



# LES FEMMES AUTOCHTONES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA :

QUESTIONS LIÉES AUX SOINS, AU TRAITEMENT ET AU SOUTIEN



## **Aperçu du Réseau canadien autochtone du sida (RCAS)**

- Organisme créé en 1997
- Organisme national et sans but lucratif
- Représente plus de 200 organismes et personnes membres
- Représente plus de 200 organismes et personnes membres
- Sert de tribune nationale pour permettre aux membres d'exprimer leurs besoins et leurs préoccupations Fournit des renseignements pertinents, exacts et actualisés sur les enjeux qui touchent les personnes autochtones vivant avec le VIH/sida au Canada
- Est dirigé par un Conseil d'administration national composé de douze membres et un Comité exécutif de quatre membres

## **Énoncé de mission**

La mission du Réseau canadien autochtone du sida (RCAS) consiste à assurer un leadership, à fournir du soutien et à défendre les droits des personnes autochtones vivant avec le VIH/sida et qui sont touchées par ce virus, indépendamment de l'endroit où elles habitent.

## **Remerciements**

Le financement a été fourni dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida. Les points de vue et opinions exprimés dans le présent document ne reflètent pas nécessairement la politique officielle de Santé Canada.

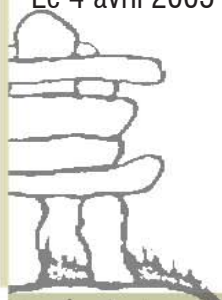
No ISBN: 1-894624-17-3

## **Réseau canadien autochtone du sida**

251, rue Bank, bureau 602  
Ottawa (ON) K2P 1X3  
Téléphone : 613-567-1817  
1-888-285-2226  
Télécopieur : 613-567-4652  
Internet: [www.caan.ca](http://www.caan.ca)

Préparé par :  
Gwen Reimer, Ph.D.  
PRAXIS RESEARCH ASSOCIATES

Le 4 avril 2005



## Introduction

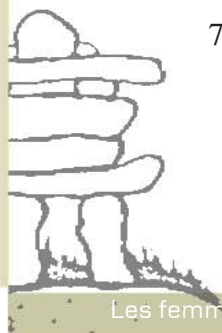
Les femmes autochtones vivant avec le VIH/sida (FAVVIH/sida) représentent 25 % des cas de sida et 45 % des cas de VIH chez les personnes autochtones au Canada (Santé Canada 2004 : 51). Le RCAS a mentionné dans son énoncé de principes intitulé *Les femmes, les enfants et les familles autochtones face au VIH/sida* que « ... les lacunes en matière de ressources, de programmes et de services visant spécifiquement les femmes autochtones atteintes ou affectées par le VIH/sida sont choquantes » (RCAS 2004a:3).

Dans cet énoncé, le RCAS appelle une attention particulière sur les questions liées aux soins, au traitement et au soutien auxquelles sont confrontées les femmes autochtones vivant avec le VIH/sida. On présente ici une nouvelle information portant sur les principaux services requis par les FAVVIH/sida et les obstacles auxquels elles se heurtent pour avoir accès aux services reliés au VIH/sida. En outre, cet énoncé recommande un plan d'action en vue de futurs projets et recherches sur ce «manque choquant» de soins, de traitement et de soutien visant spécifiquement les FAVVIH/sida.

### Les FAVVIH/sida dans le contexte d'un sondage sur les soins, le traitement et le soutien

Au cours de l'été 2004, le RCAS a effectué un sondage national auprès de personnes autochtones vivant avec le VIH/sida au Canada (RCAS 2005). Ce sondage a permis d'examiner dans quelle mesure les PAVVIH/sida avaient besoin ou faisaient usage de divers services, si ces services répondaient à leurs besoins et dans la négative, pourquoi ces besoins n'étaient pas satisfaits. Aux fins de cette étude, nous avons regroupé 38 services spécifiques selon les huit catégories suivantes :

1. *Services traditionnels autochtones de santé et du mieux- tre : Aînés, médecines traditionnelles, cérémonies, cercles de partage ou de guérison, retraites et camps traditionnels.*
2. *Services de santé primaires : médecins, centres d'urgence en milieu hospitalier, cliniques de santé locales, pharmacies, régimes de médicaments.*
3. *Services de santé secondaires : dentistes, opticiens, chiropraticiens, physiothérapeutes, infirmiers domicile, soins professionnels domicile.*
4. *Thérapies alternatives et complémentaires : massage, thérapie homéopathique, marijuana des fins médicales.*
5. *Services sociaux et la famille : travailleurs sociaux, garde d'enfants, planification familiale et programmes de compétences parentales.*
6. *Services de prévention de la consommation d'alcool et d'autres drogues : centres de traitement de la toxicomanie, programmes de réduction des méfaits, échange d'aiguilles.*
7. *Services fournis par les organismes communautaires et de services liés au sida (OLS) : information sur les traitements du sida, éducation en santé, soins palliatifs, programmes d'accompagnement, haltes-accueil, lignes d'écoute téléphonique.*



8. Services de santé mentale et de counseling : soins de santé mentale, soins religieux et spirituels, counseling pour personnes affligées, counseling financier, soutien juridique.

En tout, 195 personnes ont pris part à l'étude; 74 (38 %) étaient des femmes. L'information apparaissant dans le présent énoncé de position est tirée des résultats des 74 sondages remplis par les trois femmes inuites, les dix femmes métisses et les 61 femmes des Premières Nations vivant avec le VIH/sida et représentant tous les groupes d'âges et toutes les régions du Canada. En tout, 75 % des FAVVIH/sida vivent dans les provinces de l'Ouest; les 25 % qui restent vivent dans les provinces du Nord ou de l'Est. La plupart des FAVVIH/sida (88 %) du groupe d'étude vivent dans des régions urbaines; 12 % vivent dans des établissements ruraux et isolés ou dans une réserve. La moitié environ (47 %) des FAVVIH/sida ayant pris part au sondage ont plus de 40 ans; 34 % sont dans la trentaine et 19 % sont âgées de 15 à 29 ans.

