

REVUE CANADIENNE DE RECHERCHE COMMUNAUTAIRE AUTOCHTONE SUR LE VIH/SIDA

Volume 3 • Hiver 2010



Table des matières

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

Approche des questions sur le VIH/sida chez les autochtones en se basant sur l'état sanitaire, sur les facteurs caractérisant cet état et sur l'organisation des soins de santé : la revue des publications et une analyse conceptuelle

Earl Nowgesic, IA, licence en soins infirmiers, master en science de la santé

Earl Nowgesic est un Ojibwa des Premières Nations de Gull Bay, il a plus de vingt ans d'expérience professionnelle dans le secteur de santé. Il a travaillé dans le domaine de la recherche autochtone en santé et de l'évaluation de l'état sanitaire, sur les stratégies et les pratiques autochtones dans le domaine de santé et sur l'éducation sanitaire. Earl a eu plusieurs postes de direction au niveau national au Canada dans le domaine de la recherche autochtone dans le domaine de santé.

RÉSUMÉ

Objectifs : (1) Pour décrire le virus d'immunodéficience humaine (VIH) chez les populations autochtones en utilisant des méthodes mixtes (c'est-à-dire les méthodes quantitatives et qualitatives) ; (2) pour examiner les liens entre le taux du VIH/sida, les déterminants de santé et les soins de santé au niveau individuel et au niveau communautaire (par exemple, le diagnostic, l'accès aux traitements et la planification des services de santé) et (3) pour explorer des solutions novatrices pour lutter contre le VIH/sida au sein de la population autochtone, fondées sur la recherche et les infrastructures (par exemple, les partenariats, les sources de données et la gestion, les indicateurs de santé et de la culture) et la stratégie (c'est-à-dire l'autodétermination des peuples autochtones).

Méthodes : Revue des publications et l'analyse conceptuelle en utilisant l'état sanitaire, les déterminants de santé et l'organisation des soins de santé.

Résultats : Le taux d'infection par le VIH est plus élevé chez les autochtones que chez les non-autochtones, ce qui est directement attribuable aux facteurs uniques de risque et aux caractéristiques sociodémographiques et à un plus grand nombre de problèmes sanitaires. Les bases culturelles, la pauvreté et l'autodétermination sont des facteurs déterminants de la santé des populations autochtones. Les autochtones subissent la carence de soins basiques et surtout au niveau des soins spécialisés. Il est nécessaire d'inclure des approches traditionnelles et la culture autochtone quand on aborde des problèmes de la santé chez les Autochtones tout en comprenant les paradigmes concurrents entre la médecine moderne et les traditions autochtones.

Conclusion : L'auto-détermination des peuples autochtones est nécessaire, afin d'améliorer l'état sanitaire des communautés autochtones et les personnes atteinte par le VIH/sida. La recherche et la politique vis-à-vis des autochtones devraient être de la plus haute qualité et fondées sur la pertinence et la participation des communautés autochtones.

INTRODUCTION

En 2006, 3,8% de personnes sur 31 241 030 habitants du Canada sont d'origine autochtone (Statistique Canada, 2008). Pour la période de 1996 à 2006, le taux de croissance de la population d'origine autochtone était de 44,9% à comparer à 8,4% pour la population non-autochtone (Statistique Canada, 2008). Il est particulièrement important de tenir compte de ce taux de croissance lorsqu'il est pris en compte avec d'autres facteurs, tel que la pauvreté. "Longtemps considéré comme le groupe le plus désavantagé dans une société riche, les autochtones d'aujourd'hui ont, paradoxalement, les problèmes de santé étroitement liés à la pauvreté, les problèmes liés à leur position historique au sein du système social canadien» (Waldram, Herring, & Young, 2007, p. 3).

FONDÉE EN 2006

www.caan.ca

Article paru dans la Revue canadienne de recherche communautaire autochtone sur le VIH/SIDA (ISBN No. 1-894624-82-3, ISSN No. 1912-0958) Volume 3, Hiver 2010

Les autochtones du Canada sont composés des trois groupes distincts: les Premières Nations, les Métis et les Inuits (Ministère de la Justice du Canada, 1982). Selon le recensement au Canada en 2006, les Premières Nations constituent la plus grande partie de la population autochtone à 59,5%, suivis par les Métis à 33,2% (Statistique Canada, 2008). « Les autochtones avec ‘statut’ ou ‘enregistré’ sont les personnes juridiquement reconnues par le gouvernement fédéral en tant qu’ «Indiens» selon la Loi sur les Indiens. Les Inuits sont distincts des autochtones enregistrés et il n'y a pas de législation comparable à la Loi sur les Indiens pour les définir. Néanmoins, le gouvernement fédéral a assumé la responsabilité principale de ces personnes et fournit ou délègue de nombreux services à ces personnes comme s'elles étaient des autochtones ‘enregistré’. Les Métis et les autochtone sans statut ont un statut juridique qui à bien des égards, n'est pas différent de celui des autres Canadiens, selon la Constitution "(Waldram, Herring, & Young, 2007, p. 11). Selon la Constitution canadienne, les peuples autochtones du Canada ont des droits autochtones issus de traités qui sont reconnus et confirmés (Ministère de la Justice du Canada, 1982).

Les Autochtones du Canada sont « jeunes ». L'âge médian de la population autochtone est plus faible comparée à la population non-autochtone, 26,5 ans (Statistique Canada, 2008) versus 39,5 années (Statistique Canada, 2007). Ces caractéristiques démographiques auront un impact sur la répartition de la population autochtone au fil du temps (c'est-à-dire la proportion de dépendants de 65 ans et plus, et la proportion des jeunes dépendants). Étant donné le taux de croissance, les problèmes de santé liés à la pauvreté et la position historique des peuples autochtones au sein du système social canadien, il est important d'être conscient de l'état de santé des autochtones au Canada et aux implications de cette situation pour la recherche en santé et pour la politique dans le futur.

Une revue des publications sur les problèmes de santé chez les autochtones a été réalisée par Young (2003) couvrant la période de 1992 à 2001. Les articles qui n'avaient pas de résumés ou qui n'avaient pas dans leurs sujets les questions sur les peuples autochtones, sur la santé ou sur le Canada ont été exclus de cette revue. Lors de cette revue, Young a examiné des variables d'étude et des résultats des 254 articles de recherche publiés, classés en trois thèmes principaux : les déterminants de santé, l'état de santé et les soins de santé. Selon cette revue les autochtones hors réserves et dans les zones urbaines, ainsi que les Métis ont été sous-représentés dans les articles. Les Inuits ont été surreprésentés dans les articles. Soixante pour cent des articles ont été en direction des Premières Nations. En outre, plus de la moitié des articles n'ont pas utilisé un groupe de comparaison. En plus, 28% seulement, des 174 articles sur les déterminants de santé, font référence à l'environnement social et très peu, de 173 articles sur l'état de santé, font référence aux problèmes liés au Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) (4,6%) et à la santé mentale (4%). Bien que, cette revue de publications n'est été limitée aux articles utilisant le modèle scientifique occidental, elle a fourni un excellent cadre pour définir la recherche en santé et les priorités politiques mettant l'accent sur les questions des populations autochtones.

Afin de compléter la revue de publications de Young (2003) et de récupérer plus d'informations sur des problèmes liés au VIH et à la santé mentale, Nowgesic (2010) a mené une revue de publications séparée et réalisé une bibliographie annotée qui fera référence pour le reste de cet article. Dans ce document ont été également utilisées les catégories de l'état de santé, les déterminants de santé et le cadre des soins de santé développées par Young (2003) en vue d'aborder les questions sur le VIH chez les autochtones principalement selon les perspectives épidémiologiques sociales.

