

Pensionnats, prisons et VIH/sida
au sein de la population autochtone
du Canada : à la recherche de liens
d'interdépendance



Collection recherche de la Fondation autochtone de guérison

© Fondation autochtone de guérison, 2009

Publié par :

Fondation autochtone de guérison
75, rue Albert, pièce 801, Ottawa (Ontario) K1P 5E7
Téléphone : (613) 237-4441
Sans frais : (888) 725-8886
Télécopieur : (613) 237-4442
Courriel : research@ahf.ca
Site internet : www.fadg.ca

Conception graphique et mise en page par :
Fondation autochtone de guérison

Impression par :
Dollco Printing

Version imprimée :
ISBN 978-1-897285-79-4

Version électronique :
ISBN 978-1-897285-81-7

L'utilisation du nom « Fondation autochtone de guérison » et du logo de la Fondation est interdite. La Fondation encourage cependant la reproduction du présent document à des fins non commerciales.

Ce projet de recherche a été financé par la Fondation autochtone de guérison (FADG), cependant les opinions exprimées dans ce rapport sont les opinions personnelles de l'auteur ou des auteurs.

This document is also available in English.

**Pensionnats, prisons et VIH/sida
au sein de la population autochtone du Canada :
à la recherche de liens d'interdépendance**

préparé pour la

Fondation autochtone de guérison

par

Kevin J. Barlow
Réseau canadien autochtone du SIDA

2009

**Pensionnats, prisons et VIH/sida
au sein de la population autochtone du Canada :
à la recherche de liens d'interdépendance**

Table des matières

Définitions	v
Introduction.....	1
Contexte.....	3
Les séquelles du régime des pensionnats	7
Incidence des violences physiques et sexuelles.....	11
Les Autochtones et le VIH/sida.....	13
Le rôle de l'usage de drogues injectables.....	16
Hommes autochtones ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes.....	16
Femmes autochtones	17
Détenus autochtones	21
Le VIH/sida au sein du système carcéral canadien.....	21
Facteurs contribuant à la prévalence du VIH/sida et de l'hépatite C au sein des prisons canadiennes.....	22
Usage de drogues injectables (UDI)	23
Rapports sexuels non protégés	25
Tatouage.....	26
Test et dépistage	27
Statistiques	28
Système carcéral fédéral.....	29
Système carcéral provincial	31
Prévalence du VIH/sida et de l'hépatite C, et co-infection au sein du système correctionnel.....	32
VIH/sida	32
Virus de l'hépatite C (VHC)	34
Co-infection par le VIH et le VHC	37
Corrélation entre les séquelles du régime des pensionnats, le VIH/sida et les détenus autochtones	38
Travail de sensibilisation au VIH/sida et au virus de l'hépatite C mené en milieu carcéral par le mouvement autochtone de lutte contre le VIH/sid	41
Autres préoccupations	45

Exemples à suivre et défis à relever	47
Pratiques exemplaires	47
Apprendre des témoignages recueillis au sein de pavillons de ressourcement	49
Défis à relever	51
Conclusions.....	53
Appendice 1 : Aperçu général des pavillons de ressourcement.....	55
Appendice 2 : Questions d'entretien avec le personnel des pavillons de ressourcement.....	57
Appendice 3 : Recommandations de la littérature	61
Références	63

Liste des tableaux

Tableau 1 : Tranche d'âge des Survivants	4
Tableau 2 : Comparaison de l'âge au moment du diagnostic des cas de sida signalés et des tests positifs pour le VIH*, chez les Autochtones et les non Autochtones.....	15
Tableau 3 : Comparaison entre les sexes des cas déclarés de sida et des rapports de test positifs pour le VIH* en ce qui concerne des Autochtones et des non Autochtones au sein de la population autochtone et non autochtone.....	18
Tableau 4 : Recensement des détenus des établissements carcéraux canadiens (5 octobre 1996)	29
Tableau 5 : Population carcérale autochtone au 31 décembre 2001.....	30
Tableau 6 : Profil des détenus autochtones de sexe masculin au 11 avril 2004.....	30
Tableau 7 : Admission en détention après condamnation, caractéristiques sélectionnées, 2000-2001.....	31

Définitions

Autochtone ou population autochtone – s'entend des Métis, des Inuits, et des Premières nations, quel que soit l'endroit où ils vivent au Canada, et qu'ils soient ou non « inscrits » en vertu de la *Loi sur les Indiens* du Canada.