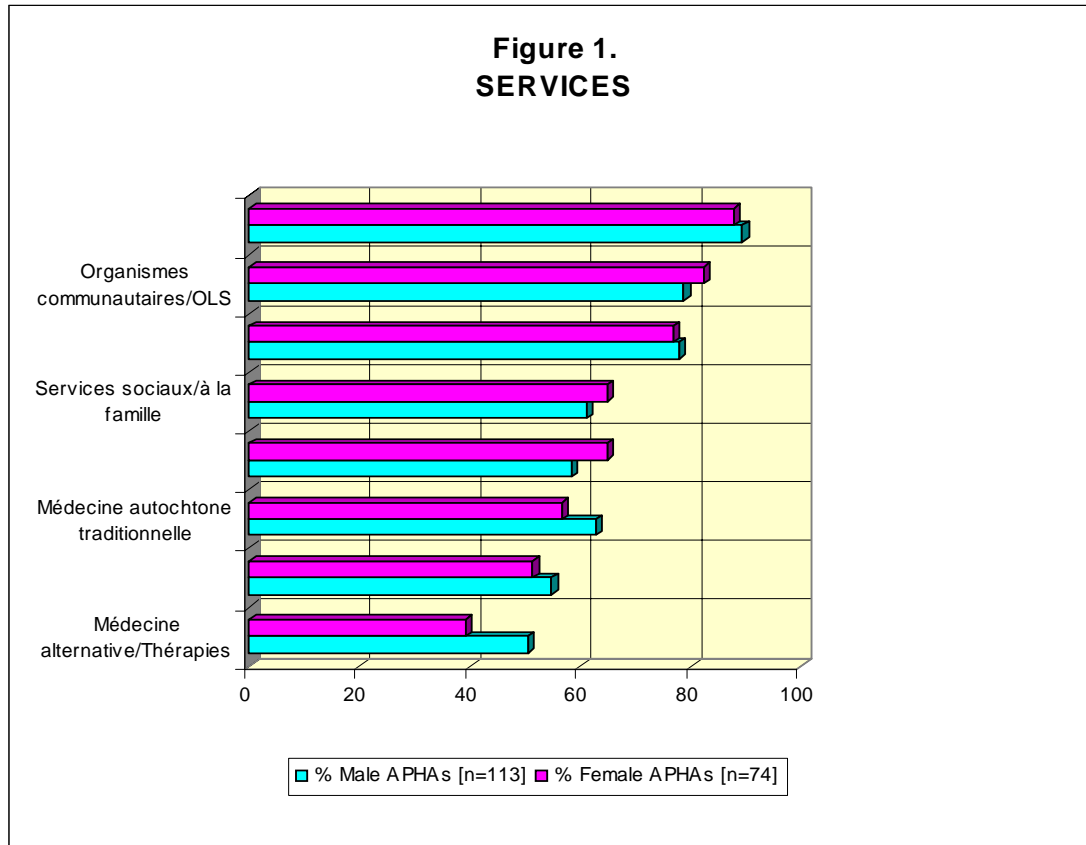
Soixante de ces femmes (85 %) ont déclaré qu'elles étaient séropositives, et dix (15 %) ont indiqué qu'elles avaient le sida<sup>1</sup>. Le mode de transmission le plus courant est le contact sexuel (47 %) suivi de l'utilisation de drogues injectables (27 %) et de la contamination par produits sanguins (4 %). Un autre 16 % ont mentionné une combinaison de ces modes de transmission. D'après la numération auto-déclarée des cellules T CD4 et des charges virales, l'état de santé de 30 % des FAVVIH/sida n'était pas sérieux, et l'état de santé de 26 % d'entre elles allait de sérieux à très sérieux (numérations de cellules T CD4 inférieures à 200 ou charges virales supérieures à 10 000). Près de la moitié (45 %) des femmes qui ont pris part au sondage ne savaient pas (ou ne voulaient pas savoir) leur numération de cellules T CD4 et leur charge virale. Au moment du sondage, 44 % des FAVVIH/sida prenaient des antirétroviraux, alors qu'un nombre à peu près égal ne prenait aucun médicament ou ne suivait aucun traitement (42 %).

### **Besoins en matière de services reliés au VIH/sida visant spécifiquement les femmes**

Une comparaison des taux d'utilisation des services de soins, de traitement et de soutien par les hommes et les femmes autochtones vivant avec le VIH/sida indiquent que les femmes ont généralement tendance à utiliser les huit types de services dans la même proportion que les hommes (Figure 1).

1. Données tirées du document *Actualités en épidémiologie* 2004 indiquant 75 % des cas de VIH et 25 % des cas de sida chez les femmes autochtones vivant avec le VIH/sida (Santé Canada 2004:51).

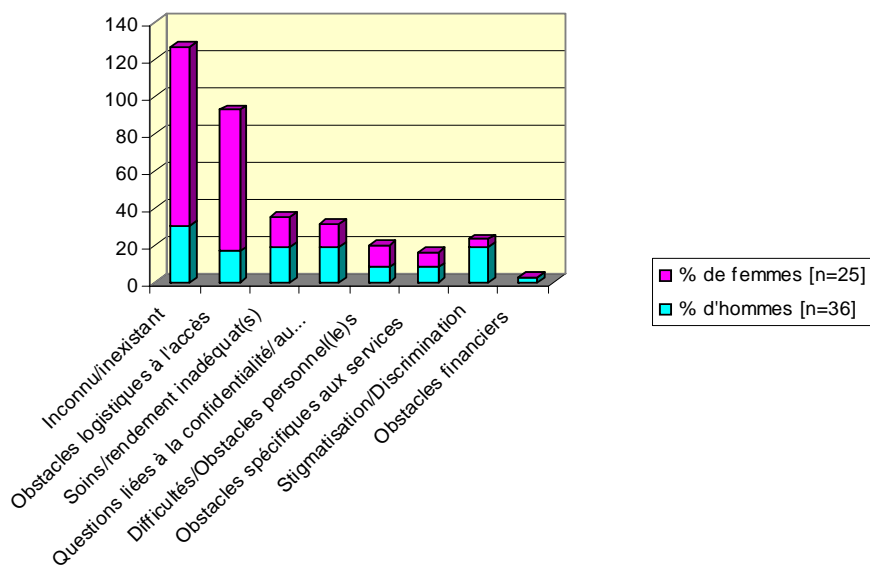
SERVICES	Taux d'utilisation/de besoin des hommes (%)	Taux d'utilisation/de besoin des femmes (%)
Médecine alternative/Thérapies complémentaires	50.4	39.2
Santé mentale/Counseling	54.8	51.4
Médecine autochtone traditionnelle	62.8	56.8
Programmes de prévention de la toxicomanie	58.4	64.9
Services sociaux/à la famille	61.1	64.9
Services de santé secondaires	77.9	77.0
Organismes communautaires/OLS	78.8	82.4
Services de santé primaires	89.4	87.8



Toutefois, le degré auquel certains services répondent aux besoins des femmes et les obstacles auxquels elles se heurtent pour accéder aux services sont uniques lorsqu'on le compare aux hommes autochtones vivant avec le VIH/sida du groupe d'étude. C'est particulièrement le cas des services de mieux-être traditionnels autochtones. Bien que seul un pourcentage un peu plus élevé de femmes (40,6 %) par rapport aux hommes (34,6 %) soit d'avis que leurs besoins ne sont pas satisfaits par les fournisseurs de services traditionnels, les raisons de l'insatisfaction des PAVVIH/sida varie en fonction du sexe (Figure 2). Les FAVVIH/sida sont en grande partie responsables de l'identification des deux principaux obstacles aux services de mieux-être traditionnels autochtones : 1 ) elles ne savent pas si ces services existent ou où ils sont offerts dans leur secteur et 2) elles n'ont pas accès au soutien logistique tel que le transport pour se rendre jusqu'aux centres où ces services sont offerts ou dans les communautés où ces ressources de mieux-être traditionnelles (p. ex., aînés) existent.

Obstacles aux services de mieux-être autochtones traditionnels	% d'hommes [n=36]	% de femmes [n=25]
Inconnu/inexistant	30.6	96
Obstacles logistiques à l'accès	16.7	76
Soins/rendement inadéquat(s)	19.4	16
Questions liées à la confidentialité/au respect de la vie privée	19.4	12
Difficultés/Obstacles personnel(le)s	8.3	12
Obstacles spécifiques aux services	8.3	8
Stigmatisation/Discrimination	19.4	4
Obstacles financiers	2.8	0

**Figure 2.**  
**Obstacles aux services de mieux-être autochtones traditionnels**



On note également des différences significatives au niveau des services spécifiques. Par exemple, les femmes ont tendance à utiliser les médecines traditionnelles dans une proportion inférieure à celle des hommes. En effet, 35,4 % des hommes autochtones vivant avec le VIH/sida ont dit avoir besoin ou faire usage des médecines traditionnelles, par rapport à seulement 21,6 % des femmes (Tableau 1). Les femmes font également mention d'un taux d'insatisfaction considérablement plus élevé (62,5 %), puisqu'elles déclarent que les médecines traditionnelles répondent parfois ou jamais à leurs besoins. Par opposition, la majeure partie des hommes autochtones vivant avec le VIH/sida (67,5 %) sont satisfaits (Tableau 2). Comme c'est le cas avec tous les services de mieux-être traditionnels autochtones, les FAVVIH/sida disent que le principal obstacle à l'utilisation des médecines traditionnelles est qu'elles ne savent pas où elles peuvent y avoir accès dans leur lieu de résidence actuel, et qu'elles ne peuvent pas trouver l'information dont elles ont besoin afin de déterminer si et comment elles peuvent utiliser certaines médecines traditionnelles en combinaison avec les antirétroviraux.