Il est évident que les inégalités par rapport aux questions de santé existent entre les autochtones et les non-autochtones au Canada. Le taux d'infections par le VIH chez les autochtones a une importance particulière à l'état de santé de la population et à la santé publique. Le taux d'infections par le VIH est plus élevé chez les autochtones par rapport aux non-Autochtones (Craib et al, 2003 ; Heath et al, 1999.). En outre, le délai entre le diagnostic et l'accès aux soins chez les Autochtones infectés par le VIH est plus longue par rapport à ce même délai chez les non-autochtones (Plitt et al., 2009). Compte tenu des inégalités au niveau du système de santé, le présent article traitera la relation entre le VIH, les déterminants de santé et les soins de santé dans le contexte global des orientations futures de la recherche et de la politique sur les questions de la santé autochtone. Les objectifs de

cette étude sont : (1) décrire les question par rapport au VIH chez les autochtones en utilisant les approches basées sur les méthodes mixtes (c'est-à-dire les méthodes quantitatives et qualitatives) ; (2) examiner les liens qui existent, au niveau individuel et au niveau communautaire, entre le VIH, les déterminants de santé (par exemple, le colonialisme, la pauvreté, la santé mentale, les bases culturelles et l'autodétermination des autochtones) et les soins de santé (par exemple, le diagnostic, l'accès aux traitements et à la planification des services de santé) ; et (3) explorer des solutions novatrices, pour lutter contre le VIH chez les autochtones, fondées sur la recherche et sur les infrastructures (par exemple, les partenariats, les sources de données et de gestion, les indicateurs de santé et les bases culturelles), et sur la politique (c'est-à-dire l'autodétermination des peuples autochtones). Chaque objectif discuté dans le présent document sera étayé par des preuves et un ensemble de connaissances.

CONTEXTE GLOBALE ET LA FORTE INCIDENCE DU VIH CHEZ LES AUTOCHTONES AU CANADA

En 2005, on estime que 58 000 personnes ont été atteintes par le VIH au Canada, et les autochtones représentaient environ 7,5% de l'ensemble des cas (Agence de santé publique du Canada, 2007). Toujours en 2005, il y a eu de 2 300 à 4 500 de nouveaux cas au Canada dont 9% chez les autochtones (Agence de santé publique du Canada, 2007). "Par conséquent, le taux moyen d'infections chez les autochtones est 2,8 fois plus élevé que chez les non-autochtones», (Agence de santé publique du Canada, 2007, p. 4). Le taux d'infections estimé est encore plus élevé à Vancouver (Wood et al., 2008). Selon l'étude sur les consommateurs de drogues injectables (CDI), qui habitent à Vancouver, effectuée par Wood et al. (2008), le taux de prévalence du VIH chez les autochtones était beaucoup plus élevé que chez les non-autochtones (25,1% vs 16%, $p < .001$) ainsi que la prévalence du VIH cumulée, estimée à 48 mois (18,5% vs 9,5%, $p < .001$).

Sur les 21 435 tests séropositifs répertoriés par l'Agence de santé publique du Canada de 1998 à 2006, un total de 6 253 (29,2%) de cas contenait des informations sur l'origine ethnique (Agence de santé publique du Canada, 2007). À partir de ce dernier nombre de cas, 1 458 (23,3%) cas correspondaient aux autochtones. Les consommateurs des drogues injectables (CDI) forment la plus grande partie des séropositifs chez les autochtones à 58,8%, contrairement aux non-autochtones avec la proportion de 24,8%. La proportion des femmes séropositives est plus élevée chez les autochtones que chez les non-autochtones à 48,1% et à 20,7% respectivement. En outre, les tests séropositifs correspondent en grande partie aux autochtones de moins de 30 ans à 32,4%, à comparer à 21,0% pour les non-autochtones de la même catégorie d'âge.

En plus de la surveillance du taux du VIH, la surveillance de syndrome d'immunodéficience acquise (sida) est également utile pour décrire l'épidémie du VIH/sida. En comparant les groupes autochtones, on constate les différences entre les catégories étudiées, les sexes et les groupes d'âge pour des cas du sida répertoriés entre 1979 et 2006 (Agence de santé publique du Canada, 2007). Les cas du sida chez les Premières Nations, pour les deux sexes combinés, correspondaient pour la plupart aux CDI (45,2%) et au groupe d'âge de 30 à 39 ans (45,7%). Les principaux groupes de cas de sida avec deux sexes combinés chez les Inuits étaient : les CDI (31,8%), les hétérosexuels (31,8%), et les personnes de 30 à 39 ans (54,5%). Les cas du sida chez les Métis, pour les deux sexes combinés, correspondaient surtout au groupe des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) à 48,8% et au groupe d'âge de 30 à 39 ans (45,5%). Et enfin, parmi les cas de sida chez les autochtones avec l'appartenance non déterminée, pour les deux sexes combinés, les principaux groupes étaient les HSH (37,9%) et les personnes de 30 à 39 ans (49,5%).

Le contexte général d'une forte incidence du VIH chez les autochtones est incontestable. Cet article adopte un point de vue socio-épidémiologique dans le traitement du problème du VIH chez les Autochtones et examine l'état sanitaire, les déterminants de santé, et le cadre des soins de santé, afin d'établir des priorités pour la recherche en santé et d'élaborer des stratégies.

L'ÉPIDÉMIOLOGIE DU VIH CHEZ LES AUTOCHTONES

En se basant sur la description ci-dessus en utilisant les données de surveillance du VIH, l'épidémie du VIH est un problème majeur de santé qui touche les autochtones d'aujourd'hui. Des études plus précises peuvent fournir des renseignements supplémentaires sur l'épidémiologie du VIH chez les autochtones. L'incidence d'infections par le VIH est plus élevée chez les autochtones que chez les non-autochtones (Craib et al., 2003). Elle est directement attribuable à des facteurs particuliers de risque et à des caractéristiques sociodémographiques (Heath et al., 1999), et elle a une impacte plus négatif sur l'état sanitaire (pour le partenariat avec le projet Cedar et al., 2008).

Un suivie d'un groupe d'étude sur une période entre mai 1996 et décembre 2000, menée par Craib et al. (2003), a pris en considération les facteurs de risque qui font augmenter l'incidence du VIH chez les autochtones de Vancouver. Le groupe d'étude était composé de 230 autochtones et de 711 non-autochtones, tous séronégatifs au début de l'étude. Les participants autochtones étaient originaires des Premières Nations (42%), des Métis (14%), et d'autres origines autochtones (42%). Après une période de 42 mois, l'incidence du VIH chez les autochtones était deux fois plus élevée que chez les non-autochtones (21% vs 11%). L'incidence a été plus importante aussi bien chez les hommes que chez les femmes autochtones, mais en raison d'une taille insuffisante de l'échantillon, le facteur de risque pour les femmes autochtones n'a pas pu être évalué avec précision. Les voies d'infections par le VIH ont été différentes entre les hommes autochtones (c'est-à-dire, dû aux injections de cocaïne et aux injections « speedball » - la cocaïne et l'héroïne combinées) et les femmes autochtones (c'est-à-dire dû aux CDI de groupe, aux injections « speedball » et aux rapports sexuels non-protégés avec des partenaires réguliers). Le point fort de cette étude est dû au fait que les 24% des 941 participants (hommes et femmes confondus) étaient des personnes d'origine autochtone, ce qui est représentatif de la population étudiée du centre-est de Vancouver.