SIDA – syndrome d'immunodéficience acquise qui apparaît lorsque le système immunitaire d'une personne a été considérablement affaibli par le VIH.

Digue dentaire – fin carré de latex, utilisé à l'origine par les chirurgiens dentistes, pouvant servir à prévenir la propagation de maladies transmissibles sexuellement durant les rapports sexuels oraux.

Aîné – désigne généralement une personne considérée comme exceptionnellement sage selon des critères culturels et au regard des enseignements du Grand Esprit. Cette personne est estimée pour son discernement, son calme, son humour, son affabilité et son aptitude à juger de ce qu'il convient de faire dans une situation donnée. Les membres de la collectivité se tournent vers elle pour obtenir des conseils. L'Aîné sait se montrer à l'écoute d'autrui, et sait comment faire profiter des fruits de son travail et de son expérience aux autres membres de la collectivité. Lorsqu'il ne prend pas de majuscule, le mot « aîné » renvoie à une personne ayant atteint un certain âge.

SEA/EAF – le syndrome d'alcoolisme fœtal ou les effets de l'alcool sur le fœtus désignent une malformation congénitale due à la consommation d'alcool pendant la grossesse. Le syndrome d'alcoolisme fœtal provoque des lésions cérébrales, des problèmes de croissance, ainsi que des déformations au niveau de la tête et du visage. Les « effets de l'alcool sur le fœtus » indiquent que la personne présente quelques caractéristiques du syndrome d'alcoolisme fœtal, mais pas suffisamment pour être considérée comme atteinte du syndrome.

ETCAF – l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale désigne les malformations congénitales dues à la consommation d'alcool pendant la grossesse.

Réduction des méfaits – s'entend d'un changement de comportement en matière de santé et de bien-être visant à diminuer les risques de nuire aux autres ou à soi-même.

VHB – le virus de l'hépatite B provoque une inflammation du foie et peut entraîner de graves lésions, une infection chronique, un cancer du foie, une insuffisance hépatique et, dans certains cas, la mort. Il se transmet au contact du sang ou d'autres liquides organiques infectés, notamment en cas d'acupuncture, de perçage ou de tatouage effectué dans le non-respect des règles de l'hygiène, lors de rapports sexuels ou d'échange de seringues ou d'attirail chez les consommateurs de drogues. Il existe cependant un vaccin préventif.

VHC – extrêmement contagieux, le virus de l'hépatite C est une infection aiguë ou chronique qui provoque une inflammation et une scarification du foie, et peut entraîner des lésions permanentes, une insuffisance hépatique, une infection chronique, un cancer du foie et, dans certains cas, la mort. Il se transmet au contact du sang ou d'autres liquides organiques infectés, notamment en cas d'acupuncture,

de perçage ou de tatouage effectué dans le non-respect des règles de l'hygiène, lors de rapports sexuels ou d'échange de seringues ou d'attirail chez les consommateurs de drogues.

Traumatisme historique – ensemble d'événements traumatisants agissant comme déclencheur de plusieurs types de troubles d'adaptabilité sociale et comportementale. Des souvenirs collectifs cachés d'un traumatisme, ou une amnésie collective sont transmis de génération en génération, tout comme le sont les schémas sociaux et comportementaux à la source d'une mauvaise adaptation qui sont les symptômes de nombreux troubles sociaux. Le traumatisme historique peut également prendre la forme d'une blessure morale et psychologique cumulative subie par des générations et résultant de tragédies de groupe massives.

VIH – le virus de l'immunodéficience humaine est un rétrovirus infectant les personnes lorsqu'il entre en contact avec des tissus tels que les parois vaginales, la région anale, la bouche, les yeux ou avec la peau lorsque celle-ci présente des lésions.

