

Table of Contents

Introduction

Section 1: Dissemination of Results / Findings

Migration, Mobility and the Health and Well-Being of Aboriginal Two-Spirit/LGBTQ People: Findings from a Winnipeg Project.....	5
<i>Janice Ristock, Art Zoccole, Lisa Passante</i>	

Section 2 : Articles des étudiants

Etude sur les facteurs incitant les hommes autochtones du quartier Est du centre ville (QECV) de Vancouver d'entreprendre un traitement antirétroviral hautement actif (TAHA)	37
<i>Meck Chongo, Josée G. Lavoie, Ross Hoffman, Mamdouh Shubair</i>	

Call for Papers	75
------------------------------	-----------

Etude sur les facteurs incitant les hommes autochtones du quartier Est du centre ville (QECV) de Vancouver d'entreprendre un traitement antirétroviral hautement actif (TAHA)

Meck Chongo¹; Josée G. Lavoie²; Ross Hoffman³; Mamdouh Shubair⁴

¹Meck Chongo est un médecin qui habite actuellement à Vancouver. Il est titulaire d'une licence en biologie et d'un diplôme en sciences médicales et en chirurgie de l'université de la Zambie. Il est également titulaire d'un Master en sciences de la santé communautaire de l'université du nord de la Colombie-Britannique (UNCB). Il a travaillé à Bulawayo et en Angleterre avec, entre autres, des patients atteints du VIH/sida et de maladies chroniques. Cet article est écrit à partir de sa thèse intitulée : "Etude sur les facteurs incitant les hommes autochtones du quartier Est du centre ville de Vancouver d'entreprendre un traitement antirétroviral hautement actif". A travers son travail à Vancouver, il vise à combler les manques au niveau de la mise à disposition et de l'accès aux services de santé pour les autochtones par rapport aux mêmes services pour les non autochtones.

²Josée Lavoie a soutenu son doctorat à l'école de sciences d'hygiène et de la médecine tropicale de Londres et a obtenu son poste à l'université du nord de la Colombie-Britannique en juillet 2006. Avant d'entreprendre une carrière universitaire, Josée a travaillé pendant 10 ans dans des services autochtones de soins de santé primaires au Nunavut et dans le nord de la Saskatchewan.

³Ross Hoffman est professeur agrégé et président du département des études des Premières nations à l'université du nord de la Colombie-Britannique. Il a soutenu sa thèse en études autochtones à l'université de Trent.

⁴Mamdouh Shubair est épidémiologiste en population et santé publique et professeur adjoint à l'école de sciences de santé à l'UNCB. Il s'est spécialisé dans l'étude des facteurs déterminants pour les maladies de surpoids/obésité, les diabètes de type 2 (DNID) et le syndrome métabolique (SM).

CONTACT DES AUTEURS

Meck Chongo, 6614 Waltham Avenue Burnaby, Colombie-Britannique, V5H 3V7;
Téléphone : 604-379-7665 ; Télécopie : 604-563-7572 ; Courriel : meckchongo@yahoo.co.uk/
Meck.Chongo@nursing.ubc.ca

REMERCIEMENTS

Cette étude a été soutenue grâce à une bourse attribuée au projet de recherche par l'office des programmes de recherche et d'études supérieures de l'UNBC. Je tiens à remercier, pour leur participation enthousiaste et pour le partage de leurs expériences vécues avec moi, les partenaires d'entretiens et les membres du groupe de discussion. Je remercie la communauté du quartier Est de centre ville de Vancouver, la clinique de Vancouver Natif Health Clinic Society (VNHS) et Doreen Littlejohn pour sa contribution, les professeurs Mamdouh Shubair, Josée Lavoie, et Ross Hoffman pour leur soutien sans faille et leurs conseils précieux.

RÉSUMÉ

L'éradication du VIH n'est pas encore possible. Ainsi les personnes qui suivent un traitement doivent prendre régulièrement des médicaments du traitement antirétroviral hautement actif (TAHA). En Colombie-Britannique (C.-B.), les antirétroviraux sont distribués gratuitement, mais le taux annuel de mortalité liée au VIH s'élève à 9% (Vancouver Native Health Society [VNHS], 2009). Le nombre d'infections par le VIH au sein de la population autochtone par rapport au nombre d'infections de l'ensemble de la population de la Colombie-Britannique est de 13%. Les autochtones atteints du VIH sont moins nombreux à entreprendre une thérapie efficace que les non autochtones. (Lima et al, 2006 ; Tu et al, 2008). Le but de cette étude était d'examiner les facteurs déterminants qui incitent des hommes autochtones du quartier Est de centre ville (QECV) de Vancouver d'entreprendre le TAHA et de proposer des recommandations culturellement adaptées visant à améliorer l'accès au TAHA et à diminuer la mortalité due au VIH/sida. Cette recherche est une étude phénoménologique qui applique les méthodes l'école *School of Doing Phénoménologie* de Vancouver. Les candidats ont été choisis grâce à l'échantillonnage selon les objectifs et l'échantillonnage « boule de neige ». Les données ont été recueillies auprès de vingt-deux participants aux moyens d'entrevues et d'un groupe de discussion.

Cinq grands thèmes sont ressortis de cette analyse : les facteurs liés aux patients, les facteurs interpersonnels, les structures de soutien, le passé lié aux traumatismes/aux internats, les facteurs d'ordre médical. Une multitude de facteurs psychologiques et socio-économiques affectent la volonté d'entreprendre une thérapie. La stigmatisation, la discrimination et une mauvaise relation patient /prestataire de soins diminuent la volonté d'entreprendre la thérapie. Les différentes structures de soutien aident les patients d'entreprendre une thérapie. Les antécédents de traumatisme ont contribué à la diminution de la volonté d'entreprendre une thérapie ou ont engendré des techniques de survie. Enfin, un régime de traitement complexe et les effets secondaires des médicaments diminuent la participation à la thérapie. Certains des facteurs déterminants négatifs peuvent être surmontés par une meilleure éducation par rapport au VIH/sida, à la stigmatisation et à la discrimination, à l'histoire des autochtones, à la nécessité de la thérapie, au soutien des professionnels et des non professionnels et en encourageant les patients de vivre d'une manière traditionnelle.

INTRODUCTION

Le VIH/sida a eu un impact énorme sur la société. Elle est l'une des maladies infectieuses les plus dévastatrices depuis l'épidémie de la grippe de 1917-1918, qui a tué au moins 50 millions de personnes à travers le monde en environ six mois (Johnson et Mueller, 2002). Le pourcentage d'autochtones¹ atteints du VIH et du sida (PAAS) est toujours plus élevé que celui chez les non autochtones au Canada. Près d'un million d'autochtones vivent au Canada, ce qui représente environ 3,8 % de la population totale (Statistique Canada, 2008). Néanmoins, l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) estime que 8% des personnes atteintes du VIH au Canada à la fin de 2008 sont des autochtones et que les autochtones comptaient pour 12,5% sur le total des nouvelles infections par le VIH en 2008. Ainsi le taux global d'infection est près de 3,6 fois plus élevé chez les autochtones que chez les non-autochtones (ASPC, 2009). Pour la seule Colombie-Britannique (C.-B.) on dénombre 55 à 70 dépistages séropositifs par an chez les autochtones. Alors que les autochtones représentent environ 5% de la population de la C.-B., ils totalisent de 15% à 17% de dépistages séropositifs par an. (Directeur provincial de la santé [DPS] de la Colombie-Britannique, 2009).

Puisque l'éradication du VIH n'est pas encore possible, les personnes qui suivent un traitement contre le VIH doivent régulièrement prendre des médicaments d'un traitement antirétroviral hautement actif (TAHA) (Ickovics et Meade, 2002). En Colombie-Britannique, depuis 1992, les antirétroviraux ont été distribués gratuitement aux personnes séropositives admissibles grâce au programme du traitement médicamenteux du Centre for Excellence contre le VIH/sida de la Colombie-Britannique (BC-CFE, 2010). Depuis l'introduction du TAHA en 1996, la thérapie antirétrovirale a été bénéfique chez les personnes séropositives (Carpenter et al, 1996;. Cu-Uvin et al, 2000;.. Hogg et al, 1997) et a permis de diminuer le taux de la mortalité liée au sida, le taux des infections liées au sida et le taux d'hospitalisation (Hogg et al, 1999;.. Murphy et al, 2001). Malgré ces progrès, il est difficile de bénéficier de tous les avantages du TAHA à cause d'une mauvaise adhésion thérapeutique des personnes séropositifs.

Une adhésion thérapeutique est un facteur prédictif principal de la réussite du traitement (Bangsberg, 2006). Pour une suppression virale complète, il est nécessaire de prendre des doses de médicaments d'au moins à 95% des doses nominales (ministère de la Santé et des services sociaux [MSSS], 2009). Toutefois, le TAHA est un traitement à long terme, ainsi une prise régulière des médicaments est souvent très difficile à mettre en place par le patient. (Paterson et al., 2000). Les PAAS ont un accès mal optimisé au TAHA (Comité de coordination de soins par rapport au VIH/sida de Vancouver, 2000), ils ont également des taux de survie plus faibles à moyen, long terme que les non-autochtones (Lima et al., 2006). Un taux élevé de mortalité liée au sida est due à une faible adhésion thérapeutique des personnes défavorisées ou marginalisées. Le taux de mortalité due à la maladie du VIH pour la population des amérindiens enregistrés a plus que doublé depuis 1993 (0,8 pour 10 000 en 1993 à 1,9 pour 10 000 en 2006), tandis que ce

¹ Le terme «Autochtone» est défini dans la Constitution du Canada, article 35 de la Loi constitutionnelle de 1982. Il se réfère à toute personne avec des origines amérindiennes, Inuits et Métis indépendamment de son lieu de résidence au Canada ou si elle est «enregistrée» en vertu de la Loi sur les Indiens du Canada.

même taux pour les autres populations a diminué de manière significative pendant la même période (0,8 pour 10 000 en 1993 à 0,2 pour 10 000 en 2006). En outre, les données régionales complètes pour la période de 2002 à 2006 montrent que les taux de mortalité due au sida au sein de la population avec le statut d'Indien étaient beaucoup plus élevés que ceux, rencontrés au sein des autres populations en Colombie-Britannique, et dans presque toutes les autorités sanitaires (DPS de la Colombie-Britannique, 2009).

Étant donné que 18% des séropositifs du Canada vivent en Colombie-Britannique et que la population de cette province représente environ 13% de la population totale canadienne du Canada, la Colombie-Britannique continue à être touchée d'une façon disproportionnée par l'épidémie du VIH. Les objectifs de cette étude étaient les suivants :

- 1) Etudier les facteurs déterminants l'adhésion au TAHA chez les hommes autochtones dans le QECV de Vancouver et
- 2) Proposer des recommandations culturellement adaptée pour mieux prendre en charge des effets des facteurs déterminants visant à améliorer l'adhésion thérapeutique et à réduire le taux de mortalité due au VIH/sida.

Il est nécessaire d'obtenir l'adhésion thérapeutique aussi bien pour les hommes que pour les femmes pour améliorer leur situation sanitaire, ainsi que celle de leurs partenaires, vis-à-vis du VIH/sida. Cette étude a été axée sur les hommes, du fait de leur baisse de vigilance par rapport aux mesures qui visent à diminuer des risques liés au VIH (Hogg et al., 2001) et ils continuent à avoir des lacunes au niveau des connaissances relatives à la santé sexuelle (Conseil canadien sur l'apprentissage, 2009). En 2006, le taux le plus élevé de dépistages séropositifs en Colombie-Britannique a été constaté chez les hommes (CPCM, 2010). En outre, l'âge médian des personnes ayant un premier rapport sexuel a diminué de façon constante (Hansen, Mann, McMahon, Wong, 2004 ; Maticka-Tyndale, Barrett, et McKay, 2000). Les hommes sont en moyenne plus jeunes que les femmes au moment de leur première relation sexuelle (Boyce et al., 2003). La proportion d'hommes qui déclarent avoir deux ou plus de partenaires est presque la double de celle chez les femmes. Seulement la moitié des hommes interrogés ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel (Mehrabadi et al., 2008). En outre, les hommes autochtones se font dépister pour le VIH moins souvent que les femmes autochtones (Assemblée des Premières nations [APN], 2002-2003) et les hommes sont moins nombreux que les femmes à adhérer au TAHA (Tu et al., 2008).

Les partenaires masculins sont généralement beaucoup plus âgés que les partenaires féminins. Les hommes plus âgés utilisent moins souvent le préservatif (Manlove, Ryan, et Franzetta, 2003). En outre, on constate un manque au niveau des messages publics encourageant une plus grande responsabilité des hommes (Maticka-Tyndale, McKay et Barrett, 2001). Étant donné que les comportements à risque chez les hommes est très fréquent, il est nécessaire que tous les hommes puissent acquérir des connaissances pertinentes, d'avoir la motivation, les compétences au niveau comportemental et par rapport aux services de santé pour leur permettre d'être plus responsables dans leur comportement sexuel et s'ils sont atteints du VIH/sida, d'adhérer au TAHA pour pouvoir rallonger le temps de survie et d'avoir une meilleure santé. Le fait

d'apprendre plus sur les différents facteurs qui déterminent l'adhésion thérapeutique a été un premier pas important pour les hommes participant à cette étude.

Compréhension des effets de colonialisme

Les peuples autochtones du Canada ont été confrontés à l'oppression culturelle à travers la politique d'assimilation forcée de la part des institutions euro-canadiennes et ont subi, depuis les premiers temps du contact avec la civilisation européenne, des vagues de chocs et de traumatismes aliénants qui ont laissé des nations entières vidées et brisées (Barlow, 2009 ; Lane et al, 2002). Le point important a été la mise en place du système des internats. « Officiellement, les écoles résidentielles existaient au Canada entre 1892 et 1969 » (Fondation autochtone de guérison [FADG], 2001, page 7), mais des écoles gérées par le gouvernement ou par les bandes autochtones ont existé jusque dans les années 1990 (APN, 2010 ; Barlow, 2009). L'objectif des écoles résidentielles consistait à éliminer toutes références culturelles chez les enfants autochtones afin de détruire les formes autochtones de la gouvernance, l'organisation communautaire, la solidarité et la cohésion et de favoriser l'assimilation des peuples autochtones dans une société construite sur le modèle des traditions culturelles européennes (Wade, 1995).