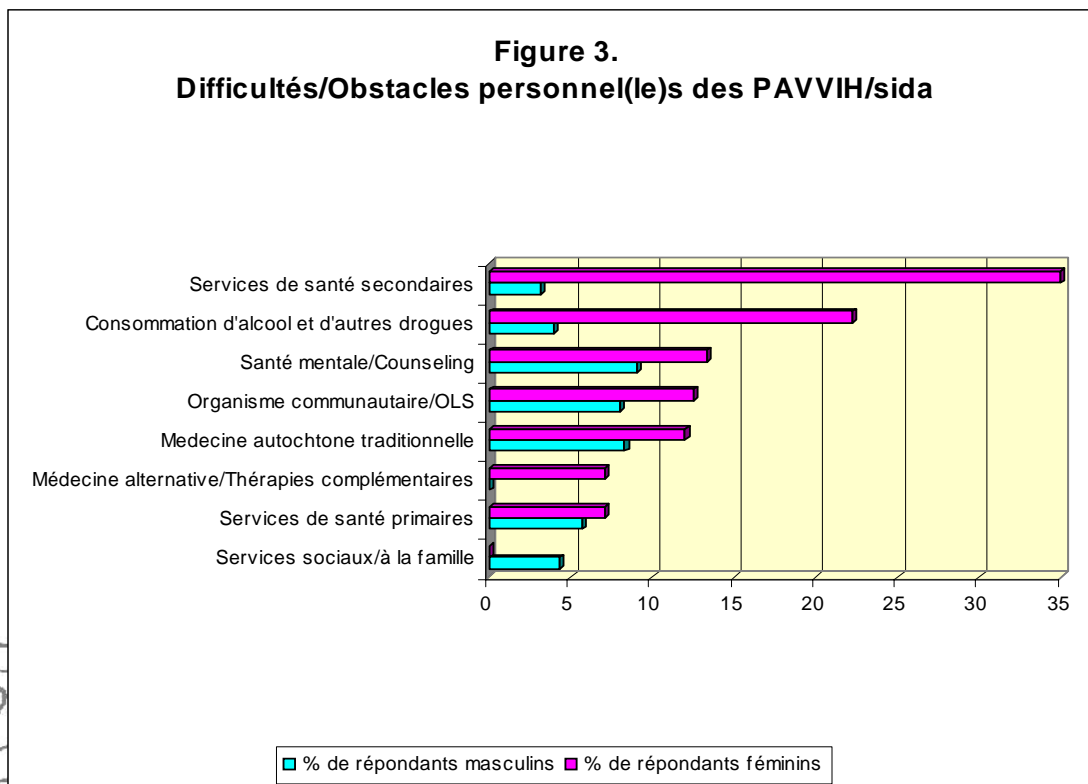
Dans le contexte des services médicaux primaires, les femmes vivant avec le VIH/sida ont tendance à visiter les centres d'urgence en milieu hospitalier selon une fréquence plus élevée (67,6 %) que les hommes (54,9 %) (Tableau 3). En tout, 40 % des FAVVIH/sida ont indiqué que les services d'urgence en milieu hospitalier ne répondaient pas à leurs besoins, principalement à cause des longs délais d'attente. Les FAVVIH/sida utilisent également les services de leurs cliniques de santé locales plus souvent (51,4 %) que les hommes (38,1 %) (Tableau 4). Une fois encore, près de 40 % des femmes ont indiqué que leurs besoins n'étaient pas complètement satisfaits dans les cliniques de santé locales pour deux raisons : les femmes étaient d'avis que l'on portait atteinte à la confidentialité et au respect de la vie privée et qu'elles ne recevaient pas des soins compétents en ce qui a trait à des services de santé spécifiques au VIH/sida.

Dans tous les cas, exception faite des services sociaux et à la famille, les femmes ont mentionné plus souvent que les hommes des problèmes personnels comme obstacles à l'accès (Figure 3).

**Difficultés/Obstacles personnel(le)s des PAVVIH/sida**

	% de répondants masculins	% de répondants féminins
Services sociaux/à la famille	4.3	0
Services de santé primaires	5.7	7.1
Médecine alternative/Thérapies complémentaires	0	7.1
Medecine autochtone traditionnelle	8.3	12
Organisme communautaire/OLS	8	12.5
Santé mentale/Counseling	9.1	13.3
Consommation d'alcool et d'autres drogues	4	22.2
Services de santé secondaires	3.2	35

**Figure 3.**  
**Difficultés/Obstacles personnel(le)s des PAVVIH/sida**



Par exemple, bien que les taux d'utilisation et de satisfaction des FAVVIH/sida à l'égard des services de santé secondaires tels que les dentistes, les chiropraticiens et les soins infirmiers à domicile soient similaires à ceux de la grande population des PAVVIH/sida, les motifs mentionnés par les FAVVIH/sida diffèrent quant aux raisons pour lesquelles ces services ne répondent pas à leurs besoins. Les FAVVIH/sida indiquent le plus souvent que le service en soi n'est pas en faute, mais que des circonstances personnelles telles que la crainte des examens dentaires, une tendance à rater des rendez-vous ou une préférence à l'égard de techniques d'entraide peuvent les empêcher de tirer avantage de ces services.

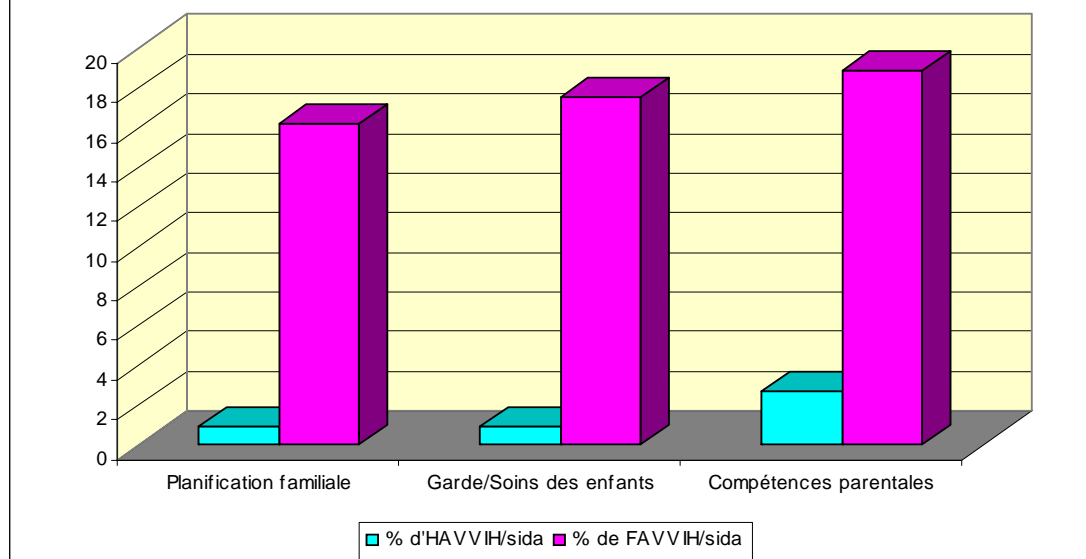
Nous ne savons pas avec certitude si le taux plus élevé de problèmes personnels est lié au fait que les femmes sont plus enclines que les hommes à partager leur information personnelle ou si, en fait, les femmes se heurtent à davantage d'obstacles pour avoir accès aux services. Des commentaires tels que : « Pour moi, [l'absence de] services de garde et de répit pour mes enfants est un obstacle à l'accès à ces services », et « [mes besoins n'ont pas été satisfaits] parce que j'étais la seule femme en désintox à ce moment-là », peuvent indiquer qu'en tant que femmes, les FAVVIH/sida sont confrontées à des obstacles personnels auxquels les hommes autochtones vivant avec le VIH/sida ne se heurtent pas<sup>2</sup>.