VIH/sida – le VIH provoque le sida, c'est la raison pour laquelle on fait souvent référence à la fois au virus et au syndrome.

UDI – fait référence aussi bien à l'usage de drogues injectables qu'à la personne qui consomme ce type de drogues (illégales) à l'aide d'une aiguille et d'une seringue.

Séquelles des violences physiques et sexuelles perpétrées dans les pensionnats – (expression souvent remplacée par « séquelles ») ce sont les effets permanents, directs ou indirects, des sévices corporels et sexuels commis dans les pensionnats. Ils ont des effets sur les Survivants, leurs familles, leurs descendants et les communautés (notamment les communautés d'intérêts). Ces effets peuvent notamment comprendre la violence familiale, la consommation de drogues, l'abus d'alcool et autres substances, des violences physiques et sexuelles, la perte des compétences parentales et un comportement autodestructeur.

Syndrome de stress post-traumatique (SSPT) – trouble psychologique affectant certains individus ayant subi d'importants traumatismes, tels que des accidents graves, ou ayant vécu ou été témoin de crimes violents ou d'actes de guerre. Les symptômes peuvent, dans un premier temps, comprendre un engourdissement émotionnel, un état dépressif, une irritabilité excessive, un sentiment de culpabilité d'avoir survécu là où d'autres ont été blessés ou tués, des cauchemars récurrents, des flashbacks de l'expérience à l'origine du traumatisme, ou une réaction excessive aux bruits soudains.

Pensionnats – régime canadien de pensionnats fréquentés par des élèves autochtones, comprenant des écoles industrielles, des internats, des résidences d'élèves, des auberges de jeunesse, des centres d'hébergement, des internats accueillant la plupart des élèves de jour, ou une association de deux ou de plusieurs catégories de pensionnats énumérées précédemment.

Séroconversion – apparition d'anticorps décelables dans le sang qui combattent les agents infectieux.

Séroprévalence – nombre de cas total d'une maladie décelés par analyses sanguines au sein d'une population à un moment donné.

Survivant – Autochtone ayant fréquenté les pensionnats et ayant survécu au régime des pensionnats au Canada.

Introduction

Il est indéniable que la vie de nombreux Autochtones a été marquée par les pensionnats, qu'ils y aient ou non vécu eux-mêmes. Ce système d'éducation déficient, s'il peut être qualifié de la sorte, a failli à sa mission première, qui était de scolariser des élèves. C'est sa mission secondaire d'assimilation qui a pris le pas sur l'éducation et a complètement changé la donne pour les générations qui ont suivi l'ouverture de la première école.

La question du bien-fondé de l'assimilation est hors sujet. Le fait est que les pouvoirs publics fédéraux ont chargé des organisations religieuses de procéder à ce qui est aujourd'hui connu comme des tentatives d'assimilation systématique, qui ont dénaturé à jamais la population autochtone. Quel rapport tout cela a-t-il avec le VIH/sida? Les Autochtones vivent-ils dans le passé? Pourquoi faut-il toujours qu'on soulève ce genre de problèmes plutôt que de simplement aller de l'avant? Pour comprendre la réponse à ces questions, il nous faudrait prendre en compte le témoignage de chaque Survivant.

Il est vrai que tous les Survivants n'ont pas vécu la même chose, comme il est vrai qu'ils ne sauraient être tenus responsables de tous les problèmes que connaissent les collectivités autochtones. Ce qui est certain, c'est que les pensionnats ont massivement contribué, de même que d'autres facteurs de pressions et d'économies en mutation, à instaurer des conditions extrêmement défavorables pour la population autochtone. Par exemple, l'arrivée de l'alcool, qui s'est accompagnée de violence domestique et sexuelle, constituait un problème difficile à résoudre. Cela est dû en grande partie au fait que les collectivités autochtones n'avaient pas les moyens, à l'époque, de relever ces défis. La pauvreté s'est installée dans des milieux qui, sans être parfaits, fonctionnaient dans l'ensemble correctement avant l'arrivée des Européens.