Bien que la faible adhésion thérapeutique et les taux élevés de mortalité donnent une idée de l'impact quantitatif du traumatisme historique/l'héritage des écoles résidentielles, cela ne permet pas d'évaluer les conséquences d'un point de vue physique, psychologique, spirituel et culturel infligé aux survivants, à leurs familles et aux communautés (Dion-Stout et Kipling, 2003). Le traumatisme intergénérationnel continue à affecter la santé et le bien-être des jeunes autochtones (Mehrabadi et al, 2008 ; Yellow Horse et Brave Heart, 2004). Un des effets du traumatisme consiste à générer un large éventail de comportements dysfonctionnels et nuisibles (tels que les dépendances diverses, les abus physiques et sexuels), qui se sont reproduits d'une génération à l'autre au sein des communautés (Lane et al., 2002). Pourtant, la relation entre le traumatisme historique/l'héritage des écoles résidentielles et une faible adhésion thérapeutique a été généralement admise, plutôt qu'étudiée. La compréhension du mécanisme d'apparition des disparités du système de soins de santé, en déterminant d'autres aspects d'environnement autochtone qui augmentent le taux de mortalité après le début du TAHA, peut orienter la direction potentielle à suivre lors de l'intervention au sein de cette population vulnérable. Les résultats de cette étude pourraient être extrapolés pour mieux comprendre des inégalités par rapport au système de soins de santé chez d'autres populations marginalisées (Lima et al., 2006).

MÉTHODOLOGIE

Cette étude a été menée à Vancouver qui a une population autochtone de 11,145% (Statistique Canada, 2008). Les hommes, qui ont participé à cette étude, étaient issus du quartier Est du centre ville (le quartier le plus pauvre au Canada), en particulier, ceux qui utilisaient des services de la clinique *Vancouver Native Health Society* (VNHS), étaient âgés de plus de 25 ans et suivaient le TAHA. Pendant sept mois avant le début de cette étude, j'étais bénévole à la clinique de la VNHS. Pendant cette période, grâce à ma participation au sein de la clinique de la VNHS à des événements en rapport avec le traumatisme historique et/ou le VIH/sida et aux plusieurs

discussions informelles avec les PAAS, j'ai pu constater la difficulté d'adhérer au TAHA, ainsi est venue l'idée de mettre en place la présente étude. Ces discussions et ma présence constante à des événements de la clinique ont permis d'établir une relation de confiance avec les participants à cette étude. La clinique de la VNHS a été choisie en tant que site principal de recrutement pour cette étude, car le nombre de patients séropositifs sous le TAHA de la clinique est passé de 294 (dont 53% d'autochtones) en 2007-2008 à 349 (dont 57,6% d'autochtones) en 2008-2009, pour s'établir à 403 au début de 2010 (VNHS, 2010).

Pour cette étude, la méthode phénoménologique d'investigation a été choisie car elle est basée sur l'hypothèse que les événements et les objets ne peuvent être compris que d'un point de vue subjectif (Speziale et Carpenter, 2007). L'approche phénoménologique a été particulièrement bien adaptée à cette étude, du fait que seuls les PAAS qui suivent le TAHA peuvent partager l'histoire de leurs expériences vécues : ils sont experts en cette matière. Cette expérience vécue est vraie ou réel dans la vie de la personne et, en tant que telle, elle donne sens à la façon de percevoir ce phénomène par l'individu (Giorgi, 1997). L'approche de l'école *School of Doing Phénoménologie* de Vancouver (Anderson, 1991 ; Halldorsdottir, 2000, page 57) a été utilisée. La méthode met en avant le respect pour chaque participant de l'étude, qui est considéré en tant que chercheur adjoint en faisant partager son expérience réelle ou en tant que le partenaire de dialogue (Halldorsdottir, 2000 ; Ricoeur, 1990). Selon cette méthode, d'une grande ouverture, il est important de mettre de côté (Ashworth, 1996 ; Lopez et Willis, 2004) les idées préconçues sur le phénomène étudié, afin d'être prêt à entendre un discours nouveau et de pouvoir vraiment bien comprendre le partenaire du dialogue. L'école de Vancouver reconnaît néanmoins, qu'il est impossible de dépasser toutes idées préconçues. Il est possible, cependant, de les mettre en évidence à l'aide d'un protocole de réflexion (Lincoln et Guba, 1985).

Les entrevues ont été menées de manière à s'assurer de ne pas nuire physiquement ou psychologiquement aux participants tout en respectant leur temps, leur espace et leur compréhension de la structure communautaire, ainsi que les protocoles dans les domaines culturels, politiques et sociaux. J'ai rencontré le personnel de la clinique de la VNHS et les PAAS pour discuter sur la logistique relative à cette étude. L'approbation éthique et une lettre de permission d'effectuer cette étude ont ensuite été obtenues, respectivement, de la commission d'éthique de la recherche de l'université du nord de la Colombie-Britannique et du comité consultatif de la recherche de la VNHS. Cette étude a suivi les lignes directrices établies par des IRSC sur la recherche en santé chez les autochtones (2007) et les principes d'appropriation communautaire, de contrôle, d'accès et de possession (ACAP). On a demandé des conseils aux membres des communautés autochtones, à un aîné et aux PAAS à travers de tout Vancouver. Les questions de cette recherche ont été identifiées par les membres de la communauté des PAAS et les chercheurs communautaires de la VNHS qui ont participé à chaque étape du processus de la recherche. Les données ont été présentées tout d'abord aux participants, puis à la VNHS, pour les faire valider et pour les utiliser dans les activités de sensibilisation. Ce travail a abouti à deux propositions de financement pour élargir les services à la VNHS.

Le recrutement des participants de cette étude a été principalement mené en collaboration avec la VNHS en utilisant les méthodes non-aléatoires de l'échantillonnage orienté et de

l'échantillonnage « boule de neige » (MacNealy, 1999). Pour obtenir une diversité maximale, les personnes ont été choisies selon la plus grande variété de points de vue possible dans la gamme spécifiée par leur propos (Higginbottom, 2004 ; Marlow, 2005). Un résumé des données démographiques est fourni (voir le tableau 1).

Tableau 1: Résumé des données démographiques des participants

Âge (années)	de 39 ans à 56 ans	47 ans en moyenne	Mode 43 ans
Date de dépistage séropositif	entre 1987 et 2008		Mode 35 ans
Etat civil	Célibataire/séparé	Marié/vie maritale	Veuf
	68%	27%	5%
Logement	HLM	Chambre d'hôtel temporaire	Propriétaire/autre
	64%	27%	9%
Situation vis-à-vis de l'emploi	Allocation d'adulte handicapé	Saisonnier/travail à temps partiel	Chômeur
	50%	32%	18%
Formation	Lycée incomplet	Lycée complet	Ecole primaire
	68%	27%	5%

En premier lieu, les 10 entrevues individuelles détaillées ont été réalisées en utilisant des questions ouvertes qui ont permis aux participants de fournir des informations très précises, d'exprimer pleinement leurs points de vue et de parler de leurs expériences (Turner, 2010). Ensuite, les 14 autres participants ont animé un groupe de discussion (Krueger et Casey, 2000 ; Mack et al, 2005). La discussion de groupe et les entrevues ont été transcrites et enregistrées dans le logiciel pour des données qualitatives *NVivo* pour le codage. L'examen et l'analyse des données ont été réalisés lors de la collecte des données. L'analyse des données a été réalisée en utilisant la technique d'analyse qualitative thématique, qui intègre l'approche inductive ascendante (Braun et Clarke, 2006). A l'école de Vancouver, la compréhension du phénomène étudié se fait d'abord à travers les cas individuels (étapes 1-7), puis dans son ensemble (étape 8) : le processus en 12 étapes est cyclique (voir le tableau 2 ci-dessous). Cette méthode se différencie

d'une simple approche qualitative et inductive. Ainsi, les thèmes identifiés sont fortement liés aux données (Patton, 1990) et n'apparaissent pas suite aux idées analytiques préconçues ou à l'intérêt théorique pour le sujet.

Tableau 2: L'école *School of Doing Phenomenology* de Vancouver – processus en 12 étapes

D'abord, c'est le silence	Avant de commencer le dialogue
Choisir le partenaire du dialogue	Choix du co-chercheur
Participer au dialogue	Collecte des données
Prendre conscience des mots	Analyse des données – déconstruction
Commencer à dégager l'essentiel	Codage
Identifier des structures essentielles du phénomène dans chacun des dialogues transcrits	Construire le cadre analytique du phénomène
Vérification du cadre analytique grâce aux participants appropriés de la recherche	Vérification de la construction à partir du cas individuel avec le co-chercheur
Identifier les structures essentielles du phénomène de l'étude	Construction du cadre analytique du phénomène
Comparer la structure essentielle avec les données	
Identifier le thème principal qui décrit le phénomène	Interprétation de la signification du phénomène
Vérifier la structure essentielle du phénomène avec des participants de la recherche	
Ecriture des résultats	

L'échantillon de taille suffisante a été obtenu grâce à plusieurs passages de la conception à la

mise en œuvre pour assurer la concordance entre la formulation des questions, la base théorique, le recrutement, les méthodes de collecte de données et l'analyse (Morse et al., 2002). Pour cette raison, l'échantillon se composait de participants les plus représentatifs ou qui avaient la connaissance par rapport à l'adhésion au TAHA assurant ainsi l'obtention des données de qualité optimale d'une manière effective et efficace. Par la suite, d'autres mesures ont été employées pour assurer la validité ou la fiabilité comprenant quatre aspects : la confirmabilité, la crédibilité, la transférabilité et la fiabilité (Lincoln et Guba, 1985). Pour améliorer la confirmabilité, toutes les informations ont été enregistrées, la piste audio a été conservées et toutes les données pertinentes ont été incluses dans la version finale du manuscrit (Morse et al, 2002 ;. Wolcott, 1990). Les critères de crédibilité ont consisté dans l'examen de la littérature et le travail en collaboration étroite avec les superviseurs et les chercheurs pairs, dans l'obtention des opinions des experts avec des commentaires critiques et dans la vérification de ma compréhension globale des dialogues en amenant les transcriptions et les interprétations aux participants pour les faire valider. La combinaison de méthodes différentes (c'est-à-dire, les groupes de discussion et les entrevues individuelles) a permis de rechercher la cohérence entre les données et a donné une image plus complète à cette étude (Farmer et al., 2006).

Pour constituer l'histoire de chaque participant à toutes les étapes du processus de recherche, toutes les idées ont été examinées et les données écoutées attentivement (Guba et Lincoln, 1981 ; Patton, 2002), en mettant de côté les hypothèses précédemment retenues en utilisant un journal de réflexion. Conformément à la méthode de l'école de Vancouver, la validation s'est ainsi transformée en étude, en contrôle permanent, en questionnement et en interprétation théorique des résultats (Halldorsdottir, 2000). Cependant, les résultats ne peuvent pas être transposés à tous les contextes, voire appliqués à tous les hommes autochtones, étant donné que les participants à cette étude étaient tous de la communauté du QECV de Vancouver. Toutefois, afin de permettre à d'autres chercheurs de déterminer le degré de la transférabilité à des situations similaires (Trochim, 2006), les informations sur le contexte de la recherche, les hypothèses formulées et un bon nombre de citations ont été enregistrées.

RÉSULTATS

L'essentiel du phénomène a été caractérisé par cinq thèmes principaux : (1) les facteurs liés au patient, (2) les facteurs interpersonnels, (3) les structures de soutien, (4) le passé lié au traumatisme/à la fréquentation des écoles résidentielles et (5) les facteurs liés aux médicaments. En outre, les thèmes secondaires sont regroupés sous les cinq thèmes principaux (voir le tableau 3 ci-dessous).

Tableau 3: Facteurs déterminant l'adhésion au TAHA

Thèmes principaux	Thèmes secondaires
1) Facteurs liés au patient	Facteurs psychologiques Facteurs socio-économiques

	Autres facteurs
2) Facteurs interpersonnels	Stigmatisation et discrimination Relation patient-prestataire de soins
3) Structures de soutien	Accès à la nourriture, la disponibilité de la nourriture Soutien par du personnel et par des amis Accompagnement psychologique Récupération des médicaments et l'assistance sociale Traitement de maintien à la méthadone Disponibilité des financements et des services/programmes Services et pratiques adaptés aux autochtones
4) Passé lié au traumatisme/écoles résidentielles	Consommation de drogues Faible estime de soi, auto-culpabilisation, insécurité, peur, rancune Autres effets
5) Facteurs liés aux médicaments	Complexité du traitement Effets secondaires

Facteurs liés au patient

Facteurs psychologiques

Lors de la discussion sur les facteurs qui peuvent conduire à une faible adhésion thérapeutique, certains participants ont mentionné, qu'au moment de la dépression, ils avaient plus de difficulté à prendre des médicaments. L'un d'eux a expliqué :

Quand je sombre dans la dépression, j'ai besoin d'être contrôlé pour prendre des comprimés, parce que quand je tombe dans la dépression avec le sentiment 'Pauvre de moi', j'arrête de prendre des médicaments. Je suis d'abord déprimé, puis je me mets en colère pour contrôler la dépression et j'oublie de prendre des médicaments (Patient N° 2).

Les 16 participants ont indiqué que la consommation d'alcool et de drogues est le facteur principal d'une faible adhésion thérapeutique. Certains d'entre eux ont mentionné oublier de prendre des médicaments lorsqu'ils consommaient des drogues en grande quantité, tandis que les autres ont témoigné qu'ils ont préféré de prendre des drogues plutôt que des médicaments quand les deux étaient disponibles :

Ils pouvaient être en face de moi comme si je le devais ou quoi – pour moi, c'était égal. D'abord c'étaient des drogues et puis des antirétroviraux [TAHA] (Patient N° 16).

Les interlocuteurs ont indiqué que la peur d'être encore plus malade ou de mourir hante leur vie, plusieurs d'entre eux sont conscients que l'adhésion au TAHA pourrait améliorer leur état de santé et prolonger leur vie. L'un d'eux a fait ce commentaire :

Je sais que je peux rapidement tomber malade et ce que ça veut dire de se sentir ainsi, parce que ce n'est rien, je veux encore une fois réussir contre la maladie – c'est pour cela que je prends des médicaments (Patient N° 21).

D'après quelques interlocuteurs, une des raisons d'une faible adhésion thérapeutique est due à la procrastination. L'un d'eux a fait le commentaire suivant :

Quand je n'ai pas besoin de me lever le matin, je commence à me dire 'Je vais le prendre plus tard. Je le ferai plus tard.' Je le remets à plus tard et je ne fais jamais rien (Patient N° 22).