Des différences significatives au niveau du sexe sont également évidentes en ce qui touche l'utilisation des services à la famille. Les taux de besoin ou d'utilisation des programmes de compétences parentales, des services de garde d'enfant et des services de planification familiale par les FAVVIH/sida sont considérablement plus élevés que ceux des HAVVIH/sida (Figure 4; voir également les tableaux 5, 6 et 7). Bien que de 25 % à 40 % des femmes qui ont recours aux services à la famille indiquent que leurs besoins ne sont pas satisfaits, peu de raisons sont invoquées pour expliquer leur insatisfaction, et il n'est donc pas possible de brosser un portrait défini des obstacles à ces services.

Services à la famille	% d'HAVVIH/sida	% de FAVVIH/sida
Planification familiale	0.9	16.2
Garde/Soins des enfants	0.9	17.6
Compétences parentales	2.7	18.9

2. L'inverse est vrai en ce qui touche la stigmatisation et la discrimination comme obstacles aux services. Un plus grand nombre d'hommes autochtones vivant avec le VIH/sida que de FAVVIH/sida ont identifié ces obstacles; toutefois, il se peut que les hommes et les femmes autochtones vivant avec le VIH/sida reconnaissent les situations de stigmatisation et de discrimination de façon différente. Notamment, les femmes peuvent définir ces types de problèmes en des termes plus personnels que le font les hommes.

**Figure 4.  
Services à la famille**



L'utilisation de marijuana à des fins médicales diffère de façon considérable selon le sexe. Les HAVVIH/sida mentionnent un taux de besoin et d'utilisation de 41,6 % comparativement aux femmes qui, elles, indiquent un taux de 27 % (Tableau 8). Il est intéressant de noter que les FAVVIH/sida semblent plus satisfaites en ce qui touche leurs besoins en matière de marijuana que les HAVVIH/sida (taux de satisfaction de 88,2 % et de 61 %, respectivement) (Tableau 9). Plusieurs femmes ont fait part de commentaires positifs à l'égard de la marijuana, indiquant que celle-ci permettait d'améliorer l'appétit et le sommeil, de susciter un calme mental et spirituel et de soulager la douleur. Le principal obstacle à l'accès à la marijuana à des fins médicales par les femmes a trait à l'accès illégal et aux limitations associées à la loi actuelle sur la culture de la marijuana à des fins médicales.

### **La documentation : les enjeux liés aux FAVVIH/sida**

Un grand nombre des FAVVIH/sida du groupe d'étude ont commenté de façon spécifique la nécessité de mettre en place des services de soutien axés sur les femmes. La documentation sur le VIH/sida a également fait ressortir de façon un peu plus précise les problèmes propres aux femmes en indiquant, par exemple, que l'autonomisation permettrait de s'assurer que les femmes participent activement à la prestation de soins de santé et de counseling (Melchior, *et al* 2001:32).

Les FAVVIH/sida de toutes les régions du Canada ont exprimé leurs besoins à l'égard de services de soutien visant spécifiquement les femmes autochtones vivant avec le VIH/sida :

*En tant que femme autochtone, je dois établir un contact avec d'autres femmes vivant avec le VIH/sida. Il n'y a guère de services dans [la région de l'Atlantique] pour les femmes des*

*Premières Nations. Je connais beaucoup d'hommes. [Nous] avons besoin d'une plus grande représentation des femmes autochtones vivant avec le VIH/sida. Je n'ai vraiment aucune idée des services qui existent.*

*Je crois qu'il faudrait davantage de services axés spécifiquement sur les femmes. Il n'y en a pas assez [en Alberta] pour le moment. J'aimerais pouvoir avoir accès à des services de traitement qui me ciblent, moi, en tant que femme autochtone.*

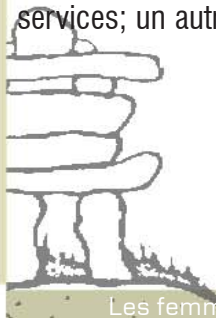
Le contexte de la vie des femmes et, subséquemment, de leurs besoins de santé entraîne des problèmes que l'on ne voit pas normalement en ce qui touche la santé des hommes (Worth 1990:128; de Guzman 2001:666; Huba *et al* 2001:55; Melchior *et al* 2001:31; Ship et Norton 2001:26; Vernon 2001:50-51; Kenagy *et al* 2003:235; Métis National Council 2003:32). Par exemple, on constate un manque de connaissances et de compréhension des préoccupations des femmes en ce qui a trait au VIH/sida et de la manière dont cette maladie les affecte, non seulement elles, mais aussi les bébés qu'elles portent et allaitent (Vernon 2001:58, 63).

Une femme autochtone vivant avec le VIH/sida qui a pris part à l'étude souhaitait obtenir de l'information sur ces mêmes questions :

*J'aimerais en savoir davantage sur la manière dont le VIH/sida peut affecter un fœtus et sur les chances de survie du bébé. J'aimerais savoir où on peut obtenir cette information et j'aimerais que cela reste confidentiel.*

Les femmes chefs de famille portent un fardeau additionnel, celui des effets psychologiques et sociaux de la discrimination à l'égard de leurs enfants si jamais leur séropositivité devenait un fait connu (Ship et Norton 2001:28; Vernon 2001:58). Les études ont également démontré que les femmes, indépendamment de leur culture, sont plus portées à assumer le fardeau des soins à domicile pour des amis et membres de la famille séropositifs, en dépit du fait qu'elles soient elles-mêmes atteintes (de Guzman 2001:670; Ship et Norton 2001:27, 29). Tout l'argent qu'elles possèdent est habituellement consacré aux besoins de la famille plutôt qu'aux leurs (Vernon 2001:49). Des données empiriques obtenues auprès des membres du RCAS suggèrent que les FAVVIH/sida ont plus tendance à se retrouver dans un état de crise au niveau de leur santé parce qu'elles sont portées à faire passer les besoins des autres (p ex., ceux de leurs enfants) avant les leurs. Cette tendance peut peut-être expliquer les résultats du sondage qui indiquent que les FAVVIH/sida se rendent plus fréquemment dans les salles d'urgence des hôpitaux que les HAVVIH/sida.

Des études indiquent qu'un nombre croissant de femmes autochtones s'installent dans des centres urbains ou quittent les réserves ou des communautés éloignées afin d'échapper à la violence familiale (Ship et Norton 2001:27). Les résultats du sondage du RACS sur les soins, le traitement et le soutien révèlent que 46 % des femmes ont déjà déménagé ou ressentent le besoin de déménager pour être plus près des services; un autre 14 % ne savent pas avec certitude si elles devront déménager.