Que l'on considère ou non que les Autochtones vivent dans le passé n'enlève rien au fait qu'au cours des deux dernières générations, ce sont encore le gouvernement et la société non autochtone qui déterminaient ce qui était bon pour le peuple autochtone. Il n'y a qu'à mentionner le droit de vote qui n'a été acquis qu'en 1960 sans qu'il ne soit question ni de restitution, ni de droits autochtones et le transfert forcé ou le système d'aide à l'enfance qui consistait à placer des enfants autochtones dans des foyers non autochtones jusque tard dans les années 1970 (et qui se poursuit encore parfois aujourd'hui) pour constater que tous ces événements ont eu lieu dans un passé relativement récent.

Il semble que ce type de régime, ainsi que ses répercussions, nous empêchent d'aller de l'avant. C'est ce qu'on appelle le « besoin de guérison » du peuple autochtone. Le fait de ne disposer que d'un statut socioéconomique précaire en comparaison avec la société canadienne moyenne, d'avoir perdu de nombreux proches et de ne pas avoir le temps d'en faire son deuil avant que ne survienne un nouveau décès a contribué à ralentir le processus de guérison de nombreux Autochtones.

Rares sont les foyers non autochtones présentant un nombre de morts prématurées et souvent violentes comparable à celui qu'on trouve au sein des collectivités autochtones. Lorsque la consommation de drogues entre en ligne de compte, on comprend plus aisément comment la détresse et le désespoir maintiennent leur emprise. Si de nombreuses collectivités autochtones parviennent aujourd'hui à se libérer peu à peu de leur passé douloureux, elles doivent encore faire face à de considérables défis, tels que la préservation de la culture, de la langue et de la tradition, tout en essayant de s'adapter à une nouvelle situation.

Le présent rapport présente certains de ces défis qui permettront de mieux comprendre que les Survivants ont des besoins particuliers au-delà de ceux de l'ensemble de la population autochtone et qu'ils font partie intégrante de cette communauté traumatisée par un système qui a failli. Ces besoins ont été négligés lorsque de nouveaux enjeux sanitaires, tels que le VIH/sida ou l'usage de drogues injectables, ont été introduits dans l'équation. Les préjugés et la discrimination (notamment l'homophobie) dont sont victimes les personnes atteintes du VIH/sida rendent la situation plus complexe et plus difficile à gérer. Sans compter que le fait de travailler avec des Autochtones qui sont, ou ont été, en prison ajoute de nouveaux types de besoins de guérison qui ne sont que trop souvent ignorés. Le VIH/sida et l'hépatite C sont les deux nouvelles menaces sanitaires auxquelles font aujourd'hui face les Autochtones, à plus forte raison ceux qui se trouvent en milieu carcéral. Tout en cherchant des corrélations entre les séquelles du régime des pensionnats et la propagation du VIH/sida, le présent rapport s'intéresse particulièrement à la population autochtone en milieu carcéral, car c'est au sein des prisons canadiennes qu'on trouve les taux d'infection les plus alarmants. Les personnes qui finissent en prison ont sans doute été victimes d'une défaillance des systèmes de soutien personnel et des réseaux sociaux qui permettent à de nombreuses personnes de garder la tête hors de l'eau. Comme les pensionnats, les prisons sont des milieux complètement institutionnalisés. Trop nombreux sont les Autochtones qui, aujourd'hui encore, passent une partie de leur vie dans des établissements où ils n'exercent que peu, voire pas de contrôle sur leur propre vie.

Plutôt que de chercher à se voiler la face, nous devons comprendre que la seule solution pour réellement surmonter les séquelles laissées par les pensionnats permettra également de venir à bout du VIH/sida ou de l'hépatite C, des violences sexuelles subies par des enfants ou de la dépendance : être informé et ne pas avoir peur. Le savoir et le discernement permettront à la population autochtone d'être en mesure de faire valoir ses atouts traditionnels pour relever les défis qui l'attendent.