Un autre suivi d'un groupe d'étude composé des HSH au Canada sur une période entre mai 1995 et mai 1998, portait sur les caractéristiques sociodémographiques et les facteurs de risque associés à l'incidence d'infections par le VIH (Heath et al., 1999). Le groupe d'étude était composé de 57 autochtones (des Premières Nations, des Métis et des Inuits) et de 624 non-autochtones âgés de 18 à 30 ans qui étaient séronégatifs au début de cette étude. Les HSH autochtones avaient le statut socioéconomique plus faible ($p < .01$) et étaient plus souvent dépressifs ($p < .01$) que les HSH non-autochtones. La proportion des HSH, ayant au moins un rapport sexuel non consenti, a été plus importante chez les autochtones que chez les non-autochtones (50% vs 33%), ce qui a été statistiquement significatif. Les HSH ayant des rapports sexuels non consenti avec un des parents par rapport à l'ensemble des HSH ayant des rapports sexuels non consenti représentaient 50% pour les autochtones et 25% pour les non-autochtones. Une plus grande proportion des HSH autochtones était âgée de moins de 12 ans au moment du premier rapport sexuel non consenti ($p = 0,04$). Au départ, le nombre de tests séropositifs était plus élevé chez les HSH autochtones que chez les HSH non-autochtones (4% vs 1%) bien que ce n'était pas statistiquement significatif.

Une étude multifactorielle menée par le partenariat du projet Cedar et al. (2008) a examiné le lien entre l'infection par le VIH et l'abus sexuel chez les autochtones (c'est-à-dire les Métis, les Inuits et les Premières Nations – avec ou sans statut) qui vivaient à Vancouver ou à Prince George en Colombie-Britannique. Cette étude a été réalisée entre octobre 2003 et avril 2005 et a analysé les facteurs postcoloniaux (c'est-à-dire, le traumatisme historique et intergénérationnel). Les critères de sélection étaient la consommation des drogues au cours du mois précédant le début de cette étude. La consommation des drogues a été confirmée par l'analyse de la salive des candidats. Quarante-huit pour cent des participants ont subi des violences sexuelles et 85% d'entre eux avant l'âge de 13 ans (l'âge médian était de 6 ans). Cette étude a clairement montré que les participants victimes d'abus sexuels avaient plus souvent des maladies mentales, des pensées suicidaires, des tentatives d'automutilation, des tentatives de

FONDÉE EN 2006

www.caan.ca

Article paru dans la Revue canadienne de recherche communautaire autochtone sur le VIH/SIDA
(ISBN No. 1-894624-82-3, ISSN No. 1912-0958) Volume 3, Hiver 2010

suicide, des partenaires sexuels à long terme > 20, et un taux plus élevé d'infections par le VIH. Les participants qui ont subi des abus sexuels avaient le taux d'infections par le VIH près de quatre fois plus élevé (15% vs 4%) que ceux qui n'ont jamais été victimes d'abus sexuels.

Selon de nombreuses études, les autochtones ont un plus mauvais état sanitaire que les non-autochtones. En particulier, l'incidence d'infections par le VIH est inégale et affecte principalement la population autochtone. Il est important de comprendre des facteurs qui déterminent le taux élevé du VIH chez les autochtones. Les trois études mentionnées dans cet article ont tenté de décrire et d'analyser les taux, la composition et la distribution d'infections par le VIH chez les autochtones (Craib et al, 2003; Santé et al, 1999; Pour le partenariat du projet Cedar et al, 2008.). D'autres personnes ont proposé des études futures pour "faire avancer la recherche au-delà de la division qui existe actuellement entre les études épidémiologiques et culturelles» (Wilson & Rosenberg, 2002). Cependant, pour le faire, il est important de considérer le rôle que des déterminants de santé jouent par rapport à l'état sanitaire global chez les autochtones.

DÉTERMINANTS DE SANTÉ CHEZ LES AUTOCHTONES

Une étude commandée par le Réseau canadien autochtone du sida (Hawkins, Lecture de Loppie, & Barlow, 2009) « décrit les cheminements par lesquels la maltraitance au cours de l'enfance peut conduire à la violence dans la vie des femmes autochtones atteintes du VIH/sida et les imbrications de ces deux phénomènes aux facettes multiples » (p. 6). Ce sont des études de ce genre qui aident à expliquer pourquoi et comment se produisent des phénomènes qui affectent l'état sanitaire. En outre, ce genre d'études qualitatives peut également aider à générer des hypothèses qui peuvent ensuite être testées par des études épidémiologiques. Ce sont des «causes des causes» ou des déterminants de la santé (par exemple, les conditions socio-économiques, le mode de vie et les comportements) qui peuvent aider à expliquer les causes proximales, et les divers modèles causaux par rapport à l'état sanitaire. Par exemple, la Loi sur les Indiens (la structure) peut être considérée comme un déterminant de santé des Premières Nations habitant au Canada. «D'abord adoptée en 1876, la Loi sur les indiens a été conçue pour faciliter l'administration des programmes pour les indiens, ainsi que pour faciliter leur assimilation dans la société canadienne» (Waldram, Herring, & Young, 2007, p. 11). Les déterminants de santé similaires ont été étudiés par d'autres (DeGagne, 2007; Larkin et al, 2007; Chandler et Lalonde, 1998) sur les deux niveaux : le niveau «macro» (les modèles) et le niveau «micro» (les problèmes de santé individuels).

"En 1991, une commission royale a été créée pour enquêter sur un certain nombre de questions autochtones au Canada. Une des priorités de cette enquête était la question des écoles-internats. La Commission royale sur les peuples autochtones (CRPA) a conclu qu'une restructuration complète des relations entre les autochtones et les non-autochtones au Canada a été nécessaire "(Waldram, Herring, & Young, 2007, p. 19). Un des principaux résultats du travail de la CRPA a été la création de la Fondation autochtone de guérison (FAG).

La FAG et ses initiatives communautaires, avec un investissement de 390 millions de dollars entre 1998 et 2007, ont été évaluées et documentées pour la période entre 1998 et 2005 par DeGagne (2007). Les initiatives communautaires abordent les problèmes de l'héritage intergénérationnel de la maltraitance dû au système des écoles-internats. « Les écoles-internats patronnées par l'église ont généré de graves dommages à la vie et à la culture des peuples autochtones, plusieurs de ces dommages sont actuellement tenus responsables de l'impact sur la santé mentale et physique et le bien-être des peuples autochtones d'aujourd'hui » (Waldram, Herring, & Young, 2007, p. 15). Selon les résultats de l'évaluation de la FAG, un total de 1246 d'accords de contributions ont été soutenus, avec un financement de 377 745 857 dollars et impliquant 725 organisations et communautés (DeGagne, 2007). Selon les rapports, les projets soutenus par la FAG étaient les plus efficaces, ils ont l'aide des aînés, les cérémonies traditionnelles, l'aide psychologique individuelle, et des stratégies de la médecine occidentale en conjonction avec les pratiques culturelles autochtones. Les résultats de l'évaluation ont indiqué que «la culture est un bon remède» et que la guérison communautaire aide à la guérison individuelle. En résumé, on peut dire que la culture est un important déterminant de santé des populations autochtones.