Quelques participants ont mentionné que d'être occupés a contribué à un faible adhésion thérapeutique. L'un d'eux a commenté :

J'étais trop occupé [essayant de trouver à manger]. Je me suis levé tard et tout simplement je n'ai pas eu le temps. Quand, finalement, je suis revenue à la maison, j'ai complètement oublié à propos de ça. Je ne l'avais plus du tout dans ma tête. Si je ne le prends pas le matin, j'oublie de le prendre (Patient N° 2).

Un interlocuteur participant à cette étude a mentionné la perte de mémoire en tant que facteur important d'une faible adhésion au TAHA :

Des fois j'oublie si je les ai pris ou comme, des fois j'ai cette perte de mémoire. C'était vraiment très mauvais et j'ai constaté, que je n'avais pas autant de pertes de mémoire qu'avant – comme j'essaie de comprendre pourquoi je suis en train de perdre ma mémoire, j'oublie maintenant et après, tu sais (Patient N° 8).

Quelques interlocuteurs pensent que l'adhésion thérapeutique et l'efficacité du TAHA dépendaient de leur état d'esprit au début de la thérapie. L'un d'eux a émis le commentaire suivant :

J'ai grandi ayant connaissance des pratiques traditionnelles liées à ma culture et je pense que si je suis dans un mauvais état d'esprit je ne vais pas prendre des médicaments. N'importe quel médicament ou le traitement ne marche pas et ne marchera pas (Patient N° 17).

Facteurs socioéconomiques

Certains participants à cette étude ont déclaré avoir des difficultés à se nourrir ou à satisfaire d'autres besoins :

L'argent aussi, c'est le plus gros problème auquel je pense...tout le temps. Je passe beaucoup de temps à trouver de l'argent, à essayer d'avoir des cigarettes et de satisfaire quelques besoins basiques et je n'ai vraiment plus de temps pour prendre des médicaments quels qu'ils soient (Patients N° 24).

Certains interlocuteurs qui étaient des sans abris, ont souvent eu un sommeil désordonné ce qui les amenait à dormir au moment de la prise des médicaments ou à ne pas se rappeler quand et où ils ont pris leur TAHA pour la dernière fois. Un d'eux a témoigné :

Ouais, avant, quand j'étais sans abris, c'était dur, parce que des fois je ne dormais pas, et puis, quand finalement tu peux dormir, tu dors des jours et ainsi, c'est encore pourquoi tu ne prends pas également des médocs, parce que tu oublies (Patient N° 12).

Autres facteurs

Un bon nombre de participants ont signalé que leur connaissance de la résistance aux médicaments et de l'interaction des médicaments les a aidés à prendre leurs médicaments d'une manière régulière :

Quand j'ai su que j'étais séropositif, j'ai arrêté de boire pour que les médicaments puissent agir, parce que si tu bois et tu prends des comprimés ça ne peut pas marcher (Patient N° 9).

Un interlocuteur a signalé, cependant, que ça ne le dérangeait pas de ne pas prendre certains de ses médicaments. Il a témoigné :

Même si je ne les prends pas pendant une semaine ou deux, cela n'a pas d'influence sur ma santé. Quand je reviens et je fais une prise de sang, ma charge virale est indétectable, mon niveau de CD4 est toujours aussi élevé, près de 500. Mais généralement, je pense que les médicaments ne devraient pas agir, mais ils semblent agir dans mon cas, peut être parce que je les prenais pendant huit ans - il y en a tellement dans mon sang, dans mes tissus, dans mon corps (Patient N° 12).

Facteurs interpersonnels

Stigmatisation et discrimination

La plupart des patients ont signalé avoir subi la stigmatisation et la discrimination et ont montré de quelle façon cela affectait l'adhésion au TAHA. L'un d'eux a commenté :

Ca arrive de temps en temps. La stigmatisation par ici. Beaucoup de choses par ici peuvent te mettre en colère. Le manque de reconnaissance en moi d'un être humain, bien, c'est une des choses que je n'aime pas du tout. Je la haie, qu'ils seulement, je suis seulement un outil. Je n'ai aucun contact dans la communauté. Je suis en dehors et ainsi, je ne prends pas de médicaments (Patient N° 2).

Relation patient-prestataire de soins

A la question, si la relation avec leurs prestataires de soins était un facteur déterminant pour l'adhésion thérapeutique, certains ont répondu, que la façon de les traiter a déterminé leur adhésion thérapeutique :

Tu sais, je pense que ce qui fait une réelle différence dans le monde lié à la santé, surtout pour des gens de ce quartier - ce sont les personnes soignantes – ainsi si tu vas quelque part

pour des soins médicaux et on ne te traite pas avec la dignité et le respect, comment vas-tu te sentir? Je ne vais pas retourner à un tel endroit (Patient N° 14).

Structures de soutien

Disponibilité de la nourriture et accès à la nourriture

La plupart des participants ont mentionné que l'accès à la nourriture, ainsi qu'une bonne nutrition sont des facteurs déterminants importants pour l'adhésion au TAHA :

Je viens ici pour prendre le petit déjeuner et le déjeuner et ça me fait bouger, autrement je serais resté à la maison. S'ils avaient voulu me donner des médicaments pour trente jours, probablement, je ne les prendrais pas parce que j'ai encore des médicaments chez moi, ils sont dans un placard et ils y restent. Alors je viens, c'est mieux ainsi (Patient N° 23).

Soutien par des amis et par du personnel de soins médicaux

La plupart des patients ont mentionné que le soutien par les prestataires de soins, par les autres patients et par les amis contribue à l'adhésion thérapeutique. L'un d'eux a déclaré :

Je viens ici parce que j'aime le personnel et tout le reste, la façon avec laquelle les gens t'aident. Et j'aime la façon de faire des choses et pour les médocs. Je prends mes médicaments ici. Ils m'aident à avoir le suivi de la prise des médicaments autant que possible. Et ils me demandent la raison, si des fois je ne les prends pas (Patient N° 10).

Accompagnement psychologique

La plupart des interlocuteurs de cette étude ont mentionné que l'accompagnement psychologique améliore l'adhésion au TAHA :

Ils m'ont aidé à prendre mes médocs et obtenir l'aide dont j'avais besoin. Et des personnes de ce genre, je passais voir mon psychologue par rapport à la consommation d'alcool et des drogues, ils ont ici toute aide nécessaire pour cela. Je les voyais pendant une période, jusqu'au moment où j'ai trouvé un endroit stable pour vivre et je ne devais plus les voir si souvent (Patient N° 3).

Cependant, un participant a expliqué que la communauté doit participer également dans ce travail, sans cela, l'accompagnement psychologique ne changera pas grand chose :

Il est thérapeute pour les dépendances. Tu peux venir parler au sein du groupe de discussion composé d'hommes et peut être faire ressortir quelques trucs en toi. Mais le problème est que la plupart des personnes ne veulent pas le faire parce que ça ne change rien. Faire cela ne change pas quoi que ce soit. Tu es toujours coincé avec le problème de départ. Ça demande une action plus importante avec des personnes en dehors de la communauté des séropositifs. (Patient N°2).

Traitement de maintien à la méthadone (TMM)

Cinq interlocuteurs ont expliqué que grâce à l'accès au TMM ils ont pu diminuer la dépendance à l'héroïne et avoir une meilleure adhésion au TAHA. Un des interlocuteurs a expliqué :

Je viens ici tous les jours pour prendre ma méthadone. C'est pour cela qu'ils ont décidé de faire venir ici également des médicaments. Ainsi, si je n'étais pas sous méthadone, j'aurais pu manquer quelques jours de traitement et voilà. Mais, parce que je dois venir ici, je suis chanceux que ça se passe comme ça (Patient N° 9).

Cependant, certains participants ont évoqué que même si, le programme du TMM est disponible, il existe une inégalité dans la façon de l'appliquer. Un participant a commenté :

Je ne comprends pas pourquoi le système de santé, comme ce dont nous discutons, les antidouleurs, le TMM, bien. Ils [médecins] disent : « Nous ne voulons pas vous rendre dépendant de ces médicaments. » Je suis déjà dépendant des drogues, ce qui est pire. Quelle est la différence ? Qu'est-ce qui me rend différent d'un homme actif de 53 ans qui prend ces médicaments ? Pourquoi on m'a dit non ? Tu sais, quand je réclame ton aide et tu dis : « Non, et bien, nous ne pouvons pas le faire parce que tu habites dans le quartier Est du centre ville. » Ca ne marche pas pour moi. (Patient N° 2).

Récupération des médicaments et l'assistance sociale

Certains patients ont révélé que l'adhésion au TAHA a été beaucoup plus simple quand les médicaments ont leur été distribués par des professionnels de soins de santé grâce à l'assistance sociale. Un participant a fait le commentaire suivant :

Ils m'ont aidé à gérer mes rendez-vous et ils ont trouvé un travailleur social là-bas qui est venu pour m'aider. Comme, des fois, quand je ne le fais pas ici, les infirmières d'ici viennent et elles vérifient si tout va bien et elles s'assurent que j'ai pris mes médocs. (Patient N° 24).

Certains patients étaient motivés à adhérer au traitement antirétroviral après avoir obtenu l'aide et le soutien du système pharmaceutique de la distribution des médicaments. Un patient témoigne:

Tout simplement la façon de les prendre à la pharmacie tous les jours. Cela m'aide à les (les médicaments) prendre de cette façon. Si je devais le faire tout seul, je ne serais pas capable de le faire. J'aime cette façon de faire. La première chose que je fais le matin, je viens à la pharmacie et je les prends (Patient N° 4).

Disponibilité des financements et des services/programmes

Près de moitié des interlocuteurs estiment que le manque de financements et les services insuffisants sont des facteurs qui contribuent à une faible adhésion au TAHA :

Les meilleurs services sont nécessaires. Tu vois, si tu n'as pas d'accès aux services, qu'est-ce qui se passera ? Tu vas tomber encore plus malade et tu vas probablement mourir (Patient N°13).

Services et pratiques adaptés aux autochtones

A la question sur l'existence d'autres services qui ont eu une influence sur l'adhésion thérapeutique, quelques participants de l'étude ont témoigné que l'utilisation des services autochtones a joué un rôle important par rapport à la prise des médicaments. Un participant a expliqué :

Ils pratiquent la médecine traditionnelle là-bas. Ainsi, je suis venu tous les mardis et tous les jeudis. Bien, la façon de procéder comme ils le font, la façon de s'asseoir en cercle. La médecine traditionnelle est comme la façon indienne de faire, la façon autochtone. Et de le faire de cette façon m'a beaucoup aidé. J'ai été initié par les autres (Patient N° 4).

Passé lié au traumatisme/écoles résidentielles

La plupart des participants ont déclaré que le traumatisme lié au passé a affecté l'adhésion au TAHA, cependant, leurs points de vue ont été différents.

Consommation des drogues

Quelques interlocuteurs ont mentionné que le traumatisme lié au passé leur a causé des souffrances et/ou les a amené à consommer des drogues. L'un d'eux a expliqué :

Je le suppose, la façon qu'il affecte mentalement, parce que je pense encore à propos de cela...avec émotion et tu ressens, tu penses et cela te cause de la souffrance et, je suppose par reflexe ça te fait faire des choses – cela m'a amené à consommer de l'alcool et des drogues (Patient N° 1).

Un interlocuteur a expliqué que la consommation de drogues peut être favorisée du fait qu'il s'agit d'une pratique acceptée. Il a déploré :

Je pense que la raison pour laquelle le niveau d'infection par le VIH ne diminue pas à Vancouver, c'est parce que nous pouvons consommer de la drogue à la vue de tout le monde tout au long de la rue Cambie jusqu'à la rue Main. Je pouvais baisser les yeux, vrai, et le faire juste là. C'est devenu encore plus accepté, plus ouvert et c'est pour cela que ça ne diminue pas – le taux du VIH (Patient N° 7).

Faible estime de soi, auto-culpabilisation, insécurité, peur, rancune

Quelques autres participants ont déclaré que le traumatisme lié au passé a causé chez eux une faible estime de soi, l'auto-culpabilisation, le sentiment d'insécurité, la peur, et la rancune. L'un d'eux a expliqué :

Quand la personne ne se sent pas digne d'intérêt ou n'a pas de raison d'aller de l'avant, elle stagne. Et comme toute chose qui commence à pourrir à l'intérieur ou à stagner, le psychisme humain ne veut pas rester sans bouger. Il veut aimer, faire partie de quelque chose, être une brebis dans le troupeau. Quand ils sont mis à part, ils sont, ainsi, confrontés

aux abus des écoles résidentielles, au VIH, à la consommation de la drogue, à être autochtone. Ces choses ont une connotation négative et elles nourrissent l'insécurité, la peur, la rancune. Et la seule chose que nous avons dans cette société pour ne pas nous sentir de cette façon, ce sont des drogues qui rendent insensibles pour un moment (Patient N° 18).

Autres effets

Quelques interlocuteurs ont mentionné que le traumatisme lié au passé a permis le développement des mécanismes de survie. Un interlocuteur a témoigné :

Mais il existe le côté inverse de toute chose, est-il vraiment si...solide. Il m'a dit, bien, nous n'avons rien à manger, "bien j'ai passé pas mal de temps quand je n'ai pas mangé pendant cinq jours quand je me suis enfui" – ainsi c'est l'inverse – cela vous rend vraiment solide. Bon, ce n'est pas la seule façon, en plus, il est vraiment débrouillard dans la rue, plus que moi, mais plus solide en même temps, bon (Patient N° 16).

Facteurs liés aux médicaments

Les interlocuteurs ont rapporté qu'il existe un lien entre les facteurs liés aux médicaments et l'adhésion au TAHA. Plusieurs participants ont indiqué qu'à cause de la difficulté de prendre des comprimés, de l'intégration de la thérapie dans la vie quotidienne, des habitudes alimentaires, une adhésion thérapeutique s'est avérée être une tâche ardue. L'un d'eux a fait le commentaire suivant :

Alors quoi, j'ai passé de rien à l'AZT, de monothérapie à 43 comprimés par jour en sept prises, quand tu dois te lever à 2 heures du matin pour prendre ton traitement et celui-là tu ne peux pas le prendre pendant le repas et celui-là tu ne le prends pas avec celui-là et c'est toujours plus compliqué et il ne faut pas manger de pamplémousse, et maintenant je prends 3 comprimés par jour en une prise. Je veux dire, c'est super – c'est si facile maintenant (Patient N° 12).

Effets secondaires

Trois participants ont indiqué que les effets secondaires des médicaments ont largement contribué à une faible adhésion au TAHA. L'un d'eux a témoigné :

Même si mes médocs ne me dérangent pas, je ne peux pas continuer avec mes médicaments. J'ai peur maintenant des les prendre parce qu'ils me rendent si malade. Comme chaque fois que je les prends, je les vomis et je suis malade toute la nuit. Je ne peux pas dormir. C'était comme ça pendant une semaine (Patient N° 4).