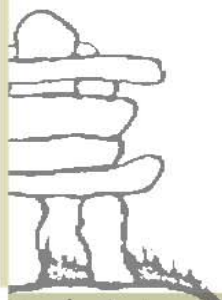
Les résultats du sondage indiquent également que ce sont principalement les FAVVIH/sida qui ont besoin d'accéder à des services de garde d'enfant (Tableau 5). D'autres études indiquent que les mères chefs de famille sont plus exposées aux risques d'une mort prématurée des suites du sida parce qu'elles sont trop occupées pour rechercher une aide précoce (Kenagy *et al* 2003:236). La peur de perdre la garde de leurs enfants est une autre préoccupation qui empêche les femmes de subir un test de diagnostic ou de suivre un traitement contre le VIH/sida (Huba *et al* 2001:62). L'isolement dans des régions rurales devient un obstacle significatif pour les femmes qui n'ont pas accès à un service de garde les jours où elles doivent se déplacer pour leurs rendez-vous médicaux (Vernon 2001:50; cf. Huba *et al* 2001:67; Kenagy *et al* 2003:236). Par conséquent, les mères autochtones vivant avec le VIH/sida ne sont pas autant en mesure d'accéder aux soins de santé à cause de l'absence de moyen de transport et de services de garde. Une FAVVIH/sida du groupe d'étude a expliqué ses difficultés en ces termes :

*J'aimerais avoir de l'aide pour garder mes enfants lorsque j'ai des rendez-vous chez le médecin. Il arrive que certaines personnes ne réunissent pas les conditions voulues pour les services de garde, mais qu'elles ne disposent pas des appuis en place nécessaires. Les responsables des programmes de lutte contre le VIH devraient mieux coordonner les rendez-vous pour les enfants et les parents, surtout dans le cas des parents qui habitent à l'extérieur de la ville. [Nous avons besoin] d'une information pertinente pour les personnes séropositives qui vivent en milieu rural et qui ont besoin d'information sur le traitement et le soutien disponibles auprès des OLS.*

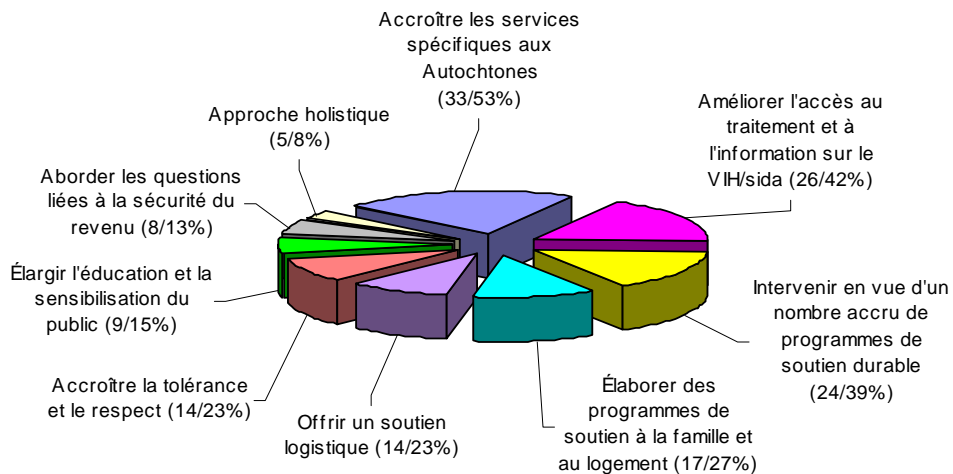
### La voix des FAVVIH/sida : « les meilleurs moyens d'améliorer les services »

Soixante-deux des femmes (84 %) ayant participé au sondage du RCAS sur les soins, le traitement et le soutien ont formulé des recommandations, en leurs propres mots, sur la meilleure manière d'améliorer les services reliés au VIH/sida (Figure 5).

Recommandations des FAVVIH/sida	Nombre
Accroître les services spécifiques aux Autochtones	33
Améliorer l'accès au traitement et à l'information sur le VIH/sida	26
Intervenir en vue d'un nombre accru de programmes de soutien durable	24
Élaborer des programmes de soutien à la famille et au logement	17
Offrir un soutien logistique	14
Accroître la tolérance et le respect	14
Élargir l'éducation et la sensibilisation du public	9
Aborder les questions liées à la sécurité du revenu	8
Approche holistique	5



**Figure 5.**  
**Recommandations des FAVVIH/sida**



Règle générale, les trois types de recommandations les plus fréquentes faites par les FAVVIH/sida sont en accord avec celles formulées par l'ensemble du groupe d'étude :

**Services spécifiques aux personnes autochtones :** Bien que les FAVVIH/sida réclament généralement davantage de services autochtones, surtout des travailleurs de première ligne dans les OLS, les cliniques et les haltes-accueil, y compris des services dans leur langue maternelle, ce sont les femmes qui demandent le plus souvent un système de soutien traditionnel, notamment des aînés résidants dans des centres de santé et des OLS, des cercles de guérison et de partage et des aliments traditionnels (11,3 % de femmes par rapport à 8,5 % d'hommes; voir la Figure 6). Des services de soutien sont requis dans les réserves, les communautés rurales et isolées et les villes et banlieues distantes des grands centres urbains. Les services de soutien devraient généralement être plus axés sur les usagers séropositifs.

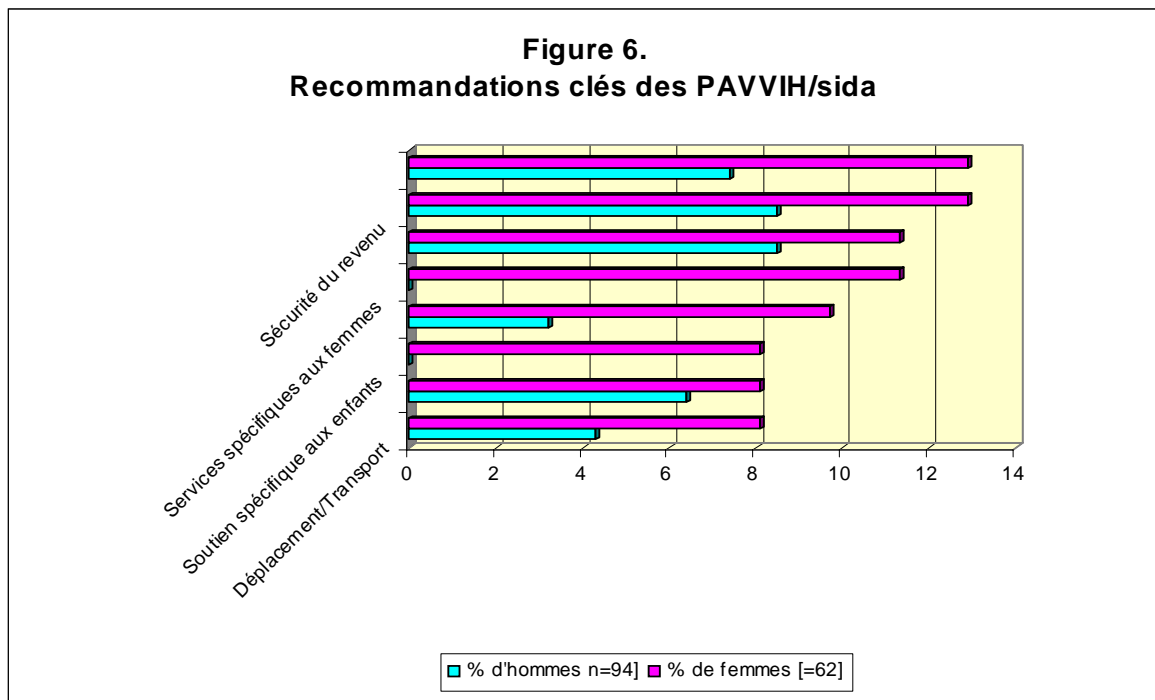
**Services de soutien durables :** Les FAVVIH/sida ont également demandé des programmes et des services de soutien plus durables, notamment des haltes-accueil, du counseling et des séances de groupes et par les pairs. Toutefois, ce sont les femmes qui ont le plus souvent souligné le besoin de compter sur un financement accru, durable et responsable des services de soutien (12,9 % de femmes par rapport à 7,4 % d'hommes; voir la Figure 6).