FONDÉE EN 2006

www.caan.ca

Article paru dans la Revue canadienne de recherche communautaire autochtone sur le VIH/SIDA
(ISBN No. 1-894624-82-3, ISSN No. 1912-0958) Volume 3, Hiver 2010

Conformément à l'évaluation de DeGagne (2007), une étude qualitative a été menée par Larkin et al. (2007) afin de soutenir l'éducation à la prévention du VIH. Larkin et al. (2007) ont étudié la compréhension des expériences vécues par des jeunes autochtones (hommes et femmes âgés de 14 à 29 ans) du point de vue social. L'étude a utilisé un modèle participatif et la théorie méthodologique. L'étude a montré que certains jeunes associent l'incidence d'infections par le VIH aux effets du colonialisme. Les jeunes Autochtones étaient préoccupés par les effets d'infections par le VIH sur leurs communautés dans le contexte des inégalités sociales (par exemple la pauvreté). L'étude de Larkin et al. (2007) souligne le fait que les inégalités sociales et le colonialisme sont des facteurs déterminants de santé pour les populations autochtones.

Le contrôle communautaire peut également être considéré comme un déterminant de santé. « Dans les années 80, le gouvernement fédéral a ouvert plusieurs entreprises communes avec les Premières nations avec le changement du contrôle dans des domaines, tels que les services sociaux, l'éducation et la santé au titre des programmes de « transfert » » (Waldram, Herring, & Young, 2007, p. 19). Dans ce contexte, le contrôle communautaire peut être considéré comme un moyen d'atteindre l'autodétermination des autochtones et, en fin de compte, l'auto-gouvernance des autochtones. "En 1986 ... la formation de « la direction des programmes de transfert et du développement » [a été] pour diriger la nouvelle « Politique sur la santé des Indiens » [ainsi] les Premières nations pourraient se développer lentement, par étapes, jusqu'au point où ils ont finalement obtenu le contrôle sur la prestation des services de santé » (Waldram, Herring, & Young, 2007, p. 267). L'hypothèse de cette politique est que « le transfert des services de santé » (à savoir le transfert de l'administration des services de santé aux Premières nations) conduira à l'amélioration de l'état sanitaire des Premières Nations.

Après l'introduction de la *Direction des programmes de transfert et du développement* fédérale, Chandler et Lalonde (1998) ont étudié les facteurs de protection contre les suicides dans les communautés des Premières nations (29 conseils tribaux) de 1987 à 1992. Les facteurs de protection dans cette étude ont été basés sur la capacité des conseils tribaux de maintenir et de conserver la continuité de leurs cultures respectives. La continuité culturelle a été mesurée en utilisant les six variables au niveau communautaire : les revendications territoriales, l'auto-gouvernance, les services d'éducation, les services d'ordre et de lutte contre l'incendie, les services de santé et les équipements culturels. Les scores (1 à 6) ont ensuite été attribués à chacun des 29 conseils tribaux basés sur le cumulatif des six variables. Par exemple, un score de 6 correspondait au plus haut niveau de la continuité culturelle. Les résultats de cette étude ont indiqué que les conseils tribaux avec des scores plus élevés avaient le taux de suicides plus faibles que les conseils tribaux avec des scores plus faibles. Cette étude affirme avoir fourni des preuves de l'importance de la culture dans la détermination de l'état sanitaire. Cependant, les résultats de cette étude doivent être interprétés avec prudence puisque l'utilisation de données collectées au niveau communautaire pour tirer des conclusions sur ce qui peut se produire au niveau individuel (par exemple le suicide) peut être exacte ou erroné.

Selon des diverses études (DeGagne, 2007; Larkin et al, 2007; Chandler et Lalonde, 1998), alors que le colonialisme, les écoles-internats et la pauvreté sont des facteurs déterminants négatifs de santé, la culture autochtone et l'autodétermination sont des facteurs déterminants qui affectent positivement la santé des populations autochtones. Du point de vue socioculturel, l'idée d'utiliser une approche basée sur les déterminants de santé chez les autochtones n'est pas nouvelle. « Le modèle général de la 'Roue de la médecine', utilisé aujourd'hui dans de nombreux endroits du Canada autochtone, a été développée pour expliquer les déterminants de santé d'une manière qui reflète la vision autochtone du monde » (Waldram, Herring, & Young, 2007, p. 74). En étudiant la consistance culturelle de l'utilisation de la Roue de la médecine vis-à-vis des déterminants de santé, il est important d'examiner les soins de santé qui soient pertinents pour les autochtones.

SOINS DE SANTÉ CHEZ LES AUTOCHTONES

FONDÉE EN 2006

www.caan.ca

Article paru dans la Revue canadienne de recherche communautaire autochtone sur le VIH/SIDA
(ISBN No. 1-894624-82-3, ISSN No. 1912-0958) Volume 3, Hiver 2010

« Quel est le rôle des services de soins de santé dans l'amélioration de la santé des autochtones ? Comment peut-on améliorer la santé des autochtones ? » (Young, 2010, p.2). Ce sont des questions importantes à considérer lors de l'examen des soins de santé chez les autochtones. Il a été signalé par certains auteurs, que les autochtones ont des manques au niveau des soins de base et, surtout, au niveau des soins spécialisés (Martens, Sanderson, & Jebamani, 2005; Shah, Gunraj, & Hux, 2003; Wardman, Clément, & Quantz, 2005). En outre, dans le contexte du VIH, "un sentiment de vulnérabilité a été un obstacle pour passer un test de dépistage du [VIH] [et pour ceux qui ont eu les tests positifs, il y a eu souvent un retard pour accéder aux services de santé» (Mill et al., 2008, p.1). Certaines de ces questions ont été identifiées indirectement dans la section précédente de cet article sur les déterminants de santé, cependant, afin de bien comprendre ces problèmes, les études sur les soins de santé chez les autochtones sont nécessaires.

Plitt et al. (2009) ont estimé le stade de la maladie au moment du diagnostic et ont examiné le délai entre le diagnostic et l'accès aux soins pour les personnes séropositives. La population étudiée était constituée des personnes séropositives récemment diagnostiquées dans le nord de l'Alberta de mai 1998 à décembre 2003. Parmi les 526 personnes séropositives récemment diagnostiquées, environ 41% étaient des autochtones. Les personnes d'origine autochtone étaient les amérindiens, les Inuits et les Métis. Les autochtones ont eu le délai médian d'accès aux soins le plus long, à 38 jours ($p = 0,001$) par rapport aux groupes non-autochtones (c'est-à-dire, les caucasiens à 27 jours; les personnes d'Afrique et des Caraïbes à 20 jours; les asiatiques à 22 jours, et les autres à 19 jours).

Lors d'une étude similaire, Wood et al. (2006) ont examiné l'accès à la thérapie antirétrovirale (ARV) chez les CDI autochtones qui n'avaient pas la connaissance de l'ARV. Cette étude a suivi un groupe de 91 CDI (les autochtones et les non-autochtones) sur une période de 1996 à 2003. Les candidats pour cette étude ont été recrutés dans le centre-est de Vancouver grâce au travail social dans la rue et à l'auto-recrutement. L'initiation à l'ARV a été assurée grâce au transfert de la fiche d'enregistrement aux registres des traitements. Les deux groupes avaient au départ et à l'époque où l'ARV a été lancée, les mêmes niveaux d'ARN du VIH et les mêmes taux de CD4. Après les 24 mois, l'utilisation de l'ARV était plus faible chez les participants autochtones (29% vs 53%, $p = 0,023$). En utilisant des analyses multi variées, ces résultats étaient cohérents avec le fait que les participants autochtones ont commencé à utiliser l'ARV à un rythme plus lent que les non-autochtones ($p = 0,035$).