DISCUSSION

Les résultants de cette étude sont conformes aux publications, ce qui a été largement discuté par rapport aux facteurs évoqués par les participants. On peut le constater dans le tableau 4 ci-

FONDÉ EN 2006

www.caan.ca

Réimprimé à partir de la revue canadienne de recherche communautaire autochtone sur le VIH/sida (ISBN No. 1-894624-90-4/ 1-894624-91-2) Volume 4, Hiver 2011

dessous. Pourtant, les publications précédentes se sont focalisées sur les facteurs explicatifs isolés.

Tableau 4: Facteurs déterminant l'adhésion thérapeutique en lien avec les publications précédentes

Facteurs déterminant l'adhésion thérapeutique		
	Une faible adhésion thérapeutique	Une meilleure adhésion thérapeutique
Symptômes dépressifs	<ul style="list-style-type: none"> • Interruption au début de la thérapie ou la non adhésion thérapeutique (Leserman et al., 2002 ; Simpson et al., 2006). • Refus du traitement (Blumenfield, Milazo et Wormser, 1990). • Manque de motivation (Lyketsos et al., 1996; Nakiyemba et al., 2006). 	
Accompagnement psychologique		<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité d'un accompagnement psychologique approprié (Knobel, 1999 ; Zaric et al., 2008).
Consommation actuelle d'alcool et de drogues	<ul style="list-style-type: none"> • Motivation plus faible ou oubli (Chandler, Lau et Moore, 2006 ; Sankar et al., 2007) • Interruption dans le train de la vie quotidienne (Hartel et Schoenbaum, 1998). 	
Durée et gravité de la maladie	<ul style="list-style-type: none"> • Charge virale non détectable (Buzón et al., 2010 ; El-Sadr et al., 2006). 	<ul style="list-style-type: none"> • Acceptation de la maladie et du rôle des médicaments (Lewis et al., 2006). • Infections liées à la maladie dans le passé, avancement de la maladie ou gravité des symptômes (Bond & Hussar, 1991 ; Singh et al., 1996). • Connaissance sur la résistance aux médicaments (Green, 2004).
Priorités concurrentes	<ul style="list-style-type: none"> • Procrastination (Conway, 2007 ; Westerfelt, 2004). • Perte de la mémoire (Becker et al., 2004 ; Selnes, 2005). • Manque de nourriture (Kleeberger et al, 2001 ; Newnham, 2005). • Fait d'être sans abris (Laws et al., 2000 ; Reback, Larkins et Shoptaw, 2003). • Chômage (Fong et al., 2003 ; Newnham, 2005). 	<ul style="list-style-type: none"> • Connaissance sur la nutrition adéquate et soutien (Gillespie et Kadiyala, 2005 ; Ivers et al., 2010). • Accès à l'habitation sûre et abordable (Holtgrave et Curran, 2006 ; Wolitski et al., 2007).
Cérémonies et		<ul style="list-style-type: none"> • Croyances traditionnelles par rapport à

croyances traditionnelles		l'équilibre spirituel, (McLeod, 2004 ; Montour, 2000). <ul style="list-style-type: none"> Participation aux cérémonies traditionnelles (McCormick, 1997 ; Poonwassie et Charter, 2001).
Stigmatisation et discrimination	<ul style="list-style-type: none"> Stress psychologique, comportement autodestructeur, faible estime de soi (RCAS, 2004 ; Rintamaki et al, 2006). 	
Traumatisme lié au passé	<ul style="list-style-type: none"> Mécanismes destructifs d'adaptation, faible estime de soi (Barlow 2003 ; Craib et al., 2003). 	<ul style="list-style-type: none"> Développement des acquis de survie (Wesley-Esquimaux et Smolewski, 2004).
Relations	<ul style="list-style-type: none"> Mauvaises relations entre le patient et le prestataire de soins (Simoni et al., 2003). 	<ul style="list-style-type: none"> Bonnes relations entre le patient et le prestataire ou entre le patient et des personnes importantes de l'entourage (Emler, 2006 ; Schneider et al., 2004).
Services de soutien et financements	<ul style="list-style-type: none"> Programmes du TMM inadéquats (Parkes, 2009 ; Spittal et al., 2007). Manques de financements et de services (Van Dyk, 2008). 	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité des programmes du TMM (DHHS, 2009 ; Hernández et al., 2009 ; Muga et al., 2004). Actions sociales/système de distribution de médicaments (Berrien, 2004; Needle et al., 2005).
Facteurs liés aux médicaments	<ul style="list-style-type: none"> Effets secondaires des médicaments (Duran et al., 2001). 	<ul style="list-style-type: none"> Schéma thérapeutique simple (Duran et al., 2001 ; Kleeberger et al., 2001).

Cette étude examine comment ces facteurs sont reliés entre eux et souligne ainsi l'importance d'aborder l'ensemble des facteurs déterminant l'adhésion au TAHA (voir figure 1). Une étude plus approfondie montre les modes de l'interdépendance entre ces facteurs. Par exemple, l'oubli de la prise des médicaments est indirectement lié au fait d'être sans abris (Patient N° 12) et de manière secondaire à la dépression, au fait d'être trop occupé (Patient N° 2) ou à la perte de la mémoire (Patient N° 8). Le même interlocuteur (Patient N° 2) témoigne que la stigmatisation ou la discrimination, qui sont pour lui les facteurs secondaires, étant donné qu'il est un toxicomane, l'amènent à ne pas prendre ses médicaments ou de ne pas avoir d'accès au TMM. Il est également à la fois déprimé et dépendant des drogues à cause du traumatisme lié au passé historique. Il a suivi un accompagnement psychologique, mais il a déclaré, que l'accompagnement psychologique seul est insuffisant pour faire bouger des choses, il reste toujours aux prises avec le problème initial [la toxicomanie et la disponibilité des drogues dans la rue (comme en témoigne le patient N° 7)]. Les patients N° 1 et N° 8 ont le même sentiment en indiquant que des antécédents personnels liés au traumatisme, lorsque vous essayez de les gérer, vous amènent à la souffrance et à la drogue. Dans l'autre exemple, la décision d'aller chercher les médicaments ou de ne pas le faire dépendait de plusieurs facteurs concurrents, ainsi, la disponibilité de la nourriture (Patient N° 23), le programme de la distribution de médicaments par la pharmacie (Patient N° 4) ou le programme du TMM (Patient N° 9) encouragent à prendre des médicaments, tandis que la disponibilité des drogues et la possibilité de les consommer

directement dans la rue (Patient N° 16) (également mentionné par le patient N° 7 ci-dessus), le chômage et la difficulté de trouver de l'argent (Patient N° 24) sont les facteurs qui empêchent l'adhésion au TAHA. Ces interconnexions sont présentées dans la figure 2.

En ce qui concerne la dépression en tant que facteur limitant l'adhésion thérapeutique, étant donné la nature chronique de l'infection par le VIH et le schéma thérapeutique complexe, les pensées constantes autour de la maladie et du traitement peuvent aggraver les symptômes de stress et de dépression chez les patients (Schonnesson et al., 2004). En outre, la baisse du niveau CD4 et la progression de la maladie peuvent résulter des effets de la dépression sur le système immunitaire (Herbert et Cohen, 1993 ; Singh et al, 1996). Le stress peut aussi causer la dépression ou vice versa, rendant ainsi, presque impossible de déterminer ce qui a un rôle plus important sur l'adhésion thérapeutique (Salzano, 2003).

Figure 1: Interconnexion entre les facteurs (par rapport à une faible adhésion thérapeutique).

FACTEURS LIÉS AU PATIENT FACTEURS INTERPERSONNELS STRUCTURES DE SOUTIEN

<p>Dépression Consommation d'alcool et de drogues Peur Insensibilisations/ procrastination/ trop grande occupation Croyances traditionnelles</p>	<p>Stigmatisation et Discrimination</p>	<p>Mauvaise relation patient prestataire de soins</p>	<p>Absence de nourriture Pas de soutien des amis et du personnel Pas de accompagnement psychologique Pas de distribution</p>
<p>Chômage Fait d'être sans abris</p>	<p>FAIBLE ADHÉSION THÉRAPEUTIQUE</p>	<p>de médicaments ni d'aide sociale Pas de traitement du maintien à la méthadone Non disponibilité de financements et de services Absence de services orientés en direction</p>	
<p>Mauvaise connaissance de la résistance aux médicaments ou des interactions entre les médicaments Perte de la mémoire</p>			

des autochtones

**FACTEURS LIÉS AUX
MÉDICAMENTS
ANTIRÉTROVIRAUX**

**Complexité du
traitement
Effets secondaires**

**Consommation de drogues
Faible estime de soi,
auto-culpabilisation, peur,
insécurité, rancune**

TRAUMATISME HISTORIQUE

Figure 1: Interconnexion entre les facteurs (par rapport à une faible adhésion thérapeutique).

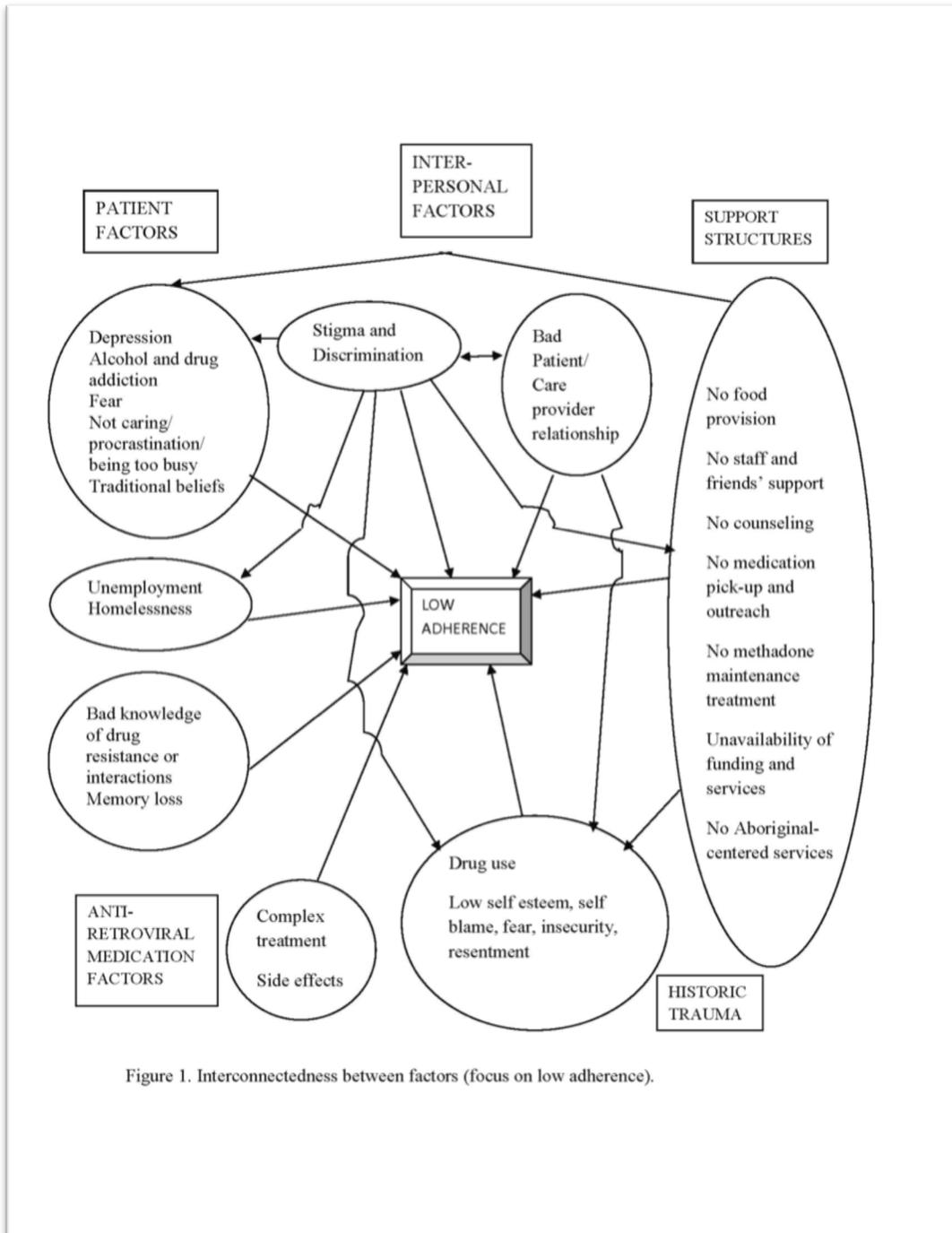


Figure 1. Interconnectedness between factors (focus on low adherence).

