a emporté.

Je n'avais pas peur de partager mon couteau avec lui, je n'avais pas peur de partager mon gâteau avec lui. J'ai défait plein de préjugés parce que j'ai eu la chance de rencontrer cette personne, une personne qui vivait dans l'isolement et à laquelle un jour on apprend : « tu es atteint, tu vas mourir, tu as tant d'années à vivre. » Il avait deux choix : mourir dans l'isolement avec toute la discrimination et le malheur qui en découle ou bien se relever et dire : je vais essayer de changer ça dans ma communauté. Et c'est ce qu'il a fait. Il a été interpellé à travers le Canada. C'était devenu une personne modèle, une personne qui démystifiait, qui enlevait le tabou autour de cette maladie. Il m'en a appris beaucoup parce que je me suis dit « cette personne est sorti du silence et de l'isolement et a mobilisé des gens. » Et je me suis dit que c'est important tout comme votre rôle comme intervenant, comme personne ici en formation. Imaginez toute la souffrance des gens que nous avons perdu et qui n'en avaient pas parlé, eux que l'on a pointé du doigt comme si c'était sale. C'était avant tout des êtres humains qui avaient besoin d'aide, qui avaient besoin de respirer, de vivre.

Femmes Autochtone du Québec a 30 ans et il nous reste encore de nombreuses années. Chez les québécois et les québécoises, ça fait plus de 20 ans qu'ils parlent du Sida. Nous, nous commençons. Nous avons du chemin à

rattraper, des étapes à faire. Je tiens à souligner le travail remarquable de la Commission avec le Cercle de l'Espoir et leur plan d'action jusqu'en 2005. Mais la Commission à elle seule ne pourra pas faire tout ce travail là. Je ne veux pas avoir l'air d'une femme qui vous dit quoi faire, mais je veux avoir l'air d'une femme qui vous dit : c'est important, le travail ne pourra jamais se faire si vous n'en êtes pas parti prenante. Nous parlons d'un individu, puis de sa famille, de sa collectivité, de sa communauté et ensuite de son peuple. L'un ne va pas sans l'autre. Que tu sois malade ou en santé on a besoin d'être ensemble.

Je tiens à vous féliciter d'être ici, je tiens à féliciter la Commission, le Cercle de l'Espoir, ainsi que Prudence pour le travail qu'elle accomplit à *Femmes autochtones du Québec*. On a besoin de vous!

Merci beaucoup.

**ALLOCUTION DE MONSIEUR
GHISLAIN PICARD, VICE-CHEF
RÉGIONAL, ASSEMBLÉE DES
PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC
ET DU LABRADOR (APNQL)**



À mon tour de vous souhaiter le bonjour et sans doute bonne fin de colloque aussi. J'aimerais souligner l'effort de la *Commission de la Santé et des Services Sociaux du Québec et du Labrador* et de *Femmes Autochtones du Québec* qui

concrétisent une collaboration, qui existe depuis déjà quelques années, et qui s'exprime par la tenue de ces ateliers sur le Sida, et plus particulièrement en ce qui concerne l'effet de cette maladie sur les femmes autochtones.

Pour commencer, je vous avouerai qu'il y a une pensée spéciale qui va à l'endroit d'un ami que je connais depuis quelques années et qui a perdu la vie cette semaine

Je suis vraiment inquiet après avoir entendu les discussions de ce matin sur les défis qui vous attendent et qui attendent les communautés en général. Pour moi, lorsqu'on parle de sida, il y a quelque chose qui va au-delà de la compréhension et de la compassion. C'est certainement le sentiment d'appartenance parce que lorsque nous nous observons en tant qu'Autochtones, nous sommes très bons pour mettre les gens de côté et faire qu'ils se sentent rejetés. Alors je crois qu'il y a une pente raide à gravir pour vous en tant qu'individus prêts à travailler et à consacrer des efforts pour aider à la promotion et à la sensibilisation sur le sida.