Les résultats des deux études par Plitt et al. (2009) et par Wood et al. (2006) sont encourageant pour mener une future recherche, afin d'examiner les obstacles à l'accès aux traitements du VIH dans les meilleurs délais chez les autochtones. Ce fait n'est pas surprenant, car les services de planification de santé ont encore des défis à surmonter, ce qui est décrit par d'autres auteurs (Minore, Katt, & Hill, 2009). Dans leur étude, Minore, Katt, et Hill (2009) ont examiné les systèmes de gestion de données et ont identifié des besoins pour mettre en place un système de collecte de données des services autochtones de santé en Ontario. Les résultats de cette étude comprenaient un examen de 177 documents publiés à l'aide de 20 informateurs principaux. Les principaux problèmes identifiés, ont été la couverture et la qualité des données (par exemple, les sources de données non indépendantes, les échantillons de petite taille, les faibles taux de participation), et les problèmes de juridiction (par exemple, le manque de standardisation des données et des infrastructures et les incohérences entre les régions). Un problème de juridiction identifié, qui doit être signalé, a trait à l'auto gouvernance des peuples autochtones (c'est-à-dire, la recherche). Cette question sera étudiée et développée plus en détail dans la section suivante de cet article, qui traite les orientations futures de la recherche en santé autochtone et de la stratégie.

ORIENTATIONS FUTURES DE LA RECHERCHE EN SANTÉ ET DE LA STRATÉGIE

Après avoir examiné les questions déjà identifiées dans cet article (c'est-à-dire, l'état sanitaire, les déterminants de santé et les soins de santé), il est évident que des solutions novatrices sont nécessaires pour aborder les questions d'infections par le VIH chez les autochtones. En outre, ces solutions devraient être fondées sur la

recherche de très bon niveau, les infrastructures de soutien et les stratégies efficaces. À ce jour, de nombreuses initiatives ont établi les bases pour les orientations futures de la recherche en santé autochtone et de la stratégie. Parmi ces initiatives, on peut énumérer : le programme représentatif communautaire en santé des amérindiens et des Inuits établi dans le début des années 1960 ; l'Association des infirmières autochtones du Canada (créée en 1975) ; la Santé Canada ; le programme des carrières en santé amérindienne et inuit (1984) ; l'enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (1997) ; la Fondation nationale autochtone des réalisations (1998) ; la Fondation autochtone de guérison (1998) ; les Instituts canadiens de recherche en santé - Institut de la santé des peuples autochtones (2000) et son programme des environnements de la recherche sur le développement et sur la capacité autochtone (2001) et l'Organisation nationale autochtone de santé (2000) et sa revue de la santé autochtone (Waldram, Herring, & Young, 2007). Engagé dans la lutte contre le VIH/sida, le Réseau canadien autochtone du sida (RCAS), créé en 1997, « assure l'encadrement, le soutien et la défense des droits des autochtones atteints et affectés par le VIH/sida » (Réseau canadien autochtone du sida, 2006, p. ii). En 2006, cette organisation a publié son premier numéro de la revue canadienne de recherche communautaire autochtone sur le VIH/sida (Réseau canadien autochtone du sida, 2006). Bien que toutes ces initiatives soient directement applicables aux populations autochtones, chacune d'elles intègre la culture et les traditions autochtones d'une manière unique, ce qui est très encourageant. Malgré les pertes importantes au niveau de la médecine autochtone traditionnelle en raison des épidémies et du colonialisme, de nombreuses pratiques traditionnelles de santé ont commencé à réapparaître (Waldram, Herring, & Young, 2007). Les études ont montré la nécessité d'inclure les approches autochtones traditionnelles (c'est-à-dire, l'épistémologie et l'ontologie) lorsqu'on aborde des questions sur la santé chez les autochtones tout en comprenant les modèles concurrents de la médecine moderne et des traditions autochtones (Cochran et al, 2008; Bartlett, Iwasaki, Gottlieb, Hall, et Mannell, 2007 ; Hunter, Logan, Goulet, & Barton, 2006; Labun & Emblen, 2007; Myers et al, 1999; Ten Fingers, 2005). Malgré les défis de l'intégration des pratiques de la santé traditionnelle autochtone et des pratiques de guérison à la médecine occidentale et aux sciences de santé « ... il est clair que la guérison 'traditionnelle' autochtone, avec la base spirituelle qui l'accompagne, persiste en tant que (la) pierre angulaire de la revitalisation de la culture autochtone » (Waldram, Herring, & Young, 2007, p. 292).

Compte tenu des données socio épidémiologiques concernant la santé des autochtones discutées jusqu'à présent (par exemple, la pauvreté, le taux d'infections par le VIH, la santé mentale, les bases culturelles, la planification des services de santé et la recherche) il devient évident que l'autodétermination des peuples autochtones est nécessaire. Ça sera ainsi, la population autochtone prendra le contrôle de ses propres services de santé d'un côté et le gouvernement autochtone de l'autre côté selon la politique de l'autodétermination. « C'était la nouvelle 'politique en santé des amérindiens' du gouvernement fédéral, mise en place en 1979, qui a déclenché le processus d'autodétermination par rapport aux soins de santé chez les autochtones Ce qu'il a été demandé, c'était une plus grande participation des autochtones » (Waldram, Herring, & Young, 2007, p. 264). Alors que l'autodétermination par rapport aux soins de santé chez les autochtones présente de nombreux défis, elle fournit également de précieuses possibilités et les orientations futures, comme mentionné par d'autres auteurs (O'Neil, Elias, et Wastesicoot, 2005; Jebamani, Burchill, et Martens, 2005; Daniel et al, 2009; Kirmayer, Simpson, & Cargo, 2003; Getty, 2010).

Dans le cadre de la recherche en santé, des leçons sont à tirer d'O'Neil, Elias, et Wastesicoot (2005) qui ont fait un rapport sur le processus d'établissement de relations entre l'Assemblée des chefs du Manitoba et l'université du Manitoba par rapport à l'étude de faisabilité pour élaborer une enquête nationale longitudinale sur les autochtones. Les partenaires autochtones ont convenu sur cette initiative, à condition qu'ils soient inclus dans tous les aspects de l'étude, y compris le droit de propriété des Premières nations sur tous les dérivés de la recherche (par exemple le droit d'auteur). Il a été recommandé aux chercheurs universitaires de renoncer au contrôle (le processus de recherche) si les partenariats avec les Premières Nations sont négociés, ce qui implique que les Premières Nations soient considérées en tant que partenaire principal de l'université, même au détriment d'autres partenaires.

À l'appui du processus de recherche, Jebamani, Burchill, et Martens (2005) ont étudié la possibilité de relier la base de données de santé du Manitoba avec la Santé Canada, l'agence de santé des Premières Nations et des Inuits, le système de gestion de la vérification du statut (SVS) de la région du Manitoba. Le SVS est basé sur le fichier de gestion des enregistrements des amérindiens des affaires amérindiennes et du Nord du Canada. Lors des négociations avec les parties intéressées (c'est-à-dire, l'Assemblée des chefs du Manitoba), ce lien devait utiliser des fichiers anonymes pour la période de 1994 à 1999. Le processus de liaison à plusieurs niveaux utilisant des différentes variations de variables connectées (par exemple le numéro d'enregistrement au système de santé du Manitoba, le nom, le sexe, l'année de naissance) avec et sans l'aide par un examen manuel, Jebamani et al. (2005), a pu faire correspondre les deux bases de données à 70%, 94%, 99% et 96% sur le nom, le prénom, le sexe, l'année de naissance, respectivement. Bien que cela représente une diminution de 20% sur les enregistrements du SVS, ce lien apporte une augmentation de 20% par rapport aux données de santé du Manitoba. Par conséquent, l'étude a abouti à un ensemble d'enregistrement de données plus complet des personnes des Premières Nations enregistrées vivant dans et hors réserves au Manitoba.