Figure 2. Résumé des implications par rapport à la pratique

Par rapport au patient

Reconnaissance des problèmes liés aux drogues :
Incorporer des croyances et des pratiques autochtones
Traitement de la dépression
Traitement individuel
Education
Accès à l'emploi

100%
Adhésion
Thérapeutique

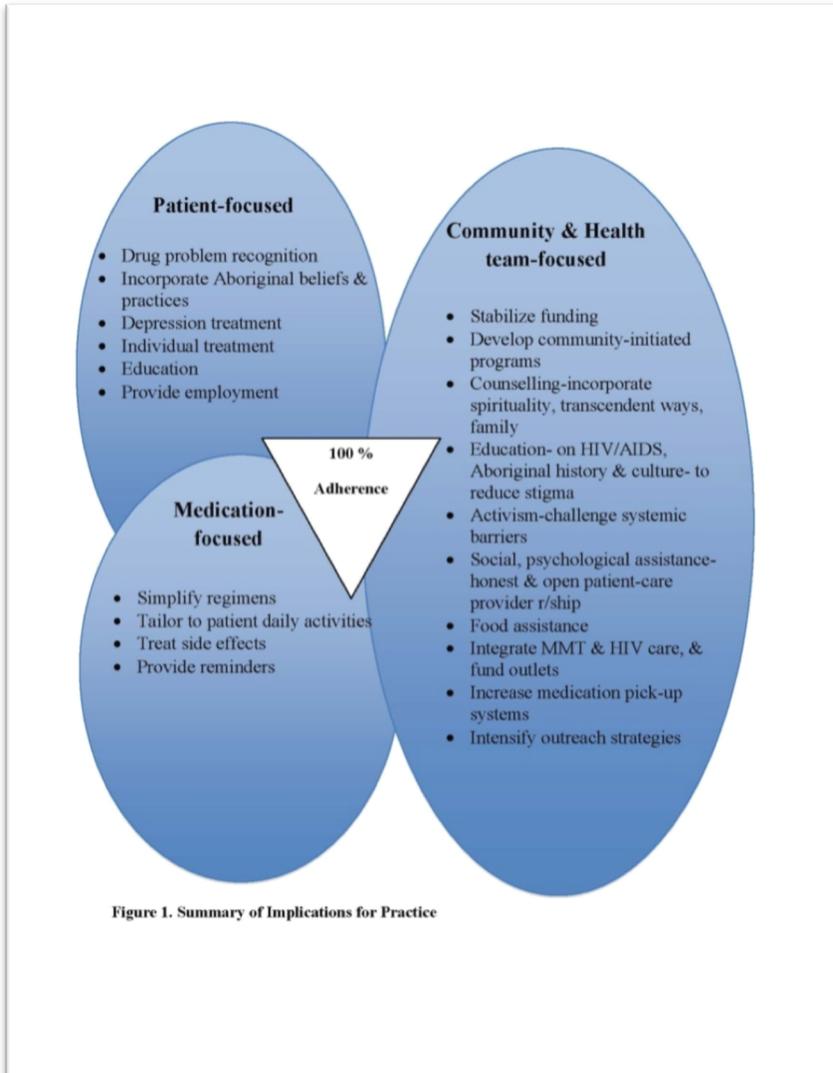
Par rapport aux médicaments

Simplifier le schéma thérapeutique
Adapter aux habitudes de la vie des patients
Traiter les effets secondaires
Fournir des moyens pour le rappel

Par rapport à la communauté et à l'équipe soignante

Financement stable
Développement de programmes communautaires
Psychothérapie avec la spiritualité, voies transcendantes, famille
Education sur le VIH/sida, sur l'histoire et la culture autochtones pour diminuer la stigmatisation
Activisme contre les barrières systématiques
Aide sociale et psychologique - relation patient/prestataire de soins honnête et ouverte
Aide d'accès à la nourriture
Intégrer le traitement du VIH le TMM et l'accès au financement
Développer le système de distribution des médicaments
Développer des stratégies de travail social

Figure 2. Résumé des implications par rapport à la pratique



L'oubli de prendre des médicaments pourrait être la conséquence de la diminution de la concentration des médicaments dans le sang après la consommation de drogues ou d'alcool. La perte de la mémoire, en tant que facteur d'une faible adhésion thérapeutique, pourrait être due aux dommages portés aux cellules du cerveau par le VIH. La perte de la mémoire causée par la progression de la maladie du VIH chez les patients peut être attribuée à tort à l'oubli de prendre des médicaments suite à la consommation de l'alcool ou des drogues. Cette perte de la mémoire ne devrait pas être mal diagnostiquée, car cela signifierait de manquer l'occasion de retarder sa progression en mettant en place des mesures adéquates, telles que l'aide aux prises de médicaments, afin d'assurer une meilleure adhésion au TAHA. En outre, même si une faible adhésion peut conduire à l'augmentation de la mortalité (Adler & Newman, 2002), les taux

FONDÉ EN 2006

www.caan.ca

Réimprimé à partir de la revue canadienne de recherche communautaire autochtone sur le VIH/sida (ISBN No. 1-894624-90-4/ 1-894624-91-2) Volume 4, Hiver 2011

élevés de la mortalité chez les patients atteints du VIH/sida constatés dans les publications antérieures pourraient être le résultat d'une surdose de drogue (Milloy et al., 2010) et non pas la conséquence de la perte de la mémoire ou de l'oubli. Cependant, le fait, que quelques interlocuteurs ont constaté que leur charge virale était indétectable et qu'ils étaient ainsi en meilleure santé, est inquiétant, car les indices de la surveillance du VIH peuvent donner, de façon temporaire, de bonnes mesures malgré une faible adhérence thérapeutique, ce qui renforce globalement une mauvaise adhérence thérapeutique chez les patients en les rendant ainsi résistants aux médicaments (El-Sadr et al., 2006). En outre, en dépit d'une suppression forte et durable de la virémie du VIH grâce au TAHA, elle réapparaît suite à l'interruption de la thérapie (Buzón et al., 2010). Les patients qui ne s'inquiètent pas de manquer les prises des médicaments pourraient avoir des connaissances insuffisantes sur le TAHA.

Portons une attention particulière au manque de logement sûr et abordable dans le QECV. Cependant, la situation vis-à-vis du logement est compliquée car certains centres d'hébergement dans le QECV n'acceptent pas des populations à cause du manque de place (Newnham, 2005) et les personnes peuvent ne pas vouloir utiliser ces centres à cause de leur mauvais état sanitaire et leur manque de sécurité (Spaxman, 2009).

La plupart des patients atteints du VIH/sida sont victimes de discrimination, ce qui contribue davantage à l'impact disproportionné du VIH/sida sur les communautés autochtones qui rencontrent déjà des difficultés de bénéficier des soins pour les maladies liées au VIH (Strathdee et al., 1998 ; Wood et al., 2004). La discrimination pourrait être liée au manque de connaissances sur le VIH/sida ou à l'indifférence à la culture, aux traditions et aux conditions socio-économiques autochtones à cause des stéréotypes négatifs par rapport aux autochtones (Larkin et al., 2007) et elle pourrait être renforcée par la dynamique du pouvoir et par d'autres problèmes sociaux. Cependant, certains peuvent se mettre à la consommation des drogues, en considérant que c'est une pratique acceptable (Newnham, 2005). Cela aggrave le problème, parce que, malgré une meilleure disponibilité du TMM en Colombie-Britannique et le succès de ce traitement par rapport à la dépendance aux opiacés et à la prévention du VIH (Gibson et al., 1999), les médecins des cliniques de santé publique à Vancouver ne peuvent pas satisfaire la demande des patients (Buxton, 2007 ; Mehrabadi et al., 2008).

Même si l'accompagnement psychologique pourrait être disponible, ce qui apparaît dans cette étude, un traitement optimal de la toxicomanie pourrait ne pas être disponible en cas de besoin du fait de longues listes d'attente et d'une faible capacité d'accueil (Spittal et coll., 2007). En outre, la plupart des communautés autochtones ne disposent pas forcément des ressources locales suffisantes pour mettre en place l'accompagnement psychologique et les patients autochtones n'ont pas toujours la possibilité de consulter un thérapeute autochtone. L'accompagnement psychologique pourrait ainsi ne pas être culturellement adapté, incapable de traiter l'aspect spirituel ou l'univers vital autochtone et, par conséquent, ne pouvant pas résoudre les problèmes propres aux autochtones (Merali, 1999 ; Duran et Duran, 1995).

Selon cette étude, les cérémonies traditionnelles et le financement des programmes sont essentiels à l'adhésion thérapeutique pour certains patients. En plus, le manque de financements

pourrait entraîner une augmentation du taux d'infection par le VIH car cela entraînerait une diminution du nombre de programmes de soutien et ainsi, les personnes visées par ces programmes passeraient plus de temps dans les rues exposées aux drogues et aux autres comportements à risque. Pour les autochtones, le fait de participer aux cérémonies peut favoriser l'intégration et l'usage des impératifs culturels (Poonwassie et Charte, 2001 ; Régnier, 1995) ce qui se traduit par des comportements appropriés, c'est-à-dire d'exclure la consommation des drogues et d'adhérer au TAHA.

Les facteurs liés aux médicaments rendent difficile le maintien des niveaux optimaux de médicaments antirétroviraux pour supprimer la réplication du VIH et d'atteindre l'efficacité thérapeutique, parce que les patients atteints du VIH/sida souffrent souvent d'infections opportunistes et d'autres maux, tels que la dépression, et pourraient donc avoir besoin de prendre plus de médicaments pour traiter ces maladies (Day, 2003 ; Ng et al, 2000).

CONCLUSION

Cette étude démontre la difficulté des hommes autochtone séropositifs, patients de la clinique, d'adhérer au TAHA. Elle contribue également à la recherche sur le VIH/sida en fournissant un système complet de thèmes qui décrivent ce qui affecte leur adhésion. Cette étude propose également des développements prometteurs qui ont des implications pour la recherche, les pratiques et la politique. Les thèmes issus des entretiens individuels et des groupes de discussion sont distincts, mais ils ne doivent pas être considérés isolément. Pour traiter le problème de la faible adhésion thérapeutique, il faut considérer l'ensemble des facteurs.

Il faut aborder la question de la relation entre le suivi du traitement, la détresse psychologique et les autres problèmes de santé. On devrait envisager d'évaluer plus en détail les symptômes dépressifs chez les patients atteints du VIH avec une faible adhésion thérapeutique (Schonnesson et al, 2004.). Cela permettrait aux praticiens de diagnostiquer plus en amont une dépression ou d'autres causes de perte de mémoire (Becker, 2004; Selnes, 2005) et de fournir un traitement approprié qui pourrait améliorer l'adhésion au TAHA.

Le premier pas dans le domaine de la prestation de soins et de traitements aux alcooliques et aux toxicomanes devrait être la reconnaissance de l'existence du problème lié à la drogue. Cela devrait être suivi par la mise en place d'interventions ciblées et de prestations de services qui répondent aux besoins immédiats et individuels des patients (Montaner et Volkow, 2010). Les patients ont également besoin d'obtenir des informations sur les traitements médicamenteux, sur l'augmentation de la résistance aux médicaments (Kozal, 2004 ; Parsons et al, 2007) et sur les avantages de l'adhésion au TAHA à 100%. Il pourrait être nécessaire d'éduquer l'ensemble de la population et des soignants sur l'histoire et la culture autochtones, afin de diminuer l'impact de la discrimination et de promouvoir une meilleure adhésion au TAHA (Link et Phelan, 2006 ; Rintamaki et al, 2006). La lutte contre la stigmatisation et la discrimination doit continuer grâce à l'activisme de nombreux forums. Pour garder un bon contact avec leurs patients, les prestataires de soins doivent maintenir une relation honnête et ouverte avec eux, et les aider à la fois sur les

questions sociales et psychologiques, pour encourager une meilleure adhésion thérapeutique (Ickovics et Meade, 2002 ; Ingersoll et Heckman, 2005).

Les programmes et les services autochtones communautaires qui reflètent des besoins des communautés locales (McLeod, 2004 ; Montour, 2000) doivent être financés et soutenus. La spiritualité et les façons transcendantes de comprendre le monde doivent être incorporées dans l'accompagnement psychologique moderne (Poonwassie et Charte, 2001 ; Sue & Sue, 1990), afin de permettre à ceux qui ont vécu un traumatisme historique de se ressourcer. L'accès à l'emploi des PAAS devrait être mis en place, afin de réduire la dépendance à l'égard des organismes sociaux. Cette mesure assortie de l'attribution d'un logement sûr et garanti pourraient résoudre le problème de la faible adhésion au TAHA à long terme dans le quartier pauvre en ressources du QECV du fait de l'augmentation des personnes ayant des moyens de subsistance stables (Aidala, et al, 2005 ; Kidder et al, 2008).

L'aide alimentaire devrait être intégrée dans les programmes de la prévention et du traitement du VIH et chaque individu suivant le TAHA doit être soutenu pour lui assurer des ressources alimentaires quotidiennes. L'intégration des soins liés au TMM et au VIH doit être poursuivie avec le financement de nouveaux points d'accès et l'augmentation du nombre de points de distribution de médicaments pour aider à adhérer au TAHA (Krüsi et al., 2009). Les stratégies sociales devraient être poursuivies et renforcées, car elles sont essentielles à l'amélioration de l'adhésion au TAHA. L'utilisation des traitements simples avec une prise par jour pour l'ensemble des médicaments devrait devenir une pratique courante. Des dispositions devraient être prises pour ajuster la posologie du traitement aux habitudes alimentaires ou aux activités quotidiennes des patients. En plus, les patients doivent être mieux informés des effets secondaires potentiels et de la nécessité de les gérer à temps. Toutes les implications par rapport à la pratique visant à atteindre une situation idéale de 100% d'adhésion thérapeutique sont résumées dans la figure 2.

Enfin, bien que les facteurs déterminants, trouvés dans cette étude, permettent de comprendre la subtilité et la complexité du problème d'adhésion au HAART pour ces hommes autochtones, les résultats proviennent essentiellement des patients de la VNHS. D'autres types de patients (par exemple : les jeunes, les personnes vivant dans les réserves, etc...) peuvent avoir des facteurs déterminants différents. Cette supposition pourrait être vérifiée par de futures recherches. La méthodologie et le procédé adoptés dans cette étude démontrent clairement l'importance de l'établissement de relations avec des participants qui fait partie du processus de recherche. Cette partie est essentielle à la recherche qui vise à examiner la complexité de la vie quotidienne des gens.

RÉFÉRENCES

- Fondation autochtone de guérison (FADG). (2001). *Program Handbook (Guide de programmes)*, (3^{ème} Ed). Ottawa: ON: Fondation autochtone de guérison.
- Adler N. E., Newman K. (2002). Socioeconomic disparities in health: pathways and policies (Inégalités socio-économique dans le domaine de la santé : les voies à suivre et les stratégies). *Health Affairs(Questions de santé) (Millwood)*, 21, 2, 60-76.
- Aidala A., Cross J., Stall R., Harre D. et Sumartojo E. (2005). Housing status and HIV risk behaviours: Implications for prevention and policy (Statut vis-à-vis du logement et comportements à risques liés au VIH : implications sur la prévention et la politique). *AIDS and Behaviour(Sida et comportement)*, 9, 3, 251-265.
- Anderson J.M. (1991). The phenomenological perspective (Point de vu phénoménologique). Dans J.M. Morse (Ed.). *Qualitative nursing research: A contemporary dialogue (Recherche qualitative en sciences infirmières : un dialogue contemporain)*. (pp. 25-38). Newbury Park: Sage Publications.
- Ashworth P.D. (1996). Presuppose nothing! The suspension of assumptions in phenomenological psychological methodology (Présumons rien! La suspension des hypothèses dans la méthodologie psychologique phénoménologique). *Journal of Phenomenological Psychology (Revue de la psychologie phénoménologique)*, 27, 1, 1-25.
- Assemblée des premières nations. (2002-2003). First Nations Regional Longitudinal Health Survey (Étude longitudinale régionale sur les Premières nations), 2002/03. First Nations Information Governance Committee (Comité de gouvernance d'information des Premières nations). Results for adults, youth and children living in First Nations communities (Résultats pour des adultes, les jeunes et les enfants habitant dans les communautés des Premières nations).
- Assemblée des premières nations (APN). (2010). Residential Schools - A Chronology (Ecoles résidentielle – une chronologie). Disponible sur le site <http://www.afn.ca/article.asp?id=2586>
- Bangsberg D. R. (2006). Monitoring adherence to HIV antiretroviral therapy in routine clinical practice: The past, the present, and the future (Surveiller l'adhésion à la thérapie antirétrovirale du VIH dans la pratique hospitalière de routine : le passé, le présent et le futur). *AIDS and Behaviour (Sida et comportement)*, 10, 3, 249–251.
- Barlow K. J. (2003). Examining HIV/AIDS Among the Aboriginal Population in Canada in the Post-Residential School Era (Etude sur le VIH/sida chez les autochtones au Canada à l'époque post-écoles résidentielles). Ottawa: Fondation autochtone de guérison (FADG). Disponible sur le site www.ahf.ca/english/index.shtml.