Contexte

Le Réseau canadien autochtone du SIDA (RCAS) a, au cours des dernières années, joué un rôle de plus en plus important dans le domaine de la recherche communautaire. Il a ainsi été amené à chercher à établir des liens entre les séquelles laissées par les pensionnats et la propagation du VIH/sida. En 2003, la Fondation autochtone de guérison (FADG) n'a pu que constater la pertinence de la question en publiant un article intitulé *Examen de l'incidence du VIH/sida au sein de la population autochtone du Canada — période postpensionnat*, dont le triple objectif était :

d'analyser la documentation et les principales sources actuelles relatives au domaine dans le but de déterminer s'il y a un lien entre les répercussions de l'expérience vécue dans les pensionnats et l'incidence du VIH/sida (le virus de l'immunodéficience humaine/le syndrome d'immunodéficience acquise [sida]); de décrire de quelle façon la population autochtone est touchée par le VIH/sida; de déterminer quelles interventions peuvent être entreprises pour combattre ce problème de santé, y compris les défis à relever et les modèles ou pratiques exemplaires à suivre (Barlow, 2003 : 1).¹

L'article faisait état du déploiement d'efforts considérables et soutenus de la Fondation autochtone de guérison (FADG), axés sur la guérison et permettant de toucher approximativement 163 389 personnes et groupes participants (Fondation autochtone de guérison [FADG], 2002). Parmi ces projets financés par la FADG, au moins deux ont apporté leur soutien à un organisme de services autochtone axé sur le sida dans l'intention d'examiner plus particulièrement les questions liées au VIH; le premier offrant un encadrement à de jeunes autochtones pour les sensibiliser à l'importance d'adopter un comportement sexuel sain, le second se penchant sur d'autres interventions thérapeutiques destinées à un public autochtone. Un troisième projet financé par la FADG a permis la mise en place d'un programme à l'intention des jeunes homosexuels, lesbiennes, personnes sexuellement ambivalentes/bisexuelles et transgénéristes. Ce dernier projet a abordé le VIH comme une problématique périphérique à laquelle font face les jeunes autochtones qui s'interrogent sur leur identité sexuelle, ou la refoule, certains d'entre eux ayant été victimes de sévices sexuels.

Le RCAS a, depuis, publié plusieurs rapports qui ont apporté d'autres preuves d'interdépendances plus ou moins directes entre le régime des pensionnats et la propagation du VIH/sida. Le premier de ces rapports a été publié en 2005 (Jackson et Reimer, 2005/2008a). Cette étude (que nous appellerons études STS) présente le témoignage de 195 Autochtones atteints par le VIH, dont 16 % étaient passés par les pensionnats. C'est là la première preuve de l'existence d'un lien à la fois direct et indirect; puisque dans la majeure partie des cas, un parent ou un grand-parent des participants avait connu les pensionnats.

L'étude STS a permis de confirmer ce que de nombreux intervenants de première ligne et associations autochtones de lutte contre le sida déclaraient déjà depuis un moment : *le VIH/sida est une conséquence à la fois directe et indirecte du régime de pensionnats*. Parmi les participants, 32 étaient des Survivants des

¹ Le contenu de cet article a été dans l'ensemble repris ici et a été enrichi de nouveaux éléments étroitement corrélés au premier objectif susmentionné. De nouvelles données d'études ont également été ajoutées au deuxième objectif. Le troisième objectif n'a, quant à lui, pas été modifié.

pensionnats. La majeure partie d'entre eux (18) étaient âgés de 40 à 49 ans. Neuf autres se situaient dans la catégorie des 30-39 ans, quatre avaient plus de 50 ans, et un, moins de 30 ans.