En plus de problèmes d'infrastructures en recherche, étudiés par Jebamani et al. (2005), il existe d'autres problèmes relatifs aux données qui ont, néanmoins, leurs propres solutions, ce qui est décrit par d'autres auteurs (Daniel et al., 2009). Daniel et al. (2009) ont examiné un instrument (un outil d'évaluation à 19 points), qui a été élaboré pour évaluer la pertinence des indicateurs sanitaires et sociaux fondés sur l'intérêt scientifique et la pertinence culturelle pour les communautés autochtones du Canada, de la Nouvelle-Zélande et d'Australie. Lors de cette étude, un outil d'évaluation à 16 points a été élaboré. Il est important de mentionner que la validité scientifique des points a été évaluée indépendamment par les intervenants formés à la méthodologie scientifique.

En ce qui concerne une approche basée sur les déterminants de santé pour la prévention et les traitements du VIH, les leçons sont à tirer de l'étude menée par Kirmayer, Simpson, et Cargo (2003) dans laquelle ils ont examiné les problèmes de santé chez les autochtones (tels que, les problèmes sociaux, individuels, intergénérationnels, communautaires) dans le cadre du colonialisme et élaboré des stratégies culturellement adaptées aux autochtones. Il a été démontré que les problèmes de santé mentale chez les autochtones sont associés à la déstructuration de leur environnement culturel. Ils ont recommandé, que les stratégies vis-à-vis de la santé mentale visent à renforcer l'identité culturelle et l'autonomisation de la communauté autochtone. En outre, l'étude de Kirmayer et al. (2003) a indiqué un certain nombre d'actions et d'initiatives qui ont aidé à palier aux problèmes de l'oppression et de la marginalisation culturelles des peuples autochtones: (1) les autochtones ont obtenu le droit de vote en 1967 ; (2) en 1990, « la crise d'Oka » ; (3) en 1991, la création de la Commission royale sur les peuples autochtones (CRPA) ; (4) en 1993, la création du groupe de travail sur des écoles-internats autochtones aidé par la Gendarmerie royale du Canada pour enquêter sur les écoles-internats ; (5) en 1998, la réponse du gouvernement fédéral au rapport de la CRPA et (6) la mise en place de nouvelles organisations pour aider avec les questions de santé chez les autochtones (telles que, la Fondation autochtone de guérison, les Instituts de recherche en santé du Canada - Institut de la santé des autochtones, et la Commission de vérité et de réconciliation).

Conformément à et même, en s'appuyant sur les résultats de l'étude de Kirmayer et al. (2003), Getty (2010) a mené une étude qualitative et a fait part de sa propre expérience en tant que chercheuse "blanche" envisageant de mener sa recherche chez les hommes des Premières Nations (Mi'kmaq), en utilisant un modèle participatif et militant. Cette étude a utilisé les méthodes qualitatives, un cadre théorique postcolonial, et le récit en tant que méthodologie de recherche. Le cadre d'étude incluait la chercheuse et les trois hommes Mi'kmaq. Les résultats de cette étude ont porté sur l'utilisation initiale par la chercheuse d'un cadre postcolonial qui a ensuite été abandonné et remplacé par un cadre autochtone en utilisant l'ontologie et l'épistémologie Mi'kmaq. Ce changement de perspective a eu pour objectif d'aider les Mi'kmaq à s'intégrer au processus de la recherche, étant donné que la recherche a été basée sur l'expérience et la compréhension propre Mi'kmaq, au lieu d'être effectuée du point de vue du chercheur. La chercheuse s'est rendu compte que si elle continuait à utiliser le cadre postcolonial lors de la recherche, la validité externe (c'est-à-dire, l'authenticité) de la recherche elle-même serait limitée. La force de

cette étude est qu'elle appuie la recherche Mi'kmaq en utilisant le modèle participatif/militant avec pour résultat d'émanciper les Mi'kmaq (à savoir, l'autodétermination des Mi'kmaq) des groupes d'oppression.

Les publications peuvent nous apprendre sur la façon d'aborder l'épidémie du VIH chez les autochtones. Les initiatives vont de l'établissement de partenariats efficaces pour mettre en avant la culture autochtone jusqu'au soutien de l'autodétermination des peuples autochtones. Cependant, les solutions choisies devraient être les meilleures, fondées sur un très bon niveau de recherche scientifique et sur la pertinence pour les populations autochtones. En outre, Waldram, Herring, et Young (2007) «... encouragent les études concrètes sur l'efficacité des programmes d'éducation et de traitements contrôlés par les Autochtones et... pour générer des informations rigoureuses sur ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas ... avec la volonté d'étendre des acquis dus à l'autodétermination qui améliorent la santé communautaire »(p. 288). C'est grâce à ces moyens, que l'état sanitaire, les déterminants de santé et les soins de santé des populations autochtones seront pris en charge.

CONCLUSION

Cet article a examiné l'état sanitaire des populations autochtones et, en particulier, l'épidémie du VIH au sein de ces populations. Il a examiné les causes d'infections par le VIH dans un cadre lié à l'état sanitaire, les déterminants de santé, et les soins de santé. L'état sanitaire général et en particulier les questions d'infections par le VIH chez les autochtones ont été décrits en utilisant des méthodes mixtes (les méthodes quantitatives et qualitatives). Les liens entre le VIH, les déterminants de santé (tels que, le colonialisme, la pauvreté, la santé mentale, les bases culturelles et l'autodétermination des autochtones) et les soins de santé (tels que, le diagnostic, l'accès aux traitements, et la planification des services de santé) ont été examinés au niveau individuel et au niveau communautaire. Et enfin, cet article a exploré les orientations futures et des solutions innovantes pour lutter contre le VIH chez les autochtones en s'appuyant sur la recherche, les infrastructures, et la politique.

RÉFÉRENCES

- Bartlett, J. G., Iwasaki, Y., Gottlieb, B., Hall, D., & Mannell, R. (2007). Framework for Aboriginal-guided decolonizing research involving Métis and First Nations persons with diabetes (Le cadre pour la recherche non-coloniale menée par les autochtones impliquant les Métis et les personnes des Premières Nations diabétiques). *Social Science & Medicine (Sciences sociales et médecine)*, 65(11), 2371-2382. doi:10.1016/j.socscimed.2007.06.011
- Canadian Aboriginal AIDS Network (Réseau canadien autochtone du sida) (2006). The Canadian Aboriginal AIDS Network. *Canadian Journal of Aboriginal Community-Based HIV/AIDS Research, Inaugural Edition (1) (Le Réseau canadien autochtone du sida. Revue canadienne de la recherche autochtone communautaire sur le VIH/sida, Édition inaugurale (1))*, i-ii. À partir de <http://www.caan.ca/pdf/CJACBR.pdf>
- Chandler, M. J., & Lalonde, C. (1998). Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations (La continuité culturelle en tant que la protection contre les suicides chez les autochtones des Premières Nations du Canada). *Transcultural Psychiatry (Psychiatrie transculturelle)*, 35(2), 191-219. doi:10.1177/136346159803500202
- Cochran, P. A. L., Marshall, C. A., Garcia-Downing, C., Kendall, E., Cook, D., McCubbin, L., & Gover, R. M. S. (2008). Indigenous ways of knowing: Implications for participatory research and community (Le savoir selon les autochtones. Implications de la recherche participative et communauté). *American Journal of Public Health (Revue américaine de santé publique)*, 98(1), 22-27. À partir de <http://proquest.umi.com.myaccess.library.utoronto.ca/pqdlink?index=16&did=1408937471&SrchMode=3&sid=1&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1270687875&clientId=12520&aid=1>
- Craib, K. J. P., Spittal, P. M., Wood, E., Laliberte, N., Hogg, R. S., Li, K., Heath, K., Tyndall, M. W., O'Saughnessy, M. V., & Schechter, M. T. (2003). Risk factors for elevated HIV incidence among Aboriginal injection drug users in Vancouver (Facteurs de risques par rapport à l'incidence élevée du VIH chez les autochtones, consommateurs de drogues injectables à Vancouver). *Canadian Medical Association Journal (Revue canadienne de l'association en médecine)*, 168(1), 19-24. À partir de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC139313/pdf/20030107s00019p19.pdf>
- Daniel, M., Cargo, M., Marks, E., Paquet, C., Simmons, D., Williams, M, ... O'Dea, K. (2009). Rating health and social indicators for use with indigenous communities: A tool for balancing cultural and scientific utility (Évaluations en santé et les indicateurs sociaux utilisables avec les communautés autochtones. Un outil pour équilibrer l'utilité culturelle et scientifique). *Social Indicators Research (Recherche sur les indicateurs sociaux)*, 94(2), 241-256. doi:10.1007/s11205-008-9420-7
- DeGagne, M. (2007). Toward an Aboriginal paradigm of healing: Addressing the legacy of residential schools (Vers le modèle autochtone de la guérison: traitement de l'héritages des écoles-internats). *Australasian Psychiatry (Psychiatrie australo-asiatique)*, 15(s1), S49-S53. doi:10.1080/10398560701114
- Departure of Justice Canada (Ministère de la justice du Canada) (1982). *Constitution Acts (Actes constitutionnels), 1867 to 1982*. Récupéré le 4 avril 2010 de http://laws.justice.gc.ca/eng/Const/Const_index.html