- Barlow J. K. (2009). Residential Schools, Prisons, and HIV/AIDS among Aboriginal People in Canada: Exploring the Connections (Ecoles résidentielle, prisons et le VIH/sida chez les autochtones : étude des liens). Ottawa, ON: Fondation autochtone de guérison. Disponible sur le site www.ahf.ca/pages/download/28_13381
- BC Centre for Excellence (BC-CfE) in HIV/AIDS (Centre d'excellence de la Colombie-Britannique sur le VIH/sida). (2010). BC to seek and treat most vulnerable HIV patients (C.-B. rechercher et traiter des patients atteints du VIH les plus vulnérables). Communiqué. Disponible sur le site http://www2.news.gov.bc.ca/news_releases_2009-2013/2010HSERV0006-000123.htm
- Becker J. T., Lopez O.L., Dew M. A., Aizenstein H. J. (2004). Prevalence of cognitive disorders differs as a function of age in HIV virus infection (Prévalence de troubles cognitifs en fonction de la durée d'infection par le VIH). *AIDS (Sida)*, 18, 1, S11-S18.
- Berrien V. M., Salazar J. C., Reynolds E., McKay K. (2004). HIV Medication Adherence Intervention Group. Adherence to antiretroviral therapy in HIV-infected pediatric patients improves with home-based intensive nursing intervention (Groupe d'intervention pour l'adhésion aux traitements médicamenteux du VIH. Adhésion à la thérapie antirétrovirale chez les patients en pédiatrie atteints du VIH s'améliore grâce aux soins infirmier intensifs à domicile). *AIDS Patient Care STDS (Traitement des patients atteints du sida et MST)*, 18, 355–363.
- Blumenfeld M., Milazzo J., Wormser G. P. (1990). Noncompliance in hospitalized patients with AIDS (Manque de coopération chez les patients hospitalisés atteints du sida). *General Hospital Psychiatry (Psychiatrie hospitalière générale)*, 12, 3, 166-169.
- Bond W. et Hussar D.A. (1991). Detection methods and strategies for improving medication adherence (Méthodes de détection et stratégies pour améliorer l'adhésion thérapeutique médicamenteuse). *American Journal of Public Health (Revue américaine de la santé publique)*, 47, 1978–1988.
- Boyce W., Doherty M., Fortin C. et Mackinnon D. (2003). *Canadian Youth, Sexual Health and HIV/AIDS Study: Factors Influencing Knowledge, Attitudes and Behaviours (Jeunes au Canada, santé sexuelle et étude sur le VIH/sida : facteurs déterminant les connaissances, les attitudes et les comportements)*. Toronto, ON: Conseil des ministres de l'éducation.
- Braun V. et Clarke V. (2006). Using thematic analysis in psychology, *Qualitative Research in Psychology (Utilisation d'analyse thématique dans la psychologie, recherche qualitative en psychologie)*, 3, 77–101.

British Columbia Centre for Disease Control (Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique). (2010). STI/HIV Prevention and Control Annual Report (Rapport annuel sur le contrôle et la prévention des IST/du VIH). Vancouver: British Columbia Centre for Disease Control (Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique).

Colombie-Britannique. Directeur provincial de la santé. (2009). *Pathways to Health and Healing – 2nd Report on the Health and Well-being of Aboriginal People in British Columbia (Voies vers la bonne santé et la guérison – 2^{ème} rapport sur la santé et le bien-être des autochtones de la Colombie-Britannique)*. Provincial Health Officer's Annual Report 2007 (Rapport annuel du directeur provincial de la santé 2007). Victoria, C.-B. : Ministry of Healthy Living and Sport (Ministère de la vie saine et du sport).

Buxton J. (2007). Vancouver drug use epidemiology (Epidémiologie des toxicomanies à Vancouver). Vancouver: Le Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies (RCCET). A partir du site <http://carbc.ca/portals/0/resources/CCENDU%20Van07%20Full.pdf>

Buzón M. J., Massanella M., Llibre J. M., Esteve A., Dahl V., Puertas M., C., Gatell J. M., Domingo P., Paredes R., Sharkey M., Palmer S., Stevenson M., Clotet B.J., Martinez-Picado J. (2010). HIV-1 replication and immune dynamics are affected by raltegravir intensification of HAART-suppressed subjects (La réplication du VIH-1 et la dynamique immunitaire sont affectées par l'augmentation des prises du raltegravir chez les sujet en interruption du TAHA). *Nature Medicine (Nature Médecine)*, 16, 460–465.

Réseau canadien autochtone du sida. (2004). Résumé du rapport annuel : L'influence de la stigmatisation sur l'accès aux services de soins de santé pour les personnes atteintes du VIH.

Conseil canadien sur l'apprentissage. (2009). Lessons in learning: Learning about sex and sexual health (Leçons d'apprentissage : apprendre sur la sexualité et sur la santé sexuelle). Disponible sur le site http://www.ccl-cca.ca/pdfs/LessonsInLearning/07_22_09-E.pdf

Instituts de recherche en santé du Canada. (2008). CIHR Guidelines for Health Research Involving Aboriginal People (Lignes directrices des IRSC sur la recherche en santé impliquant des autochtones). Disponible sur le site <http://www.cihr.ca/e/29134.html>

Carpenter C. J., Fischl M. A., Hammer S. M., Hirsch M. S., Jacobsen D. M., Katzenstein D. A., Montaner J. S. G., Richman D. D., Saag M. S., Schooley R. T., Thompson M. A., Vella S., Yeni P. G., Volberding P. A. (1996). Antiretroviral therapy for HIV infection in 1996: recommendations of an international panel (Thérapie

antirétrovirale pour les infections par le VIH en 1996 : recommandations du comité international). *JAMA*, 276, 146-154.

Chandler G., Lau B., Moore R. D. (2006). Hazardous alcohol use: A risk factor for non-adherence and lack of suppression in HIV infection (Consommation abusive d'alcool : facteur de risque de la non adhésion thérapeutique et d'une suppression incomplète du VIH). *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (Revue du syndrome d'immunodéficience humaine acquise)*, 43, 411–417.

Conway B. (2007). The role of adherence to antiretroviral therapy in the management of HIV Infection (Le rôle de l'adhésion à la thérapie antirétrovirale dans la gestion de l'infection par le VIH). *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (Revue du syndrome d'immunodéficience humaine acquise)*, 45, 1, S14-S18.

Craib K. J. P., Spittal P. M., Wood E., Laliberte N., Hogg R. S., Li K., Heath K., Tyndall M.W., O'Shaughnessy M. V. et Shechter M. T. (2003). "Risk factors for elevated HIV incidence among Aboriginal injection drug users in Vancouver" (Facteurs de risque par rapport aux taux élevés d'infections par le VIH chez les autochtones de Vancouver qui consomment des drogues injectables). *Canadian Medical Association Journal (Revue d'associations médicales canadiennes)*, 168, 1, 19-24.

Cu-Uvin S., Caliendo A. M., Reinert S., Chang A., Juliano-Remollino C., Flanigan T. P., Mayer K. H., Carpenter C. C. (2000). Effect of highly active antiretroviral therapy on cervicovaginal HIV-1 RNA (Effets de la thérapie antirétrovirale hautement active sur la cervicovaginal ARN VIH-1). *AIDS (Sida)*, 14, 415–21.

Day, M. (2003). Patient adherence to HAART regimens: Challenges for physician assistants and health care providers (Adhésion thérapeutique au TAHA des patients : le défi des assistants médicaux et des prestataires de soins de santé). *The Internet Journal of Academic Physician Assistants (Revue sur Internet des assistants médicaux universitaires)*, 3, 1.

Department of Health and Human Services Département de la santé et des services sociaux). (2009). Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents (Lignes directrices d'utilisation des agents antirétroviraux chez les adultes et les adolescents infectés par le VIH-1), 1-161. Disponible sur le site <http://www.aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/AdultandAdolescentGL.pdf>.

Dion-Stout M. et Gregory Kipling G. (2003). Aboriginal People, Resilience and the Residential School Legacy (Peuples autochtones, résilience et héritage des écoles résidentielles). Ottawa, ON: Fondation autochtone de guérison. http://www.london.cmha.ca/data/1/rec_docs/1594_FNMHAC%20Resilience%20and%20the%20Residential%20School%20Legacy.pdf

- Duran E. et Duran B. (1995). *Native American Post-Colonial Psychology (Psychologie postcoloniale des amérindiens)*. Albany, NY: State University of New York (SUNY) Press.
- Duran S., Savva M., Spire B., Cailleton V., Sobel A., Carrieri P., Salmon D., Moatti J. P. et Leport C. (2001). Failure to maintain long-term adherence to highly active antiretroviral therapy: the role of lipodystrophy (Echec d'adhésion à long terme à la thérapie antirétrovirale hautement active : le rôle de la lipodystrophie). *AIDS (Sida)*, 15, 2441-2444.
- El-Sadr W. M., Lundgren J. D., Neaton J. D., Gordin F., Abrams D., Arduino R. C., Babiker A., Burman W., Clumeck N., Cohen C. J., Cohn D., Cooper D., Darbyshire J., Emery S., Fätkenheuer G., Gazzard B., Grund B., Hoy J., Klingman K., Losso M., Markowitz N., Neuhaus J., Phillips A., Rappoport C. (2006). Strategies for Management of Antiretroviral Therapy (SMART) Study Group. CD4+ count-guided interruption of antiretroviral treatment (Groupe d'études sur les stratégies de la gestion de la thérapie antirétrovirale (SGTA). Evolution du niveau de CD4+ suite à l'interruption du traitement antirétroviral). *New England Journal of Medicine (Revue médicale de la Nouvelle Angleterre)*, 355, 22, 2283-2296.
- Emler C. A. (2006). An Examination of the Social Networks and Social Isolation in Older and Younger Adults Living with HIV/AIDS (Une étude des réseaux sociaux et de l'isolement social chez les adultes âgés et jeunes atteints du VIH/sida). *Health and Social Work (Santé et travail social)*, 31, 4, 299-308.
- Farmer T., Robinson K., Elliott S. J. et Eyles J. (2006). Developing and implementing a triangulation protocol for qualitative health research (Elaboration et implémentation d'un protocole de triangulation dans la recherche qualitative en santé). *Qualitative Health Research (Recherche qualitative en santé)*, 16, 377-394.
- Fong O. W., Ho C. F., Fung L. Y., Lee F. K., Tse W. H., Yuen C. Y., Sin K P. et Wong K. H. (2003). Determinants of adherence to highly active antiretroviral therapy (HAART) in Chinese HIV/AIDS patients (Facteurs déterminant l'adhésion à la thérapie antirétrovirale hautement actives chez les patients chinois atteints du VIH/sida). *HIV Medicine (Médecine du VIH)*, 4, 133-8.
- Gibson D. R., Flynn M. N. et McCarthy J. J. (1999). Effectiveness of methadone treatment in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users (Efficacité du traitement à la méthadone pour la diminution de comportements à risques par rapport au VIH et la séroconversion par rapport au VIH chez les consommateurs de drogues injectables). *AIDS (Sida)*, 13, 14, 1807-1818.
- Gillespie S. et Kadiyala S. (2005). HIV/AIDS and food and nutrition security: from evidence to action (VIH/sida et la sécurité alimentaire et nutritionnelle : de la preuve à l'action).

Washington, D.C.: Institut International de Recherche sur les Politiques Alimentaires (IIRPA). Food Policy Review (Revue sur les politiques alimentaires) 7.

- Giorgi, A. (1997). The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure (La théorie, la pratique et l'évaluation de la méthode phénoménologique en tant que procédure qualitative de la recherche). *Phenomenological Psychology (Psychologie phénoménologique)*, 28, 2, 235-260.
- Green D. A. (2004). There are no paradoxes of adherence and drug resistance to HIV antiretroviral therapy (Absence de paradoxes entre l'adhésion thérapeutique et la résistance aux médicaments pour une thérapie antirétrovirale contre le VIH) *Journal of Antimicrobial Chemotherapy (Revue de la thérapie médicamenteuse antimicrobienne)*, 54, 3, 694.
- Guba E. G. et Lincoln Y. S. (1981). *Effective evaluation (Evaluation effective)*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Halldorsdottir S. (2000). Vancouver School of Doing Phenomenology (Ecole de la phénoménologie pratique de Vancouver). Dans B. Fridlund et C. Hildingh (Ed.), *Qualitative research methods in the service of health (Les méthodes de la recherche qualitative dans le domaine des services de santé)* (pp. 47-81). Studentlitteratur, Suède.
- Hansen L., Mann J., McMahon S. et Wong T. (2004). "Sexual Health" (Santé sexuelle). Women's Health Surveillance Report (Rapport de surveillance de la santé des femmes). Institut canadien d'information sur la santé, 1-8.
- Hartel D. M., Schoenbaum E. E. (1998). Methadone treatment protects against HIV infection: two decades of experience in the Bronx, New York City (Le traitement à la méthadone protégé contre l'infection par le VIH : deux décennies d'observation au Bronx à de New York). *Public Health Report (Rapport de la santé publique)*, 113, 1, 107-115.
- Herbert T. B. et Cohen S. (1993). Stress and immunity in humans: a meta-analytic review (Stress et protection immunitaire chez l'Homme : une méta-analyse). *Psychosomatic Medicine (Médecine psychosomatique)*, 55, 4, 364-379.
- Hernández S. O., Martín L. L. et Car J. A. (2009). Drug Use and Antiretroviral Adherence in Methadone Maintenance Patients: A Longitudinal Study (Consommation des drogues et adhésion à la thérapie antirétrovirale chez le patient suivant la thérapie de maintenance à la méthadone). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy (Revue internationale de la psychologie et de la psychothérapie)*, 9, 3, 365-381.