J'écoutais George plus tôt. J'ai entendu, dans sa présentation, qu'il y avait une nécessité, une urgence d'alerter le leadership politique sur ce qu'est le Sida et sur ses impacts, et surtout sur le fait que c'est très présent au niveau de nos communautés. Les statistiques sont comparables au suicide. Comme certains d'entre vous le savent sans doute, le Québec est une des régions qui est championne en terme de suicide et nous, comme peuple autochtone, nous allons au-delà de ça. La même chose au niveau du Sida. Donc, c'est très alarmant. Ce qui m'encourage c'est le fait que, comme je le dis souvent, nous faisons beaucoup de conférences, d'ateliers et de colloques qui nous mettent en position de réaction et je crois que c'est en train de changer graduellement, lentement. Maintenant nous

organisons des choses qui nous forcent à agir et je pense que le colloque de cette semaine en est une bonne démonstration.

Lorsque George parlait de la méconnaissance du leadership politique par rapport à la question du Sida dans nos communautés, bien évidemment j'aurais pu sentir un blâme, un pointage de doigt! Mais j'ai choisi plutôt de le prendre comme un rappel. Je pense que, comme tout le monde, le leadership politique ne peut prétendre à la perfection et que de temps à autre, oui, il faut se faire rappeler qu'il y a des choses plus pressantes dans l'agenda politique, concernant nos communautés. Parce que je le dis souvent, en dépit des objectifs qui sont, je pense, très louables, et que l'on devrait supporter, comme l'objectif de se donner des gouvernements qui soient autonomes, il faut aussi savoir qu'on a besoin d'aider la communauté. Nous avons des communautés qui ne sont pas en santé. Des communautés qui ne sont pas en santé. Des individus qui ne sont pas en santé diminuent de beaucoup l'importance et la signification de l'autonomie. Autonomie de nos communautés et santé de nos individus sont deux choses qui vont ensemble. L'une ne va pas sans l'autre et même, à l'extrême, nous devrions accorder la priorité à la santé de nos individus. Comment pouvons nous prétendre à l'autonomie si nous avons des individus qui ne sont pas en santé sur le plan physique sur le plan mental ?

Je veux vous laisser sur cette note en vous encourageant dans votre travail et en vous disant que vous avez le soutien de l'APNQL par le biais de la *Commission de la Santé et des Services Sociaux*. Je veux également vous avertir qu'il faut que, dans tout le travail que vous faites, vous laissiez de la place à vous-même. Serez vous utile aux gens que vous voulez aider si vous ne prenez pas soin de vous-même ? Je pense que c'est très important et je regarde tous ceux et celles de notre milieu qui se donnent corps et âme à ce qu'ils ou elles font, ceux dont le travail reflète une passion, et j'y vois toujours un danger de s'oublier. S'oublier peut avoir un impact sur les personnes qui sont proches de nous, les personnes que nous aimons, notre famille, nos enfants. Ce n'est pas utile pour ces personnes là. Donc, oui, allez-y de votre aide au niveau de votre communauté et des personnes pour lesquelles vous voulez œuvrer, mais en même temps faites attention de ne pas vous oublier dans votre démarche.

Donc, je vous souhaite un sain retour dans vos communautés et si jamais il y a des questions que vous vous posez, je crois que la *Commission de la Santé et des Services Sociaux* et *Femmes Autochtones du Québec* sont très bien outillés pour vous répondre. Bon retour chez vous et bonne chance.

Merci beaucoup.

ÉVALUATION

Chacune des présentations en plénières a fait l'objet d'une évaluation individuelle. Toutefois les présentations étant souvent regroupées par deux, bien souvent l'évaluation est pour les deux présentateurs confondus. Nous avons demandé aux participants de se prononcer sur 2 thèmes répartis en 6 différents points soit :

Animateur
Connaissance du sujet
Organisation du matériel
Habilité à répondre aux questions

Contenu
Qualité de l'information
Important pour mon travail
Documentation/ressources de soutien