**Traitement et information sur le VIH/sida :** Autant de femmes que d'hommes autochtones vivant avec le VIH/sida demandent et recommandent plus d'information sur le VIH/sida en général et sur les médicaments et le traitement en particulier, qui soit rédigée et présentée à l'intention d'auditoires ayant divers niveaux d'alphabétisme. Les FAVVIH/sida ont mis en évidence le besoin d'un plus grand nombre

de médecins, d'un accès plus rapide et plus simple aux traitements et médicaments nouveaux et existants (dont la marijuana à des fins médicales), de la couverture des médicaments et d'options de traitements éclairées. Tout comme la majeure partie sinon la totalité des PAVVIH/sida, les femmes ont exprimé l'espoir d'un traitement curatif contre le sida.

Dans les secteurs du soutien à la famille et du logement, du soutien logistique à l'accès et de la sécurité du revenu, ce sont les femmes qui font le plus de recommandations en matière d'amélioration des services (Figure 6).

Recommandations clés des PAVVIH/sida	% d'hommes n=94]	% de femmes [=62]
Déplacement/Transport	4.3	8.1
Soins infirmiers à domicile	6.4	8.1
Soutien spécifique aux enfants	0	8.1
Vie privée/Confidentialité	3.2	9.7
Services spécifiques aux femmes	0	11.3
Soutien traditionnel	8.5	11.3
Sécurité du revenu	8.5	12.9
Financement des programmes	7.4	12.9



En plus de l'importance accordée par les femmes au besoin susmentionné de prévoir le financement d'un système de soutien et de programmes traditionnels, les FAVVIH/sida ont fait ressortir les « meilleurs moyens suivants d'améliorer les services » :

**Sécurité du revenu** : (12,9 % de femmes par rapport à 8,5 % d'hommes) Un plus grand nombre de femmes que d'hommes ont exprimé leurs inquiétudes en rapport avec les questions de finances personnelles telles que les dépenses associées à la vie avec le VIH/sida.

**Services spécifiques aux femmes :** (11,3 % de femmes par rapport à 0,0 % d'hommes) Seules les FAVVIH/sida ont formulé des recommandations quant à des services axés spécifiquement sur les femmes vivant avec le VIH/sida.

**Respect accru de la vie privée et la confidentialité :** (9,7 % de femmes par rapport à 3,2 % d'hommes) La majeure partie des commentaires portant sur le besoin continu de services qui puissent assurer la confidentialité ont été faits par des FAVVIH/sida. Les femmes ont souligné le besoin de mettre en place des services qui assurent un counseling anonyme, fiable et confidentiel.

**Services spécifiques aux enfants :** (8,1 % de femmes par rapport à 0,0 % d'hommes) Seules les FAVVIH/sida ont réclamé des services axés sur les enfants qui sont membres de familles vivant avec le VIH/sida, en suggérant, par exemple, que des services de garde soient offerts dans les OLS et les cliniques de santé locales.

**Aide aux déplacements et au transport :** (8,1 % de femmes par rapport à 4,3 % d'hommes) Il semble qu'un plus grand nombre de femmes que d'hommes éprouvent des problèmes en matière de déplacement et de transport, soit pour se rendre dans leurs communautés natales éloignées ou à des rendez-vous chez le médecin ou à des traitements ou des services de soutien dans leur région locale.

**Services à domicile :** (8,1 % de femmes par rapport à 6,4 % d'hommes) Les FAVVIH/sida ont, en moyenne, recommandé plus fréquemment que des programmes de services à domicile soient élaborés afin de leur permettre de recevoir des soins à domicile ou d'être contactées à domicile sur une base régulière (p. ex., pour des vérifications sur leur santé).

## Répondre aux besoins des FAVVIH/sida en matière de services

Le RCAS se joint à la demande des femmes autochtones vivant avec le VIH/sida qui sont devenues des porte-parole actives en matière d'amélioration des services, en recommandant le plan d'action suivant :

1. Élaborer une « approche de bonnes pratiques » axée sur les besoins spécifiques en matière de programmes des femmes autochtones vivant avec le VIH/sida;
2. Effectuer une recherche de suivi au sondage national mené auprès des PAVVIH/sida qui porterait essentiellement sur les enjeux propres aux femmes.

**« Approche de bonnes pratiques » aux programmes axés sur les FAVVIH/sida :** Il est nécessaire de documenter les « bonnes pratiques » actuellement mises en œuvre à l'intention des femmes autochtones vivant avec le VIH/sida partout au pays et de compiler une liste de solutions possibles aux besoins des FAVVIH/sida en matière de services tels que l'aide aux déplacements et au transport, les services de garde dans les OLS et les cliniques, une information sur le VIH/sida et du counseling de planification familiale destinés aux femmes en âge de fécondité et un réseautage avec d'autres FAVVIH/sida.

Une première étape vers l'élaboration d'une série « de bonnes pratiques » pour les programmes axés sur les FAVVIH/sida consiste à mener un survol environnemental auprès des OLS et des agences sociales ou un projet de groupe de discussion. Au nombre des principaux participants, il faudrait inclure des femmes autochtones actuellement impliquées dans des organismes communautaires de lutte contre le sida partout au Canada. De même, puisque les FAVVIH/sida ont des inquiétudes spécifiques reliées aux services à la famille, au logement et à la sécurité du revenu, il faudrait également solliciter la participation de travailleurs sociaux et d'agences connexes dont les FAVVIH/sida sont clientes. Un tel projet auprès des OLS et des agences sociales pourrait définir les enjeux propres aux FAVVIH/sida dans une perspective de prestation de services et fournir l'information administrative et logistique pertinente requise pour formuler des recommandations pratiques aux fins de l'élaboration de programmes spécifiques aux FAVVIH/sida.

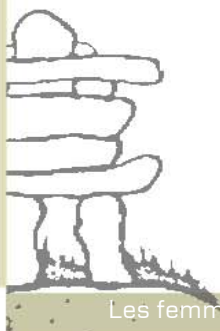
En accord avec l'approche de « bonnes pratiques » du RCAS, les recommandations sur les programmes axés sur les FAVVIH/sida doivent être « ouvertes, intégratrices et flexibles » afin de répondre à une variété de contextes culturels et communautaires (RCAS 2004b:5).

**Recherche portant spécifiquement sur les enjeux propres aux FAVVIH/sida** : Un sondage qui cible les femmes autochtones vivant avec le VIH/sida de toutes les régions du pays et représente tous les groupes culturels au Canada devrait être axé sur les différences entre les sexes révélées par le sondage national du RCAS mené auprès des PAVVIH/sida. Ce sondage aurait pour objectif de susciter une meilleure compréhension de la nature et de la portée des enjeux spécifiques aux femmes identifiés dans le présent énoncé de position.