- Higginbottom G. M. A. (2004). Sampling issues in qualitative research (Problèmes d'échantillonnage dans la recherche qualitative). *Nurse Researcher (Recherche en sciences infirmières)*, 12, 1, 7-19.
- Hogg R. S., O'Shaughnessy M. V., Gataric N., Yip B., Craib K., Schechter M. T., Montaner J. S. (1997). Decline in deaths from AIDS due to new antiretrovirals (Diminution de la mortalité liée au sida grâce aux nouveaux produits antirétroviraux). *Lancet*, 349, 1294.
- Hogg R. S., Yip B., Kully C., Craib K. J. P., O'Shaughnessy M. V., Schechter M. T. et Montaner J. S. G. (1999). Improved survival among HIV-infected patients after the initiation of triple-drug antiretroviral regimens (Augmentation de l'espérance de vie chez les patients atteints du VIH suite à l'enclenchement d'une trithérapie). *Journal de l'association médicale canadienne*, 160, 659-665.
- Hogg R.S., Weber A.E., Chan K., Martindale S., Cook D., Miller M. L., Craib K, J. (2001). Increasing incidence of HIV infections among young gay and bisexual men in Vancouver (Augmentation du taux d'infection par le VIH chez les jeunes homosexuels et chez les hommes bisexuels à Vancouver). *AIDS (Sida)*, 15, 10, 1321-1322.
- Holtgrave D. et Curran J. (2006). What works, and what remains to be done, in HIV prevention in the United States (Ce qui fonctionne et ce qui devrait être fait pour la prévention du VIH aux Etats-Unis). *Annual Review of Public Health (Revue annuelle de la santé publique)*, 27, 261-275.
- Ickovics J. R. et Meade C. S. (2002). Adherence to HAART among patients with HIV: breakthroughs and barriers (Adhésion au TAHA chez les patients atteints du VIH : les avancés et les barrières). *AIDS Care (Soins par rapport au sida)*, 14, 309–318.
- Ingersoll K. S. et Heckman C. J. (2005). Patient-clinician relationships and treatment system effects on HIV medication adherence (Effets de la relation patient – praticien et du système thérapeutique sur l'adhésion aux médicaments contre le VIH). *AIDS and Behaviour (Sida et comportement)*, 9, 1, 89-101.
- Ivers L. C., Chang Y., Jerome J. G., Kenneth A Freedberg K. A. (2010). Food assistance is associated with improved body mass index, food security and attendance at clinic in an HIV program in central Haiti: a prospective observational cohort study (Aide alimentaire est associée à l'amélioration de l'indice de la masse corporelle, à la sécurité alimentaire et au suivi du programme sur le VIH au centre du Haïti : une étude prospective d'observation d'une cohorte). *AIDS Research and Therapy (Recherche et thérapie par rapport au sida)*, 7, 33.
- Johnson N. P. A. S. et Mueller J. (2002). Updating the accounts: global mortality of the 1918–1920 "Spanish" influenza pandemic (Mise à jour des données : la mortalité globale

lors de la pandémie de la grippe « espagnole » de 1918-1920). *Bulletin of Historical Medicine (Bulletin de l'histoire de la médecine)*, 76, 105–115.

Kidder D., Wolitski R., Pals S. et Campsmith M. (2008). Housing status and HIV risk behaviours among homeless and housed persons with HIV (Statut vis-à-vis du logement et comportements à risques par rapport au VIH chez les sans abris et les personnes avec un logements atteints du VIH). *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (Revue du syndrome d'immunodéficience acquise)*, 49, 4, 451.

Kleeberger C. A., Phair J. P., Strathdee S. A., Detels R., Kingsley L. et Jacobson L. P. (2001). Determinants of heterogeneous adherence to HIV-antiretroviral therapies in the multicenter AIDS cohort study (Facteurs déterminant la différence en adhésion aux thérapies antirétrovirales par rapport au VIH dans une étude sur le sida d'une cohorte issue de plusieurs sites géographique). *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome (Revue du syndrome d'immunodéficience humaine acquise)*, 26, 82-92.

Knobel H., Carmona A., Lopez L. J., Gimeno J. L., Saballs P., Gonzalez A., Guelar A., Díez A. (1999). Adherence to very active antiretroviral treatment: impact of individualized assessment (Adhésion au traitement antirétroviral hautement actif : impact d'une évaluation individualisée). *Enfermedades infecciosas y microbiología clínica*, 17, 78–81.

Kozal M. (2004). Cross-Resistance Patterns Among HIV Protease Inhibitors (Résistance multiple aux inhibiteurs de la protéase). *AIDS Patient Care and STDs (Traitement du sida et des MST)*, 18(4), 199-208.

Krueger R. A. et Casey M. A. (2000). *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research (Groupes de discussion : un guide pratique pour la recherche appliquée)*. 3^{ème} édition. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Krüsi A., Wood E., Montaner J., Kerr T. (2009). Social and structural determinants of HAART access and adherence among injection drug users (Facteurs sociaux et structurels déterminant l'accès et l'adhésion au TAHA chez les consommateurs de drogues injectables). *International Journal of Drug Policy (Revue internationale sur la stratégie par rapport aux médicaments et aux drogues)*, 21, 1, 4-9.

Lane P., Bopp M., Bopp J. et Norris J. (2002). Mapping the healing journey (Description du parcours vers la guérison). *The final report of a First Nation Research Project on Healing in Canadian Aboriginal Communities (Le rapport final du projet de recherche des Premières nations sur la guérison dans les communautés autochtones du Canada)*. Disponible sur le site <http://www.fourworlds.ca/pdfs/Mapping.pdf>

Larkin J., Flicker S., Restoule J-P., Barlow K. et Mitchell C. (2007). *HIV Risk, Systemic Inequities and Aboriginal Youth: Widening the Circle for Prevention Programming*

(Risques par rapport au VIH, inégalités systématiques et jeunes autochtones : élargir le cercle de la programmation sur la prévention). *Gendering Adolescent AIDS Prevention (GAAP) and The Canadian Foundation for AIDS Research (CANFAR) (Prévention par rapport au sida chez les adolescents selon leur appartenance sexuelle (GAAP) et Fondation canadienne de recherche sur le sida (CANFAR))*

- Laws B. M., Wilson I. B., Bowser D. M., Kerr S. E. (2000). Taking antiretroviral therapy for HIV infection: Learning from patients' stories (Utilisation de la thérapie antirétrovirale pour les infections au VIH : apprendre grâce aux historiques des patients). *Journal of General Internal Medicine (Revue de la médecine interne générale)*, 15, 12, 848–858.
- Leserman J., Petitto J. M., Gu H., Gaynes B. N., Barroso J., Golden R. N., Perkins D. O., Folds J. D. et Evans D.L. (2002). Progression to AIDS, a clinical AIDS condition and mortality: psychosocial and physiological predictors (Evolution du sida, la condition clinique vis-à-vis du sida et la mortalité : facteurs psychosociaux et psychologiques). *Psychological Medicine (Médecine psychologique)*, 32, 1059-1073.
- Lewis M.P., Colbert A., Erlin J. et Meyers M. (2006). A qualitative study of persons who are 100% adherent to antiretroviral therapy (Une étude qualitative chez les personnes avec une adhésion complète à la thérapie antirétrovirale). *Aids Care (Soins contre le sida)*, 18, 2, 140-148.
- Lima V. D., Kretz P., Palepu A., Bonner S., Kerr T., Moore D., Daniel M., Montaner J. S. et Hogg R. S. (2006). Aboriginal status is a prognostic factor for mortality among antiretroviral naïve HIV-positive individuals first initiating HAART (Statut autochtone en tant que facteur prédictif de la mortalité chez les personnes séropositives en dehors des thérapies antirétrovirales qui entament le TAHA pour une première fois). *AIDS Research and Therapy (Recherche et thérapie par rapport au sida)*, 3, 14. Disponible sur le site <http://www.aidsrestherapy.com/content/3/1/14>
- Lincoln Y.S. et Guba E. G. (1985). *Naturalistic inquiry (Etude naturaliste)*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Link B. G. et Phelan J. C. (2006). Stigma and its public health implications (La stigmatisation et ses implications au niveau de la santé publique). *Lancet*, 367, 9509, 528-529.
- Lopez K. A. et Willis, D. G. (2004). Descriptive versus interpretive phenomenology: Their contributions to nursing knowledge (La phénoménologie descriptive par rapport à l'interprétative : leurs contributions aux sciences infirmières). *Qualitative Health Research (Recherche qualitative en santé)*, 14, 726-735.
- Lyketsos C. G., Hoover D. R., Guccione M. (1996). Depression and survival among HIV-infected persons (Dépression et espérance de vie chez les personnes séropositives). *JAMA*, 275, 1, 35-36.

- Mack N., Woodsong C., MacQueen K., Guest G. et Namey, E. (2005). *Qualitative Research Methods: A Data Collectors Field Guide (Methodes de la recherche qualitative : un guide pratique de collecte de données)*. North Carolina: Family Health International (Caroline du nord : santé de la famille à l'international).
- Manlove J., Ryan S. et Franzetta K. (2003). "Patterns of contraceptive use within teenagers' first sexual relationships," (Schémas d'utilisation des moyens de contraception lors du premier rapport sexuel chez les adolescents) *Perspectives on Sexual and Reproductive Health (Perspectives de la santé sexuelle et reproductive)*, 35, 6, 246–255.
- Marlow C.R. (2005). *Research methods for generalist social work (Méthodes de recherche pour le travail social généraliste)*. (4^{ème} Ed.). Canada: Thomson Brooks/Cole.
- Maticka-Tyndale E., McKay A. et Barrett M. (2001). Country report for Canada (Rapport par pays, Canada). *Teenage Sexual and Reproductive Behaviour in Developed Countries, Occasional Report (Rapport sur le comportement sexuel et le comportement lié à la procréation chez les adolescents des pays développés)*. New York, NY: The Alan Guttmacher Institute.
- McLeod, A. (2004). As the Wheel Turns. HIV/AIDS Medicine Wheel (Tant que la roue tourne. La roue de la médecine sur le VIH/sida). *The Positive Side (Le côté positif)*, 6, 4. http://www.positiveside.ca/e/V614/Wheel_e.htm
- MacNealy M. S. (1999). *Strategies for empirical research in writing (Les stratégies pour la recherche empirique en écriture)*. New York: Addison Wesley Longman.
- McCormick R. M. (1997). Healing through interdependence: The role of connecting in First Nations healing practices (Guérir grâce aux interdépendances : le rôle des liens dans les pratiques de guérison chez les Premières nations). *Canadian Journal of Counselling (Revue canadienne d'accompagnement psychologique)*, 31, 3, 172-184.
- Mehrabadi A., Paterson K., Pearce M., Patel S., Craib K. J. P., Moniruzzaman A., Schechter M. T., Spittal P. M. (2008). Gender Differences in HIV and Hepatitis C Related Vulnerabilities Among Aboriginal Young People Who Use Street Drugs in Two Canadian Cities (La différence selon l'appartenance sexuelle par rapport à la vulnérabilité au VIH et à l'hépatite C chez les jeunes autochtones consommateurs des drogues dans deux villes canadienne). Cedar Project (Projet Cedar). *Women & Health (Femmes et santé)*, 48, 3. Disponible sur le site <http://www.haworthpress.com>
- Merali N. (1999). Resolution of value conflict in multicultural counselling (Résolution du conflit par rapport aux valeurs pour l'accompagnement psychologique dans le contexte

multiculturel) *Canadian Journal of Counselling (Revue canadienne de l'accompagnement psychologique)*, 33, 1, 28-36.

- Milloy M J., Wood E., Reading C., Kane D., Montaner J., Kerr T. (2010). Elevated overdose mortality rates among First Nations individuals in a Canadian setting: a population-based analysis (Taux de mortalité due à des overdoses chez les autochtones au Canada : une analyse selon le type de population). *Addiction (Dépendance)*, 105, 11, 1962-1972. Disponible sur le site <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20825372>
- Montaner J. et Volkow N. D. (2010). Enhanced HIV Testing, Treatment, and Support for HIV-Infected Substance Users (Amélioration du dépistage, du traitement et du soutien par rapport au VIH chez les consommateurs de drogues séropositifs). *JAMA*, 303, 14, 1423-1424.
- Montour L. T. (2000). The Medicine Wheel: Understanding "Problem" Patients in Primary Care (La roue de la médecine : comprendre "le problème" des patients par rapport aux soins de santé primaires). *The Permanente Journal (Revue permanente)*, 4, 1. <http://xnet.kp.org/permanentejournal/winter00pj/wheel.html>
- Morse J.M., Barrett M., Mayan M., Olson K. et Spiers J. (2002). Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research (Stratégies de vérification pour établir la fiabilité et la validité de la recherche qualitative). *International Journal of Qualitative Methods (Revue internationale des méthodes qualitatives)*, 1, 2, 1-19.
- Muga R., Egea J. M., Sanvisens A., Arnal J., Tural C., Tor J. et Rey Joly C. (2004). Impact of injecting drug use on the interruption of antiretroviral therapies (Impact de la consommation des drogues injectables sur l'interruption des thérapies antirétrovirales). *Journal of Epidemiology & Community Health (Revue d'épidémiologie et de la santé communautaire)*, 58, 286-287.
- Murphy E. L., Collier A. C., Kalish L. A., Assmann S. F., Para M. F., Flanigan T. P., Kumar P. N., Mintz L., Wallach F. R. et Nemo G. J. (2001). Highly active antiretroviral therapy decreases mortality and morbidity in patients with advanced HIV disease (La diminution du taux de la mortalité et de la morbidité chez les patients séropositifs avec la maladie au stade avancé grâce à la thérapie antirétrovirale hautement active). *Annals of Internal Medicine (Annales de la médecine interne)*, 135, 17-26.
- Nakiyemba A., Kwasa R. et Akurut D. (2006). Barriers to antiretroviral adherence for patients living with HIV infection and Aids in Uganda (Barrières par rapport à l'adhésion à la thérapie antirétrovirale pour des patients atteints du VIH et du sida à Uganda). Disponible sur le site <http://archives.who.int/prduc2004/FinalProposalARVAdherenceStudyUganda.pdf>

- Needle R. H., Burrows D., Friedman S., Dorabjee J., Touzé G., Badrieva L., Grund J-P. C., Suresh Kumar M., Nigro L., Manning G., Latkin C. (2005). Effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users (Efficacité du travail social communautaire dans la prévention du VIH/sida chez les consommateurs de drogues injectables). *International Journal of Drug Policy (Supplement) (Revue internationale des stratégies par rapport aux médicaments et des drogues (supplément))*.
- Newnham J. (2005). An overview of the Downtown Eastside for UBC learning exchange trek program participants (Une présentation du quartier Est du centre-ville au participants du programme de terrain afin d'apprendre à échanger UBC). UBC Learning Exchange (Apprendre à échanger de UBC). Disponible sur le site <http://www.learningexchange.ubc.ca/files/2010/11/overviewdtes2016.pdf>
- Ng J. J., Rosen R. K., Malcolm S. E., Stein M. D., Stone V. E. (2000). Adherence to highly active antiretroviral therapy in substance abusers with HIV/AIDS (L'adhésion à la thérapie antirétrovirale hautement active chez les consommateurs des drogues atteints du VIH/sida). *Journal of General Internal Medicine (Revue de la médecine générale interne)*, 15, 1, 165.
- Parkes T. (2009). British Columbia methadone maintenance treatment program: A qualitative systems review (1996-2008) (Le programme du traitement de la maintenance à la méthadone : une synthèse qualitatif des schémas thérapeutiques). Victoria: University of Victoria (Victoria : université de Victoria). Disponible sur le site http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2010/Methadone_maintenance_treatment_review.pdf
- Parsons J. T., Golub S. A., Rosof E., Holder C. (2007). Motivational interviewing and cognitive-behavioral intervention to improve HIV medication adherence among hazardous drinkers: A randomized controlled trial (Entretien motivationnel et intervention cognitive-comportementale pour améliorer l'adhésion au traitement du VIH chez les grands consommateurs d'alcool : un essai contrôlé randomisé) *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (Revue du syndrome d'immunodéficience acquise)*, 46, 443-450.
- Paterson D. L., Swindells S., Mohr J., Brester M., Vergis E. N., Squier C., Wagener M. M. et Singh N. (2000). Adherence to Protease Inhibitor Therapy and Outcomes in Patients with HIV Infection (Adhésion à la thérapie à l'Inhibiteur de la protéase et résultats chez les patients séropositifs). *Annals of Internal Medicine (Annales de la médecine interne)*, 133(1), 21-30.
- Patton, M.Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods (Evaluation qualitative et méthodes de recherche)* (2^{ème} Ed.) Newbury Park, CA: Sage.