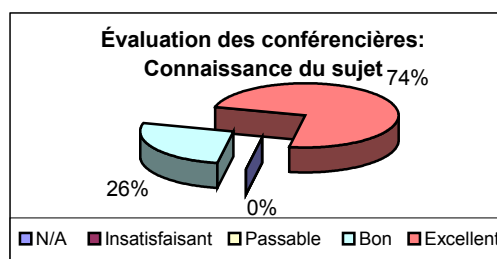
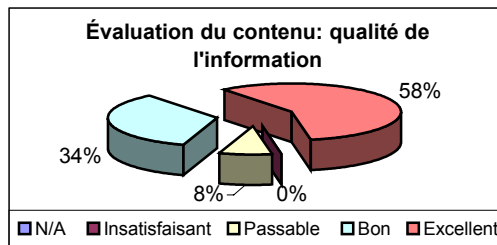
Trente huit (38) personnes ont répondu à l'évaluation sur une possibilité de 85 soit un taux de réponse de 44,7%. Voici les résultats et quelques commentaires de chacune des présentations, présentés dans l'ordre du déroulement de la formation.

JOUR I

« *Le portrait de la situation : Le VIH/Sida dans le monde, au Québec, en milieu autochtone, chez les femmes des Premières Nations* », qui était la conférence d'ouverture de la journée, a donné un bon aperçu de la situation des femmes face au VIH/Sida. Selon les participants, les conférencières ont su transmettre une information juste et utile. 74% des répondants ont jugé que les connaissances des conférencières sur le sujet étaient excellentes. De plus 92% ont qualifié la qualité de l'information de bonne à excellente. Tout comme pour les autres conférences, le peu de temps pour la présentation s'est avéré un point faible et les

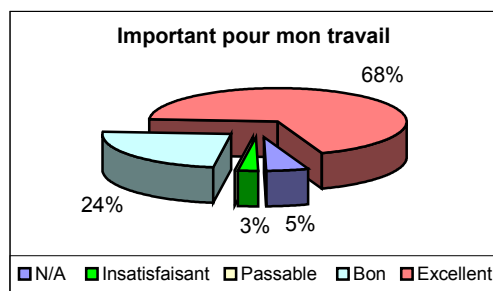
participants ont souligné le manque de temps pour la période des questions.

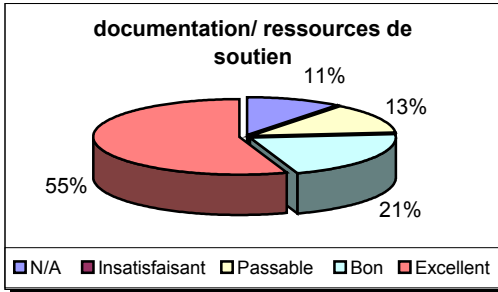
Le portrait de la situation : Le VIH/Sida dans le monde, au Québec, en milieu autochtone, chez les femmes des Premières Nations



« *Sida 101* » et « *Parler du VIH/Sida aux femmes autochtones* » sont sans aucun doute les présentations qui ont suscité le plus de commentaires de la part des participants. Selon les participants, Dominic Lévesque et Marlène Daley ont présenté ce sujet avec beaucoup d'énergie et d'enthousiasme. Les informations, le matériel et la documentation fournies par ces deux conférenciers ont été jugés importants pour le travail des participants. La connaissance du sujet a aussi été jugée comme excellente par 32 des 38 répondants.

« Sida 101 » et « Parler du VIH/Sida aux femmes autochtones »

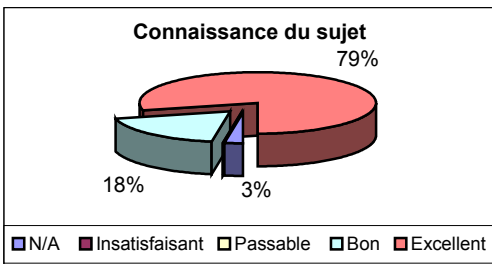
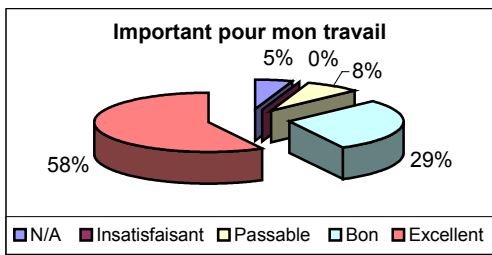




Par contre, et c'est le point faible de plusieurs présentations, les conférenciers ont manqué de temps pour leur présentation et les participants ont eu peu de temps pour les questions.