For the Cedar Project Partnership (Pour le partenariat du projet Cedar), Pearce, M. E., Christian, W. M., Patterson, K., Norris, K., Moniruzzaman, A., ... Spittal, P. M. (2008). The cedar project: Historical trauma, sexual abuse and HIV risk among Aboriginal people who use injection and non-injection drugs in two Canadian cities (Le projet Cedar : le traumatisme historique, l'agression sexuelle et le risque d'infections par le VIH chez les autochtones, consommateurs de drogues injectables et non injectables dans deux villes canadiennes). *Social Science & Medicine (Sciences sociales et médecine)*, 66(11), 2185-2194. doi:10.1016/j.socscimed.2008.03.034

Getty, G. A. (2010). The journey between western and indigenous research paradigms (Le parcours entre les modèles de recherche occidentale et autochtones). *Journal of Transcultural Nursing (Revue de soins de santé transculturels)*, 21(1), 5-14. doi:10.1177/1043659609349062

Hawkins, K., Loppie-Reading, C., & Barlow, K. (2009). *Our search for safe spaces: A qualitative study of the role of sexual violence in the lives of Aboriginal women living with HIV/AIDS (Notre recherche des espaces sécurisés : une étude qualitative du rôle de la violence sexuelle dans la vie des femmes autochtones atteintes du VIH/sida)* (ISBN No. 1-894624-79-3). Vancouver, Colombie Britannique : Canadian Aboriginal AIDS Network (Réseau canadien autochtone du sida).

Heath, K. V., Cornelisse, P. G. A., Strathdee, S. A., Palepu, A., Miller, M., Schechter, M. T., O'Shaughnessy, M. V., & Hogg, R. S. (1999). HIV-associated risk factors among young Canadian Aboriginal and non-Aboriginal men who have sex with men (Facteurs de risques par rapport au VIH chez les jeunes hommes canadiens autochtones et non-autochtones qui ont des rapports sexuels avec des hommes). *International Journal of STD & AIDS (Revue internationale sur les MST et le sida)*, 10(9), 582-587. À partir de http://www.swetswise.com/FullTextProxy/swproxy?url=http%3A%2F%2Fijisa.rsmjournals.com%2Fcgi%2Fprint%2F10%2F9%2F582.pdf&ts=1270855184273&cs=1601199780&userName=8619263.ipdirect&emConId=8619263&articleID=27702618&yevoID=1708036&titleID=104303&referer=1&remoteAddr=142.1.144.223&hostType=PRO&swsSessionId=3XhY1vGeml8+a2-Xe35vJw**.pasc2

Hunter, L. M., Logan, J., Goulet, J., & Barton, S. (2006). Aboriginal healing: Regaining balance and culture (Guérison autochtone : le retour vers l'équilibre et la culture). *Journal of Transcultural Nursing (Revue de soins de santé transculturels)*, 17(1), 13-22. doi:10.1177/1043659605278937

Jebamani, L. S., Burchill, C. A., & Martens, P. (2005). Using data linkage to identify First Nations Manitobans (Utilisation du couplage de données pour identifier les personnes des Premières Nations au Manitoba). *Canadian Journal of Public Health (Revue canadienne de santé publique)*, 96, S28-S32. Retrieved from <http://proquest.umi.com.myaccess.library.utoronto.ca/pqdlink?RQT=572&TS=1266461377&clientId=12520&VType=PQD&VName=PQD&VInst=PROD&PMID=37869&PCID=14574511&SrtM=0&SrchMode=3&aid=2>

Kirmayer, L., Simpson, C., & Cargo, M. (2003). Healing traditions: Culture, community and mental health promotion with Canadian Aboriginal Peoples (Tradition de guérison : la promotion par rapport à la culture, la communauté et la santé mentale en direction des autochtones du Canada). *Australasian Psychiatry (Psychiatrie australo asiatique)*, 11(s1), S15-S23. À partir de <http://journals2.scholarsportal.info.myaccess.library.utoronto.ca/tmp/11264174610687650687.pdf>

Labun, E. R., & Emblen, J. (2007). Health as balance for the Sto:lo Coast Salish (Santé en tant que l'équilibre pour les Sto:lo Salish de la côte). *Journal of Transcultural Nursing (Revue de soins de santé transculturels)*, 18(3), 208-214. doi:10.1177/1043659607301298

FONDÉE EN 2006

www.caan.ca

Article paru dans la Revue canadienne de recherche communautaire autochtone sur le VIH/SIDA (ISBN No. 1-894624-82-3, ISSN No. 1912-0958) Volume 3, Hiver 2010

FONDÉE EN 2006

www.caan.ca

Article paru dans la Revue canadienne de recherche communautaire autochtone sur le VIH/SIDA
(ISBN No. 1-894624-82-3, ISSN No. 1912-0958) Volume 3, Hiver 2010