- Patton M. Q. (2002) *Qualitative research & evaluation methods (Evaluation qualitative et méthodes de recherche)*. (3^{ème} Ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Poonwassie A. et Charter A. (2001). An Aboriginal Worldview of Helping: Empowering Approaches (Vision autochtone d'entre aide : approches basées sur l'autonomisation). *Canadian Journal of Counselling (Revue canadienne de l'accompagnement psychologique)*, 35, 1, 63-73.
- Agence de la santé publique du Canada [ASPC]. (2009). *HIV/AIDS Epidemiology Updates (Mise à jour des données épidémiologiques sur le VIH/sida)*. HIV/AIDS Among Aboriginal Peoples in Canada: A Continuing Concern. Centre for Infectious Disease Prevention and Control. (Le VIH/sida chez les autochtones du Canada : un problème continu. Centre de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses) Ottawa, ON: Ministre de la santé.
- Reback C., Larkins S. et Shoptaw S. (2003). Methamphetamine abuse as a barrier to HIV medication adherence among gay and bisexual men (L'abus des méthamphétamines est une barrière à l'adhésion à la thérapie médicamenteuse par rapport au VIH chez les hommes homosexuels et bisexuels). *AIDS Care (Soins par rapport au sida)*, 15, 6, 775-785.
- Régnier R. (1995). The sacred circle: An aboriginal approach to healing education at an urban high school (Une approche autochtone sur l'enseignement des pratiques de guérison dans un lycée du centre urbain). Dans M. Battiste and J. Barman (Ed.) *First Nations education in Canada: The circle unfolds (Education des Premières nations au Canada : le cercle s'élargit)* (pp. 313-329). Vancouver, C.-B.: University of British Columbia Press (Presse de l'université de la Colombie-Britannique).
- Ricouer P. (1990). *Hermeneutics and the human sciences: essays on language, action and interpretation (L'herméneutique et les sciences humaines : les essais autour du langage, de l'action et de l'interprétation)*. Cambridge: Cambridge University Press (Presse de l'université de Cambridge).
- Rintamaki L. S., Davis T. C., Skripkauskas S., Bennett C. L., Wolf M. S. (2006). Social stigma concerns and HIV medication adherence (Problèmes de la stigmatisation sociale et de l'adhésion à la thérapie médicamenteuse par rapport au VIH). *AIDS Patient Care & STDs (Soins par rapport au VIH et MST)*, 20, 359-368.
- Salzano R. (2003), Taming stress (Maîtriser le stress). *Scientific American*, 289, 88-98.
- Sankar A., Wunderlich T., Neufeld S., Luborsky M. (2007). Sero-positive African Americans' Beliefs about alcohol and their impact on anti-retroviral adherence (Les considérations des afro-américains séropositifs par rapport à l'alcool et son impact sur l'adhésion à la thérapie antirétrovirale). *AIDS and Behaviour (Sida et comportement)*, 11, 195-203.

- Schneider J., Kaplan S. H., Greenfield S., Li W., Wilson I. R. (2004). Better physician-patient relationships are associated with higher adherence to antiretroviral therapy in patients with HIV infection (Les meilleures relations entre le médecin et le patient sont associées à une plus grande adhésion à la thérapie antirétrovirale des patients séropositifs). *Journal of General Internal Medicine (Revue de la médecine générale interne)*, 19, 11, 1096–1103.
- Schonnesson L.N., Ross M.W. et Williams M. (2004). The HIV medication self-reported non-adherence reasons (SNAR) index and its underlying psychological dimensions (Les raisons de la non adhésion à la thérapie médicamenteuse rapportées par les participants et leur fondement psychologique). *AIDS and Behaviour (Sida et comportement)*, 8, 3, 293-301.
- Selnes O. A. (2005). Memory loss in persons with HIV/AIDS: assessment and strategies for coping (Perte de mémoire chez les personnes atteintes du VIH/sida : évaluation et stratégies d'adaptation). *AIDS Read (Lecteur sida)*, 15, 6, 289–294.
- Simpson S. H., Eurich D. T., Majumdar S. R., Padwal R. S., Tsuyuki R. T., Varney J. et Johnson J. A. (2006). A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality (Une méta-analyse de la relation entre l'adhésion thérapeutique médicamenteuse et le taux de la mortalité). *BMJ*, 333, 15.
- Simoni J. M., Pantalone D. W., Frick P. A., Turner B. J. (2003). *Best practices in the behavioral management of chronic diseases (Les meilleurs pratiques de la gestion comportementale des maladies chroniques)*, II, 4. Los Altos, CA: Institute for Disease Management (Institut de gestion des maladies).
- Singh N., Squier C., Sivek C., Wagener M., Nguyen M H., Yu V. L. (1996). Determinants of compliance with antiretroviral therapy in patients with human immunodeficiency virus: prospective assessment with implications for enhancing compliance (Les facteurs déterminant l'adhésion à la thérapie antirétrovirale des patients séropositifs : l'évaluation prospective sur les implications pour une meilleure adhésion thérapeutique). *AIDS Care (Soins par rapport au sida)*, 8, 3, 261–9.
- Spaxman R. (2009). Profile of the Downtown Eastside. Old Vancouver; creating a future for Vancouver's heritage (Profil du quartier Est du centre ville. Vieux Vancouver ; œuvrer pour le futur du patrimoine de Vancouver). Disponible sur le site <http://www.oldvancouver.com/story-so-far/profile-of-the-downtown-eastside>
- Speziale H. J. S. et Carpenter D. R. (2007). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative (Recherche qualitative en sciences infirmières : mise en avant des impératifs humanistes)* (4^{ème} Ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Spittal P. M., Craib K. J. P., Teegee M., Baylis C., Christian W. M., Moniruzzaman A.,

Schechter M. T. (2007). The Cedar project: prevalence and correlates of HIV infection among young Aboriginal people who use drugs in two Canadian cities (Le projet Cedar : la prévalence et la corrélation de l'infection par le VIH chez les jeunes autochtones consommateurs de drogues dans deux villes canadiennes). *International Journal of Circumpolar Health (Revue internationale de la santé des régions circumpolaires)*, 66, 3.

Statistics Canada (Statistiques Canada). (2008). *Aboriginal Peoples in Canada in 2006: Inuit, Métis and First Nations, 2006 Census (Peuples autochtones au Canada en 2006 : Inuits, Métis et Premières nations, sondage de 2006)*. Ottawa, ON: Minister of Industry (Ministre de l'industrie). Disponible sur le site <http://www.12statcan.ca/english/census06/analysis/aboriginal/pdf/97-558-XIE2006001.pdf>

Strathdee S., Palepu A., Cornelisse P., Yip B., O'Shaughnessy M., Montaner J., Schechter M. et Hogg R. (1998). Barriers to use of free antiretroviral therapy in injection drug users (Les obstacles à l'usage de la thérapie antirétrovirale en accès libre chez les consommateurs des drogues injectables). *JAMA*, 280, 547-549.

Sue D. W. et Sue D. (1990). *Counselling the culturally different: Theory and practice (Accompagnement psychologique culturellement différent : la théorie et la pratique)*. Toronto, Canada: John Wiley & Sons.

Trochim W. M. K. (2006). Qualitative Validity. Research methods knowledge base (Validation qualitative. Base de connaissances sur les méthodes de la recherche). Disponible sur le site <http://www.socialresearchmethods.net/kb/qualval.php>

Tu D., Littlejohn D., Barrios R., Moore D., Chan K., Hogg R. et Tyndall M. (2008). *CHCNUP Project initial report (Rapport préliminaire du projet CHCNUP)*. Vancouver Native Health Society, BC Centre for Excellence in HIV, Vancouver Coastal Health Authority (Centre d'excellence de la Colombie-Britannique sur le VIH, autorité sanitaire de la côte à Vancouver). Disponible sur le site www.vnhs.net/docs/CreatingACircleOfCare.ppt

Turner, D. W., III (2010). Qualitative interview design: A practical guide for novice investigators (Concept des entretiens qualitatifs : un guide pratique pour les enquêteurs débutants). *The Qualitative Report (Le rapport qualitatif)*, 15, 3, 754-760. Disponible sur le site <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR15-3/qid.pdf>

Van Dyk A. (2008). HIV/AIDS care and counseling. A multidisciplinary approach (Soins par rapport au VIH/sida et l'accompagnement psychologique : une approche pluridisciplinaire). (4^{ème} Ed.). Cape Town: SA. Maskew Miller Longman.

Vancouver HIV/AIDS Care Co-ordinating Committee (Comité de la coordination des soins par rapport au VIH/sida de Vancouver). (2000). *Environment Report (Rapport sur*

FONDÉ EN 2006

www.caan.ca

Réimprimé à partir de la revue canadienne de recherche communautaire autochtone sur le VIH/sida (ISBN No. 1-894624-90-4/ 1-894624-91-2) Volume 4, Hiver 2011

l'environnement), 1999-2002. Disponible sur le site
<http://www.vhaccc.org/documents/envreport/esocial.html>

Vancouver Native Health Society (Association pour la santé des autochtones de Vancouver). (2009). Le rapport est disponible sur le site
<http://www.vnhs.net/docs/AnnualReports/2008%20Annual%20Report.pdf>

Vancouver Native Health Society (Association pour la santé des autochtones de Vancouver). (2010). Le rapport est disponible sur le site
<http://www.vnhs.net/docs/AnnualReports/2010%20Annual%20Report.pdf>

Wade A. (1995). Resistance knowledge: Therapy with Aboriginal persons who have experienced violence (Connaissances sur les résistances : la thérapie chez les autochtones ayant vécu la violence). Dans P. Stephenson, S. Elliot, L. Foster, & J. Harris (Ed.), *A persistent spirit: Towards understanding Aboriginal health in British Columbia (Un esprit persistant : vers la compréhension de l'état sanitaire chez les autochtones de la Colombie-Britannique)* (pp. 166–206) Victoria, BC: Department of Geography, University of Victoria (Victoria, département de la géographie de l'université de Victoria).

Wesley-Esquimaux C. C. et Smolewski M. (2004). *Historic Trauma and Aboriginal Healing: The Aboriginal Healing Foundation (Traumatisme historique et la pratique autochtone de la guérison : la fondation autochtone de guérison)*. Fondation autochtone de guérison : Ottawa Ontario.

Westerfelt, A. (2004). A qualitative investigation of adherence issues for men who are HIV positive (Une étude qualitative sur les questions de l'adhésion thérapeutique chez les hommes séropositifs). *Social Work (Travail social)*, 2, 231–240.

Wolcott, H. R. (1990). "On seeking - and rejecting - validity in qualitative research." (Obtenir et rejeter –validation dans la recherche qualitative) Dans E.W. Eisner and A. Peshkin (Ed.). *Qualitative inquiry in education: The continuing debate (Enquête qualitative en éducation : le débat continu)*, (pp. 121-152). New York: Teachers College Press (Presse du collège des enseignants). Disponible sur le site
<http://www.okstate.edu/ag/agedcm4h/academic/aged5980a/5980/newpage21.htm>

Wolitski R., Kidder D. et Fenton F. (2007). "HIV, homelessness, and public health: Critical Issues and a call for increased action." (Le VIH, les sans-abris et la santé publique : les problèmes critiques et la demande pour plus d'action) *AIDS & Behaviour (Sida et comportement)*, 11, 6, Supp 2: S167-S171.

Wood E., Kerr T., Small W., Li K., Marsh D. C., Montaner J. S., Tyndall M. W. (2004). Changes in public order after the opening of a medically supervised safer injecting facility for illicit injection drug users (Changements d'ordre publique suite à l'ouverture des

centres d'injections médicalement surveillées en direction des consommateurs des drogues injectables). *CMAJ*, 171, 7, 731–734.

- Yellow Horse S. et Brave Heart M. Y. H. (2004). Native American Children (Enfants amérindiens). Dans A. Strobe (Ed.), *Mental health best practices for vulnerable populations (Meilleures pratiques de la santé mentale en direction de la population vulnérable)* (pp. 52–65). Washington: The Washington Institute for Mental Illness Research and Training (Washington : Institut de Washington de la recherche et de la formation dans le domaine des maladies mentales).
- Zaric G. S., Bayoumi A. M., Brandeau M. L., Owens D. K. (2008). The cost-effectiveness of counseling strategies to improve adherence to highly active antiretroviral therapy among men who have sex with men (L'efficacité des dépenses dans les stratégies d'accompagnement psychologique pour améliorer l'adhésion à la thérapie antirétrovirale hautement active chez les homes qui ont des rapports sexuels avec des homes). *Medical Decision Making (Réalisation de la décision médicale)*, 28, 3, 359-376.