Tableau 1 : Tranche d'âge des Survivants

Âge	Pourcentage (arrondi)	Nombre (Survivants uniquement — n = 32)
Moins de 30 ans	3 %	1
30-39 ans	41 %	9
40-49	45 %	18
50 et plus	5 %	4

Source : Jackson et Reimer (2005/2008b)

Comme on pouvait s'y attendre, la grande majorité était constituée de membres des Premières Nations (inscrits, non-inscrits, loi C-31), à savoir : 26 des 32 Survivants de ce groupe. Les six autres Survivants étaient Innus, Inuits ou encore Métis (deux de chaque groupe) (Jackson et Reimer, 2005/2008b). L'étude STS a en outre révélé que :

- parmi les personnes qui avaient répondu aux questions relatives aux pensionnats, 17 % y étaient allés;
- parmi eux, la plupart (94 %) y étaient restés au moins deux ans, et certains (20 %) au moins neuf ans;
- près d'un tiers (29 %) de l'ensemble des participants a déclaré qu'au moins un de leurs parents avait fréquenté un pensionnat;
- 46 % des participants ayant répondu à la question « Vos parents, tuteurs ou grands-parents sont-ils allés au pensionnat? » ont déclaré qu'entre un et quatre de leurs parents ou tuteurs avaient fréquenté les pensionnats (Jackson et Reimer, 2005/2008a).

L'étude STS a adopté une méthodologie de recherche-action participative en procédant à un sondage autogéré entre le 24 mars et le 15 septembre 2004. Les renseignements recueillis dans le cadre de cette étude constituent un ensemble de données raisonnées qui permettent de mieux comprendre ce que vivent les Autochtones atteints par le VIH/sida, dont certains sont des Survivants du régime des pensionnats. Bien que les Survivants ne constituent qu'une faible majorité, près de la moitié des participants ont déclaré avoir au moins un parent, un grand parent ou un tuteur ayant connu le régime des pensionnats. Parmi les Survivants et les personnes ayant déclaré avoir au moins un proche ayant connu les pensionnats, 65 % ont indiqué qu'ils estimaient que les séquelles laissées par les pensionnats avaient d'une façon ou d'une autre nui à leur santé, notamment par une dégradation de leur santé mentale (violence physique ou psychologique), l'adoption de comportements à risques, les dépendances, l'incapacité à assumer son rôle parental, une mauvaise estime de soi, pour ne citer que les effets les plus communs (Jackson et Reimer, 2005/2008a).

Il a donc été établi qu'il existait une corrélation à la fois directe et indirecte entre les pensionnats et la propagation du VIH/sida. Un nombre important de participants ont indéniablement fait savoir qu'ils estimaient que le régime des pensionnats avait considérablement nui à leur santé. On peut cependant regretter que l'étude n'ait pas été en mesure d'extrapoler les données propres aux Survivants et d'établir une comparaison. Cette étude a néanmoins le mérite de mettre en lumière le fait que les répercussions se transmettent de génération en génération, comme le montre le nombre élevé de participants ayant des parents ou des grands-parents survivants. Comme l'a si bien dit un participant :

J'étais très ébranlé lorsque je suis sorti du pensionnat. Cela m'a causé bien des problèmes qui ne sont pas sur le point de disparaître. De mauvaises décisions m'ont amené à contracter le VIH et l'hépatite C. Je peux vivre avec la maladie, mais les dommages psychologiques laissés par les pensionnats sont très sérieux (Jackson et Reimer, 2005/2008a : 58).

L'article de la FADG mentionné plus haut offre un panorama de la littérature qui a permis d'établir avec discernement des corrélations entre la propagation du VIH/sida et les séquelles laissées par les pensionnats. Un nombre important de documents a été examiné, notamment afin d'établir des références ou des liens avec les séquelles du régime des pensionnats, mais peu de données probantes concrètes ont été trouvées concernant l'existence d'une corrélation à proprement parler, la majeure partie de la littérature s'intéressant aux rapports indirects ayant d'autres répercussions (violence physique et sexuelle, dépendance, etc.). L'analyse a toutefois permis de dégager un tronc commun de connaissances étendues indiquant la façon dont l'épidémie de VIH/sida progresse au sein de la collectivité autochtone et pour quelle raison. Elle a en outre permis de déterminer les lacunes à combler pour être en mesure de contrer cette épidémie. Dans l'optique des solutions à préconiser, l'étude indique également des interventions en matière de lutte contre le VIH/sida, particulièrement en répertoriant les modèles et pratiques exemplaires à suivre. Le RCAS et ses membres ont pris une part très active dans la quête des ressources liées aux interventions, la recherche spéculative potentielle, de même que l'obtention de renseignements détaillés sur l'histoire du mouvement autochtone de lutte contre le VIH/sida au Canada.