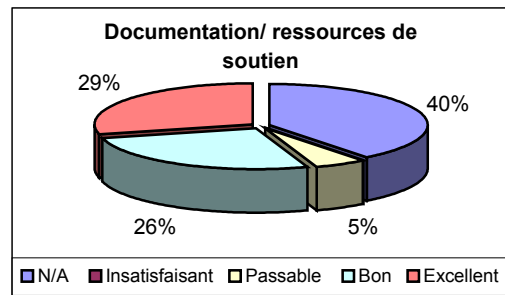
« *Le réseau de lutte contre le VIH/Sida au Québec* » présenté par Michel Morin et « *le dépistage des femmes enceintes* » présenté par Guylaine Morin ont été très appréciées. Bien qu'elle ait été plus technique et que la documentation n'était pas disponible en anglais, la présentation de madame Morin a su capter l'attention par la pertinence des informations et l'utilité de celles-ci pour le travail des intervenants. Monsieur Morin a quant à lui dressé un portrait des organismes existants au Québec et expliqué leurs fonctions dans la lutte contre le VIH/Sida.

« *Le réseau de lutte contre le VIH/Sida au Québec* » et « *Le dépistage des femmes enceintes* »



La journée du 28 janvier s'est terminée par la présentation du documentaire vidéo « *Les femmes Gardiennes de la terre* » et le témoignage de deux personnes vivant respectivement avec le VIH/sida et l'hépatite C. Le documentaire a été qualifié par les participants de très intéressant mais un peu redondant en fin de journée. Le témoignage et le partage qui a suivi auraient, selon eux, été suffisants.

« Vidéo : les femmes Gardiennes de la terre »

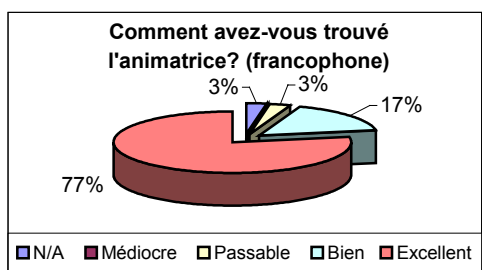
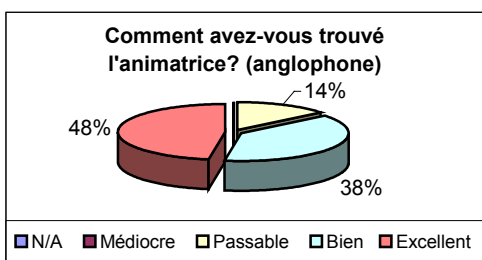


JOUR II

Pour la deuxième journée, consacrée aux ateliers de formation de formateurs, nous avons séparé le groupe en deux parties, anglophone et francophone, afin de faciliter les échanges entre les participants. Vingt sept (27) personnes ont répondu à l'évaluation de l'atelier anglophone et trente six (36) à l'atelier francophone.

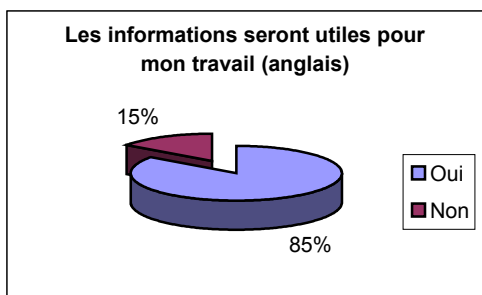
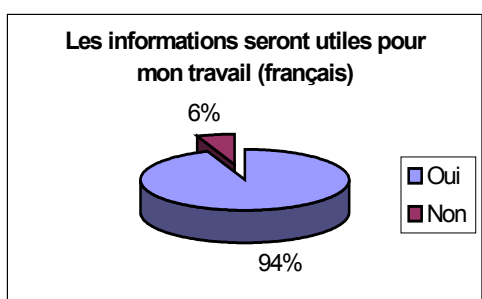
Pour l'évaluation générale des animatrices, les répondants se sont montrés très satisfaits. La maîtrise du sujet a par contre été évaluée plus positivement par les participants francophones que par les participants anglophones : excellent à 81% pour les francophones contre 38% pour les anglophones. Selon les commentaires des participants, l'atelier français s'est déroulé de façon plus interactive comparé à celui en anglais ou l'animatrice avait privilégié les discussions en plénière.