D'après les résultats du sondage auprès des FAVVIH/sida, une étude strictement quantitative devrait porter sur les expériences des femmes autochtones au moment où elles recherchent des soins, un traitement et du soutien reliés au VIH/sida et y ont accès. Des entrevues en profondeur devraient porter particulièrement sur les descriptions de la vie au quotidien et des circonstances qui empêchent un accès complet aux services requis et que les femmes considèrent comme des « obstacles personnels » à ces mêmes services. Ces descriptions peuvent révéler des points communs entre les FAVVIH/sida que l'on pourrait aborder à un niveau systémique de prestation des services.

## Énoncé de position

Nos conclusions font ressortir la nécessité de réduire les obstacles aux soins, au traitement et au soutien spécifiques aux femmes autochtones vivant avec le VIH/sida. Les politiques et la pratique doivent tenir compte non seulement de la compétence culturelle, mais également des différences entre les sexes dans la mesure où elles influent sur la prestation des services reliés au VIH/sida. La position du Réseau canadien autochtone du sida sur ce point est de préparer une campagne d'intervention percutante en vue d'une allocation appropriée de fonds qui permette de prendre en compte les inquiétudes des femmes autochtones dans le cadre de la nouvelle Initiative fédérale sur le VIH/sida au Canada.



## RÉFÉRENCES

de Guzman, A.

2001 « Reducing social vulnerability to HIV/AIDS: models of care and their impact in resource-poor settings » dans *AIDS Care* 13(5):663-675.

Huba, G.J., L.A. Melchior, G.A.D. Smereck, V.B. Brown, E. Jean-Louis, V.F. German, T. Gallagher, S.S. McDonald, A. Stanton, C. Hughes, K. Marconi, A.T. Panter

2001 « Perceived Barriers to Receiving HIV Services in Groups of Traditionally Underserved Individuals: Empirical Models » dans *Home Health Care Services Quarterly*, 19(1-2):53-75.

Kenagy, G.P., N.L. Linsk, D. Bruce, R. Warnecke, A. Gordon, F. Wagaw, A. Densham

2003 « Service Utilization, Service Barriers, and Gender among HIV-Positive Consumers in Primary Care » dans *AIDS Patient Care and STDs*, 17(5):235-244.

Melchior, L.A., G.J. Huba, T. Gallagher, E. Jean-Louis, S.S. McDonald, G.A.D. Smereck, V.F. German, V.B. Brown, A.T. Panter

2001 « Unmet Needs in Groups of Traditionally Underserved Individuals with HIV/AIDS: Empirical Models » dans *Home Health Care Services Quarterly*, 19(1-2):29-51.

Métis National Council

2003 HIV/AIDS: The Basic Facts for Métis Communities. Ottawa: Métis National Council.

Réseau canadien autochtone du sida (RCAS)

2004a Les femmes, les enfants et les familles face au VIH/sida : Énoncé de principes. Ottawa

2004b Pour une approche de bonnes pratiques. Ottawa

2005 Les personnes autochtones vivant avec le VIH/sida au Canada : Questions liées aux soins, au traitement et au soutien. Ottawa

Santé Canada - Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses 2004. L'infection à VIH et le sida chez les peuples autochtones du Canada : un problème toujours préoccupant. *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*. Ottawa, Santé Canada (mai 2004) : 46-56.

Ship, S.J. et L. Norton

2001 « HIV/AIDS and Aboriginal Women in Canada » dans *Canadian Woman Studies*, 21(2):25-31.

Vernon, I.S.

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

Worth, D.

1990 « Minority Women and AIDS: Culture, Race, and Gender » dans *Culture and AIDS*, (D.A. Feldman, éd.), New York: Praeger.

**ANNEXE A : TABLEAUX**

**Tableau 1. Ai fait usage/Ai besoin de la médecine traditionnelle \* Sexe (Tableau croisé)**

		Sexe (Homme/Femme)*			Total
			Homme	Femme	
Médecine traditionnelle	Non	Nombre	73	58	131
		% du sexe	64,6 %	78,4 %	70,1 %
	Oui	Nombre	40	16	56
		% du sexe	35,4 %	21,6 %	29,9 %
Total	Nombre	113	74	187	
	% du sexe	100,0 %	100,0 %	100,0 %	

\* Parmi les PAVVIH/sida transgenres, transsexuelles et intersexuées, [n=7], 2 (28,6 %) participants ont indiqué qu'ils avaient besoin de la médecine traditionnelle ou qu'ils y avaient eu recours; cependant, une fois factorisés au moyen de l'analyse du chi carré, les résultats sont non significatifs.

**Tests du chi carré**

	Valeur	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Chi carré de Pearson	4,046 <sup>a</sup>	1	44		
Correction de continuité <sup>b</sup>	3415	1	65		
Rapport de vraisemblance	4154	1	42		
Méthode exacte de Fisher				51	31
Association linéaire-linéaire	4024	1	45		
Nombre de cas valides	187				

a Calculé uniquement pour un tableau 2x2

b 0 cellule (,0 %) a un nombre prévu inférieur à 5. Le nombre minimum prévu est de 22,16.

**Tableau 2. Besoins satisfaits par la médecine traditionnelle \* Sexe (Tableau croisé)**

		Sexe (Homme/Femme)*			Total
			Homme	Femme	
Besoins satisfaits par la médecine traditionnelle	A répondu à mes besoins	Nombre	27	6	33
		% du sexe	67,5 %	37,5 %	58,9 %
	A parfois/N'a pas répondu à mes besoins	Nombre	13	10	23
		% du sexe	32,5 %	62,5 %	41,1 %
Total	Nombre	40	16	56	
	% du sexe	100,0 %	100,0 %	100,0 %	

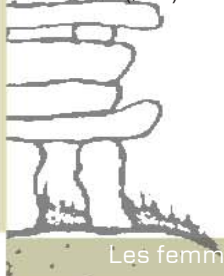
\* Parmi les PAVVIH/sida transgenres, transsexuelles et intersexuées, [n=7], 1 participant a indiqué que ses besoins n'avaient pas été satisfaits par la médecine traditionnelle; cependant, une fois factorisés au moyen de l'analyse du chi carré, les résultats sont non significatifs.

**Tests du chi carré**

	Valeur	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Chi carré de Pearson	4,260 <sup>a</sup>	1	39		
Correction de continuité <sup>b</sup>	3101	1	78		
Rapport de vraisemblance	4221	1	40		
Méthode exacte de Fisher				70	40
Association linéaire-linéaire	4174	1	41		
Nombre de cas valides	56				

a Calculé uniquement pour un tableau 2x2

b 0 cellule (,0 %) a un nombre prévu inférieur à 5. Le nombre minimum prévu est de 6,57.



**Tableau 3. Ai eu recours à/Ai besoin de l'urgence \* Sexe (Tableau croisé)**

			Sexe (Homme/Femme)*		Total
			Homme	Femme	
Urgence	Non	Nombre	51	24	75
		% du sexe	45,1 %	32,4 %	40,1 %
	Oui	Nombre	62	50	112
		% du sexe	54,9 %	67,6 %	59,9 %
Total		Nombre	113	74	187
		% du sexe	100,0 %	100,0 %	100,0 %

\* Parmi les PAVVIH/sida transgenres, transsexuelles et intersexuées, [n=7], 4 participants (57,1 %) ont indiqué qu'ils utilisent les services d'urgence/qu'ils en ont besoin; cependant, une fois factorisés au moyen de l'analyse du chi carré, les résultats sont non significatifs.