- Larkin, J., Flicker, S., Holeszar-Green, R., Mintz, S., Dagnino, M., & Mitchell, C. (2007). HIV risk, systemic inequities, and Aboriginal youth (Risques par rapport au VIH, les inégalités systématiques et les jeunes autochtones). *Canadian Journal of Public Health (Revue canadienne de santé publique)*, 98(3), 179-182. À partir de <http://proquest.umi.com.myaccess.library.utoronto.ca/pqdlink?index=7&did=1323309261&SrchMode=3&sid=1&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1266557601&clientId=12520&aid=1>
- Martens, P. J., Sanderson, D., & Jebamani, L. (2005). Health services use of Manitoba First Nations people: Is it related to underlying need? (Utilisation des services de santé par les personnes des Premières Nations du Manitoba : correspond-elle aux besoins les plus importants ?) *Canadian Journal of Public Health (Revue canadienne de santé publique)*, 96, S39-S44. À partir de <http://proquest.umi.com.myaccess.library.utoronto.ca/pqdlink?index=14&did=785349881&SrchMode=3&sid=1&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1270676294&clientId=12520&aid=1>
- Mill, J. E., Jackson, R. C., Worthington, C. A., Archibald, C. P., Wong, T., Myers, T., Sommerfeldt, S. (2008). HIV testing and care in Canadian Aboriginal youth: A community based mixed methods study (Dépistage et les soins par rapports au VIH chez les jeunes autochtones du Canada : une étude communautaire mixte). *BMC Infectious Diseases (CBM Maladies infectueuses)*, 8(132), 1-13. doi:10.1186/1471-2334-8-132
- Minore, B., Katt, M., & Hill, M. (2009). Planning without facts: Ontario's Aboriginal health information challenge (Planification sans les faits : défi par rapport aux informations sur la santé autochtone d'Ontario). *Journal of Agromedicine (Revue d'agro médecine)*, 14(2), 90-96. doi:10.1080/10599240902739802
- Myers, T., Bullock, S. L., Calzavara, L. M., Cockerill, R., Marshall, V. W., & George-Mandoka, C. (1999). Culture and sexual practices in response to HIV among Aboriginal people living on-reserve in Ontario (Culture et pratiques sexuelles en réponse à l'infections par le VIH chez les autochtones habitant dans la réserve en Ontario). *Culture, Health & Sexuality (Culture, santé, sexualité)*, 1(1), 19-37. À partir de <http://www.jstor.org.myaccess.library.utoronto.ca/stable/pdfplus/3986675.pdf>
- Nowgesic, E. (2010). *Addressing HIV among Aboriginal people in Canada: An annotated bibliography (Lutte contre le VIH chez les autochtones au Canada : une bibliographie annotée)*. Unpublished manuscript, University of Toronto, Dalla Lana School of Public Health, Toronto, Ontario (Manuscrit non publié, université de Toronto, école de santé publique de Dalla Lana, Toronto, Ontario).
- O'Neil, J., Elias, B., & Wastesicoot, J. (2005). Building a health research relationship between First Nations and the University of Manitoba (Établissement de relations par rapport à la recherche en santé entre les personnes des Premières Nation et l'université du Manitoba). *Canadian Journal of Public Health (Revue canadienne de santé publique)*, 96(), S9-S12. À partir de <http://proquest.umi.com.myaccess.library.utoronto.ca/pqdlink?index=3&did=785349861&SrchMode=3&sid=1&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1266601345&clientId=12520&aid=1>
- Plitt, S. S., Mihalicz, D., Singh, A. E., Jayaraman, G., Houston, S., & Lee, B. E. (2009). Time to testing and accessing care among a population of newly diagnosed patients with HIV with a high proportion of Canadian Aboriginals (Moment de tester et d'accéder aux soins pour les personnes séropositives fraîchement dépistées avec une grande proportion des autochtones du Canada), 1998-2003. *AIDS Patient Care and STDs (Soins des patients séropositifs et les MST)*, 23(2), 93-99. doi:10.1089/apc.2007.0238

- Public Health Agency of Canada (Agence de santé publique du Canada) (2007). *HIV/AIDS epi updates, November 2007 (Mises à jour des données épidémiologiques sur le VIH/sida, novembre 2007)*. Récupéré le 5 avril 2010 de http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/epi/pdf/epi2007_e.pdf
- Shah, B. R., Gunraj, N., & Hux, J. E. (2003). Markers of access to and quality of primary care for Aboriginal people in Ontario, Canada (Indicateurs d'accès à tous les soins de santé de base en Ontario au Canada). *American Journal of Public Health (Revue américaine de santé publique)*, 93(5), 798-802. À partir de <http://proquest.umi.com.myaccess.library.utoronto.ca/pqdlink?index=21&did=370512481&SrchMode=3&sid=2&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1270676764&clientId=12520&aid=2>
- Statistics Canada (Statistiques Canada) (2007). *Age and sex, 2006 census (Âge et appartenance sexuel, recensement 2006)*. Récupéré le 4 avril 2010 de <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/rt-td/as-eng.cfm>
- Statistics Canada (Statistiques Canada) (2008). *Aboriginal Peoples, 2006 census (Peuples autochtones recensement 2006)*. Récupéré le 4 avril 2010 de <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/dp-pd/prof/92-594/index.cfm?Lang=E>
- Ten Fingers, K. (2005). Rejecting, revitalizing, and reclaiming (Rejet, revitalisation, récupération). *Canadian Journal of Public Health (Revue canadienne de santé publique)*, 96, S60-S63. À partir de <http://proquest.umi.com.myaccess.library.utoronto.ca/pqdlink?index=17&did=785349921&SrchMode=3&sid=2&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1270689093&clientId=12520&aid=2>
- Waldram, J. B., Herring, D. A., & Young, T. K. (2007). *Aboriginal health in Canada: Historical, cultural and epidemiological perspectives* (2nd ed.) (Santé autochtone au Canada : perspectives historiques, culturelles, épidémiologiques (2nd éd.)). Toronto: University of Toronto Press (Toronto : Presse de l'université de Toronto).
- Wardman, D., Clement, K., & Quantz, D. (2005). Access and utilization of health services by British Columbia's rural Aboriginal population (Accès et utilisation des services de santé par la population autochtone de la campagne en Colombie Britannique). *Leadership in Health Services (Encadrement dans les services de santé)*, 18(2), 26-31. doi:10.1108/13660750510594864
- Wilson, K., & Rosenberg, M. W. (2002). Exploring the determinants of health for First Nations peoples in Canada: Can existing frameworks accommodate traditional activities? (Examen des déterminants de santé pour les personnes des Premières Nations au Canada : les contextes actuels, sont-ils adaptés aux activités traditionnelles ?) *Social Science & Medicine (Sciences sociales et médecine)*, 55(11), 2017-2031. À partir de <http://journals1.scholarsportal.info.myaccess.library.utoronto.ca/tmp/7604058561495049600.pdf>
- Wood, E., Kerr, T., Palepu, A., Zhang, R., Strathdee, S. A., Tyndall, M. W., Montaner, J. S. G., & Hogg, R. S. (2006). Slower uptake of HIV antiretroviral therapy among Aboriginal injection drug users (Démarrage plus lent d'utilisation de la thérapie antirétroviral contre le VIH chez les autochtones, consommateurs de drogues injectables). *Journal of Infection (Revue sur l'injection)*, 52(4), 233-236. À partir de <http://journals1.scholarsportal.info.myaccess.library.utoronto.ca/tmp/9761250497681135902.pdf>

- Wood, E., Montaner, J. S. G., Li, K., Zhang, R., Barney, L., Strathdee, S., Tyndall, M. W., & Kerr, T. (2008). Burden of HIV infection among Aboriginal injection drug users in Vancouver, British Columbia (Fardeau d'infections par le VIH chez les autochtones consommateurs de drogues injectables à Vancouver en Colombie Britannique). *American Journal of Public Health (Revue américaine de santé publique)*, 98(3), 515-519. À partir de <http://proquest.umi.com.myaccess.library.utoronto.ca/pqdlink?index=1&did=1436942671&SrchMode=3&sid=1&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1270522286&clientId=12520&aid=1>
- Young, T. K. (2003). Review of research on Aboriginal populations in Canada: Relevance to their health needs (Examen de la recherche par rapport à la population autochtone au Canada :pertinence de ses besoins en santé). *British Medical Journal (Revue médicale britannique)*, 327(7412), 419-422. À partir de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC181255/pdf/3270419.pdf>
- Young, T. K. (2010). *Graduate Course CHL 5421H: Aboriginal health (Cours de Master CHL 5421H: santé autochtone)*. Unpublished course syllabus, University of Toronto, Dalla Lana School of Public Health, Toronto, Ontario (Programme du cours non publié, université de Toronto, école de santé publique de Dalla Lana, Toronto, Ontario).