La Formation de Formateurs



Nous avons aussi demandé aux participants si les informations reçues seraient utiles dans leur travail, ce sur quoi nous avons eu une réponse fort positive tant des francophones que des anglophones. **71,9% des participants francophones et 76,2% des anglophones se disent prêt à transmettre l'information et à faire de la sensibilisation dans leur communauté.**

La Formation de Formateurs

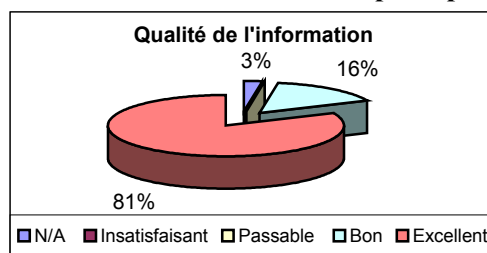


Les résultats positifs à ces ateliers montrent que notre principal objectif a été atteint. Un grand nombre de participants ont mentionné avoir trouvé lors de cette formation une multitude d'informations qui leur permettront de développer des activités d'information et de prévention dans leur communauté.

JOUR III

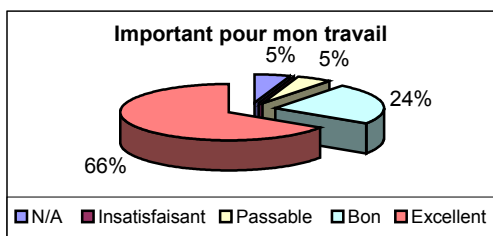
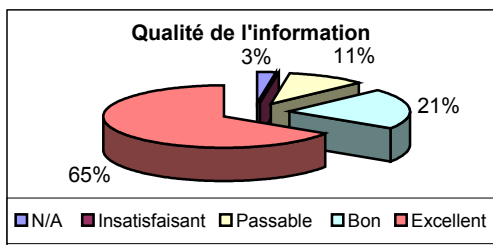
Enfin, la troisième journée nous avons présenté une conférence qui a suscité plusieurs questions de la part des participants « *la constitution d'un projet communautaire de lutte contre le VIH/SIDA pas à pas.* » Sonia Young, Pauline Clermont et Salomé McKenzie sont venues nous expliquer comment elles ont procédé pour mettre en place un projet dans leurs régions respectives. Les informations ont bien répondu aux questionnements des participants.

La constitution d'un projet communautaire de lutte contre le VIH/SIDA pas à pas



La série de conférences s'est terminée avec « **la sensibilisation des dirigeants politiques autochtones** » présentée par Georges L. Diamond. Cette conférence a aussi été très appréciée. Le dynamisme et le sens de l'humour de M. Diamond ont su rendre cette présentation agréable mais trop courte selon certains commentaires.

La sensibilisation des dirigeants politiques autochtones



Dans son ensemble la formations semble avoir répondu aux objectifs que nous nous étions fixés. Nous avons fourni des outils de formation adaptés sur le plan culturel à travers l'information et les conférences mises à la disposition des participants. La deuxième journée, qui était consacrée à l'atelier de formation, a fourni aux intervenants des habiletés et des connaissances pour développer des activités de lutte contre le VIH/SIDA et a formé ces personnes à utiliser les outils fournis. Enfin, le transfert des connaissances à d'autres clientèles a été favorisé dans les différentes présentations telle que par exemple la constitution d'un projet communautaire et la sensibilisations des dirigeants politiques qui ont été présentées la troisième journée.

Suite à cette évaluation, certaines recommandations s'imposent :

- ▶ Privilégier la formule de formation de formateurs et organiser d'autres colloques de ce type, sur des sujets divers
- ▶ Avoir moins de présentations mais plus de temps pour chacune afin de permettre les périodes de questions et les discussions.
- ▶ Faire une seule journée de plénière et 2 jours en ateliers de formation.

- ▶ Faire des ateliers plus interactifs, avec plus de pratique en groupe.