**Tests du chi carré**

	Valeur	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Chi carré de Pearson	3,003 <sup>a</sup>	1	83		
Correction de continuité <sup>b</sup>	2497	1	114		
Rapport de vraisemblance	3036	1	81		
Méthode exacte de Fisher				95	56
Association linéaire-linéaire	2987	1	84		
Nombre de cas valides	187				

a Calculé uniquement pour un tableau 2x2

b 0 cellule (,0%) a un nombre prévu inférieur à 5. Le nombre minimum prévu est de 29,68.

**Tableau 4. Ai fait usage/Ai besoin des cliniques de santé locales \* Sexe (Tableau croisé)**

			Sexe (Homme/Femme)*		Total
			Homme	Femme	
Cliniques de santé locales	Non	Nombre	70	36	106
		% du sexe	61,9 %	48,6 %	56,7 %
	Oui	Nombre	43	38	81
		% du sexe	38,1 %	51,4 %	43,3 %
Total		Nombre	113	74	187
		% du sexe	100,0 %	100,0 %	100,0 %

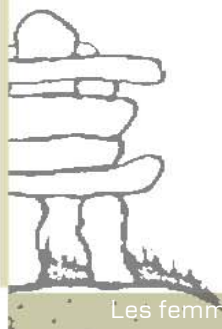
\* Parmi les PAVVIH/sida transgenres, transsexuelles et intersexuées, [n=7], 2 participants (28,6 %) ont indiqué qu'ils ont besoin de cliniques de santé locales ou qu'ils les utilisent; cependant, une fois factorisés au moyen de l'analyse du chi carré, les résultats sont non significatifs.

**Tests du chi carré**

	Valeur	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Chi carré de Pearson	3,221 <sup>a</sup>	1	73		
Correction de continuité <sup>b</sup>	2702	1	100		
Rapport de vraisemblance	3216	1	73		
Méthode exacte de Fisher				97	50
Association linéaire-linéaire	3203	1	73		
Nombre de cas valides	187				

a Calculé uniquement pour un tableau 2x2

b 0 cellule (,0 %) a un nombre prévu inférieur à 5. Le nombre minimum prévu est de 32,05.



**Tableau 5. Soins aux enfants \* Sexe (Tableau croisé)**

			Sexe			Total
			Homme	Femme	Transsexué Transsexuel Intersexué	
Soins aux enfants	Non	Nombre	112	61	6	179
		% du sexe	99,1 %	82,4 %	85,7 %	92,3 %
	Oui	Nombre	1	13	1	15
		% du sexe	,9 %	17,6 %	14,3 %	7,7 %
Total	Nombre	113	74	7	194	
	% du sexe	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	

**Tests du chi carré**

	Valeur	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Chi carré de Pearson	17,882 <sup>a</sup>	2	0
Rapport de vraisemblance	19629	2	0
Association linéaire-linéaire	15088	1	0
Nombre de cas valides	194		

a 1 cellule (16,7 %) a un nombre prévu inférieur à 5. Le nombre minimum prévu est de 0,54.

**Tableau 6. Programmes de planification familiale \* Sexe (Tableau croisé)**

			Sexe			Total
			Homme	Femme	Transsexué Transsexuel Intersexué	
Planification familiale	Non	Nombre	112	62	6	180
		% du sexe	99,1 %	83,8 %	85,7 %	92,8 %
	Oui	Nombre	1	12	1	14
		% du sexe	,9 %	16,2 %	14,3 %	7,2 %
Total	Nombre	113	74	7	194	
	% du sexe	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	

**Tests du chi carré**

	Valeur	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Chi carré de Pearson	16,239 <sup>a</sup>	2	0
Rapport de vraisemblance	17784	2	0
Association linéaire-linéaire	14004	1	0
Nombre de cas valides	194		

a 1 cellule (16,7 %) a un nombre prévu inférieur à 5. Le nombre minimum prévu est de 0,51.

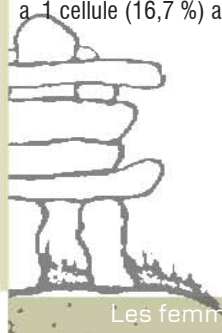
**Tableau 7. Programmes de compétences parentales \* Sexe (Tableau croisé)**

			Sexe			Total
			Homme	Femme	Transsexué Transsexuel Intersexué	
Compétences parentales	Non	Nombre	110	60	6	176
		% du sexe	97,3 %	81,1 %	85,7 %	90,7 %
	Oui	Nombre	3	14	1	18
		% du sexe	2,7 %	18,9 %	14,3 %	9,3 %
Total	Nombre	113	74	7	194	
	% du sexe	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	

**Tests du chi carré**

	Valeur	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Chi carré de Pearson	14,269 <sup>a</sup>	2	1
Rapport de vraisemblance	14645	2	1
Association linéaire-linéaire	11687	1	1
Nombre de cas valides	194		

a 1 cellule (16,7 %) a un nombre prévu inférieur à 5. Le nombre minimum prévu est de 0,65.



**Tableau 8. Ai fait usage/Ai besoin de marihuana à des fins médicales \* Sexe (Tableau croisé)**

			Sexe (Homme/Femme)*		Total
			Homme	Femme	
Marihuana	Non	Nombre	66	54	120
		% du sexe	68,4 %	73,0 %	64,2 %
	Oui	Nombre	47	20	67
		% du sexe	41,6 %	27,0 %	35,8 %
Total	Nombre	113	74	187	
	% du sexe	100,0 %	100,0 %	100,0 %	

\* Parmi les PAVVIH/sida transgenres, transsexuelles et intersexuées, [n=7], 3 participants (42,9 %) ont indiqué qu'ils consomment de la marihuana à des fins médicales ou qu'ils en ont besoin; cependant, une fois factorisés au moyen de l'analyse du chi carré, les résultats sont non significatifs.

**Tests du chi carré**

	Valeur	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Chi carré de Pearson	4,126 <sup>a</sup>	1	42		
Correction de continuité <sup>b</sup>	3517	1	61		
Rapport de vraisemblance	4204	1	40		
Méthode exacte de Fisher				44	30
Association linéaire-linéaire	4104	1	43		
Nombre de cas valides	187				

a Calculé uniquement pour un tableau 2x2

b 0 cellule (,0 %) a un nombre prévu inférieur à 5. Le nombre minimum prévu est de 26,51.

**Tableau 9. Besoins satisfaits par la marihuana à des fins médicales \* Sexe (Tableau croisé)**

			Sexe (Homme/Femme)*		Total
			Homme	Femme	
Besoins satisfaits en matière de marihuana	A répondu à mes besoins	Nombre	25	15	40
		% du sexe	61,0 %	88,2 %	69,0 %
	A parfois/N'a pas répondu à mes besoins	Nombre	16	2	18
		% du sexe	39,0 %	11,8 %	31,0 %
Total	Nombre	41	17	58	
	% du sexe	100,0 %	100,0 %	100,0 %	

\* Parmi les PAVVIH/sida transgenres, transsexuelles et intersexuées, [n=7], 1 participant a indiqué que ses besoins n'ont pas été satisfaits par la consommation de marihuana à des fins médicales; cependant, une fois factorisés au moyen de l'analyse du chi carré, les résultats sont non significatifs.

**Tests du chi carré**

	Valeur	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Chi carré de Pearson	4,172 <sup>a</sup>	1	41		
Correction de continuité <sup>b</sup>	2996	1	83		
Rapport de vraisemblance	4686	1	30		
Méthode exacte de Fisher				61	37
Association linéaire-linéaire	4100	1	43		
Nombre de cas valides	58				

a Calculé uniquement pour un tableau 2x2

b 0 cellule (,0 %) a un nombre prévu inférieur à 5. Le nombre minimum prévu est de 5,28.