COMMENTAIRES DE PARTICIPANTS

« Malheureusement l'utilisation de la traduction simultanée rend la concentration difficile. »

« Ils connaissent bien leur sujet, je suis très satisfait en général »

« Les informations présentées vont être bénéfiques dans mon rôle d'éducateur »

« Les statistiques sont utiles lors de compagnes de sensibilisation, mais un peu moins en intervention individuelle. »

« Les conférenciers ont bien présenté leur matériel étant donné le peu de temps qu'ils ont eu. »

« C'est ce que ça prend, des exemples concrets, ça va vraiment servir à mon travail. »

« Très pertinent et très intéressant de connaître les commentaires des femmes. »

« Je suis intéressé à en apprendre plus. »

« Manque de contrôle sur le temps et le contenu des témoignages. »

« Nous aurons besoin de ressources extérieures pour améliorer et augmenter nos interventions préventives. »

« Continuez les formations sur différentes préventions chez les femmes et dans les Nations autochtones. Très intéressant. »

« Les ateliers sont intéressants mais on a trop peu de temps pour discuter en équipe. Le rythme est trop lent. Un vidéo aurait été »

le bienvenue pour conclure la journée sur le support ou la prévention. »

« Les échanges avec d'autres intervenants sont très intéressants. »

« Attitude très positive et convaincante »

« J'en aurais voulu plus. J'aurais aimé avoir plus de matériel sur la spiritualité. »

« Beaucoup de choses peuvent être mises en place, toutefois je considère que mes connaissances ne sont pas encore suffisantes pour transmettre certaines informations, mais à petit pas... »

« Manque de temps. Le manuel est très bien présenté, cela comble le manque de temps. »

« Je vais devoir prendre davantage connaissance du sujet pour pouvoir transmettre l'information. »

« C'était pour moi du déjà vu, des choses déjà apprises et assimilées. »

« Le manuel est très informatif, contient plusieurs détails, suggestions... Je crois que plus de temps aurait du être utilisé pour les jeux de rôles ou les activités en petits groupes au lieu de seulement réviser le manuel. Je suis sûre que le plus gros défi pour un intervenant est de diriger un atelier, donc les participants ont besoin de temps, de pratique pour devenir des formateurs. Quelques activités qui ont été faites en plénière auraient pu être faites en petits groupes. Cela aurait donné la chance à plus de monde de pratiquer à, par exemple, diriger un groupe. »

« Je n'en ai pas appris assez au sujet de l'aspect médical. »

« Je ne dirais jamais assez que ces ateliers devraient être donnés plus fréquemment. »

« Il y avait de très bonnes ressources, du bon matériel et des bonnes informations. »

« Pour la prochaine fois peut-être une activité culturelle, comme un Cercle de discussion... »

« La meilleure partie de l'atelier a été d'écouter les idées des autres, leurs histoires et leurs questions. La lecture du manuel aurait pu se faire individuellement. »

« Pas assez profond, même si c'était plaisant. C'était trop informatif, c'est impossible d'apprendre en si peu d'heures. »

« Il y a des participants qui ont pris la parole trop longtemps, il aurait fallu que l'animatrice redirige la conversation sur le sujet traité. »

« J'ai besoin de plus d'informations et d'entraînement sur le sujet. »

« J'ai besoin d'étudier cela par moi-même pour pouvoir donner de bons ateliers agréables. »

« C'est un outil de travail pour les projets futurs. »

« J'aurais aimé avoir plus de temps pour les questions. »

« Ce fut trois journées très constructives, le temps s'est écoulé très rapidement. »

« Ce n'est pas acceptable d'être une heure en retard sur l'horaire. Pas d'excuse du type «notre temps à notre manière» ça montre un manque de respect pour les participants. Par contre tout était très intéressant. »

CONFÉRENCIER(E)S

Michèle Audette,

Présidente, Femmes Autochtones du Québec
Quebec native Women
460, Ste Catherine Ouest Bureau 610
Montréal (Québec) H3B 1A7
☎ : 1-800-363-0322
☎ : 514-954-1899
www.qnwafaq.com

Guyline Chastroux,

CSSSPNQL / FNQLHSSC
*Coordonnatrice technique VIH/sida
HIV/AIDS Technical Coordinator
250, Place Chef Michel Laveau
Wendake (Qc) G0A 4V0*
☎ : 418-842-1540
☎ : 418-842-7045
gchastroux@ssspnql.com
www.cssspnql.com

Pauline Clermont,

Coordonnatrice en maladie infectieuse
Régie régionale de la santé et des services
sociaux Abitibi-Temiscamingue
1, 9^e Rue, 3^e étage,
Rouyn-Noranda (Qc) J9X 2A9
☎ : 819-764-3264 Ext. 49412

Marlene Daley

Counsellor, AIDS intervention Center, CLSC
Metro
*Agente de relation humaine, Centre
d'intervention sida, CLSC Metro*
1801, Maisonneuve Ouest, 4^{ème} étage
Montréal (Qc) H3H 1J9
☎ : 514-934-0505 Ext. 420
Email : mdaley@ssss.gouv.qc.ca

George L. Diamond, Promotion Officer
Public Health Team, Administration Center,
Cree Board of Health and Social Services of
James Bay
*Agent de la santé publique-promotion de la
santé, équipe de santé publique, centre
administratif, Régie régionale de la santé et des
services sociaux de la Baie James*
Chisasibi (Qc) J0M 1E0
☎ : 819-855-2844 Ext. 5361
☎ : 819-855-2098
Email: gldiamin@yahoo.com

Prudence Hannis,

Coordonnatrice du dossier santé
Femmes Autochtones du Québec
*Health coordinator
Quebec Native Women*
460, Ste Catherine Ouest Bureau 610
Montréal (Québec) H3B 1A7
☎ : 1-800-363-0322
☎ : 514-954-1899
Email: phannis@qnwafaq.com
www.qnwafaq.com

Velma Labillois

Community Health Representative
Eel River Bar First Nation Band Office
11, Mainstreet, Unit 201
Eel River Bar (NB)
E8C 1A1
☎ : 506-684-6272
☎ : 506-684-6282

Dominic Lévesque

Infirmier, coordonnateur au secteur Info-
Traitements
Comité des Personnes Atteintes du
VIH/sida (CPAVIH)
2075, rue Plessis - 2^e étage
Montréal (Québec) H2L 2Y4
☎ : 1-800-927-2844
☎ : (514) 521-9633
Email : info.traitement@arobas.net
www.cpavih.qc.ca

Salomé McKenzie,

Centre de santé de Lac Simon
1020, av. Amik-Wiche
C.P. 133,
Lac Simon (QC) J0Y 3M0
☎ : 819-736-2161
☎ : 819-736-2064

Guyline Morin

Travailleuse sociale au Centre Maternel et
Infantil sur le sida, Hôpital Ste-Justine
3175, chemin de la Côte-Ste-Catherine
Montréal (Québec) H3T 1C5
☎ : (514) 345-4931 Ext. 5446
☎ : 514 354-4897
Courriel : guylaine_morin@ssss.gouv.qc.ca
www.hsj.qc.ca

Michel Morin,
Directeur Adjoint
Coalition des organismes communautaires
québécois de lutte contre le sida
1, rue Sherbrooke est
Montréal, Québec - H2X 2V8
☎ : 514-844-2477
☎ : (514) 844-2497
Courriel: info@cocqsida.com
<http://www.algi.qc.ca/asso/cocq-sida>

Donna O'Bomsawin
Représentante en santé communautaire
Centre de santé d'Odanak
105, Sibosis Odanak (QC) J0G 1H0
☎ : 450-568-6766
☎ : 450-568-6717
Courriel donnaobomsawin@yahoo.com

Kathy Snowball,
Promotion Officer, Nunavik Regional Board of
Health and Social Services
Agente de la santé publique-promotion de la
santé, Régie régionale de la santé et des services
sociaux Nunavik
C.P.900
Kuujjuak (Québec) J0M 1C0
☎ : 819-964-2222
☎ : 819-964-2888
Email : kathy.snowball@ssss.gouv.qc.ca
www.rrss17.gouv.qc.ca

Sonia Young
Wolf Lake First Nation
Hunter's Point, Box 998,
Timiscaming (QC) J0Z 3R0
☎ : 819-627-3628
☎ : 819-627-1109

ANNEXES