Peu de temps après, une seconde étude a été menée pour établir une analyse de l'environnement auprès de 24 organisations au service de bispirituels autochtones, ainsi que de 86 autochtones, dont la plupart sont atteints du VIH/sida. L'étude a montré que près d'un cinquième (17 %) d'entre eux a fréquenté les pensionnats (Réseau canadien autochtone du SIDA [RCAS], 2005). La grande majorité des personnes interrogées dans le cadre de cette seconde étude avait également des parents ou des grands-parents survivants.

Le RCAS s'est fondé sur ces deux études pour établir que le régime des pensionnats a bien des répercussions sur la santé des Autochtones (RCAS), et que le fait d'avoir connu les pensionnats ou d'avoir des proches survivants pouvait avoir des répercussions sur la santé.

Les séquelles du régime des pensionnats

La littérature relative aux répercussions du régime des pensionnats sur la santé des Autochtones au Canada est pour le moins limitée. Il faut reconnaître qu'il n'existe aucune donnée sur le nombre de Survivants des pensionnats infectés par le VIH/sida. Le professeur Kirmayer et ses collaborateurs ont étudié les effets des séquelles du régime des pensionnats sur l'ensemble des conditions sociales que connaissent les populations autochtones : [TRADUCTION] « L'origine de la fréquence des problèmes sociaux et de santé mentale au sein des collectivités autochtones est assez évidente. Les Autochtones du Canada ont été culturellement opprimés par des politiques d'assimilation forcée mises en place par les institutions euro-canadiennes depuis les premières périodes de contact » (2003 : S16).

Le fait le plus marquant est sans doute la mise en place du régime des pensionnats, conséquence de la politique du gouvernement fédéral, et point d'orgue d'un partenariat formel entre les pouvoirs publics et l'Église catholique, l'Église Unie, et l'Église anglicane, visant à prendre en charge les enfants autochtones. L'Église et l'État ont joué un rôle important dans la vie des Autochtones. On pensait que la scolarisation des enfants autochtones permettrait de les intégrer à la société britanico-canadienne émergente et de les imprégner des principes et du savoir nécessaires pour évoluer vers la civilisation (Kirmayer, Simpson, et Cargo, 2003). Les conséquences de la politique d'assimilation gouvernementale par l'adoption du régime des pensionnats seront par la suite désignées par le terme de « séquelles du régime des pensionnats », ou plus succinctement, « séquelles ».

Le but fondamental de la politique fédérale a été l'assimilation. En 1920, le gouvernement a clarifié ses intentions dans une déclaration faite par Duncan Campbell Scott, le surintendant adjoint aux Affaires indiennes : [TRADUCTION] « Notre objectif consiste à continuer jusqu'à ce qu'il n'y ait plus un seul Indien au Canada qui ne soit pas complètement assimilé à la société, et qu'il ne soit plus question d'Indiens » (1920 : 63). Les Autochtones n'avaient ni le pouvoir, ni les moyens nécessaires pour s'opposer à la politique gouvernementale et aux agents des Indiens qui jouissaient de pouvoirs considérables et qui étaient parfois épaulés par la GRC.

Les collectivités autochtones ont été aux prises pendant plusieurs générations avec deux problèmes majeurs à l'origine d'importants déséquilibres, à savoir : la précarité de la situation économique et sociale au sein de la collectivité et les répercussions du régime des pensionnats. Les pensionnats dont les Églises assuraient le fonctionnement ont fermé leurs portes à la fin des années 1960 : [TRADUCTION] « Les pensionnats ont officiellement fonctionné au Canada entre 1892 et 1969 » (FADG, 2001 : 7), mais il aura fallu attendre 1996 pour que ferment les pensionnats gérés par le gouvernement, et même 1998 en ce qui concerne le dernier pensionnat administré par une bande.

Les collectivités autochtones ont vu leur équilibre basculer avec l'apparition de nouvelles maladies, l'interversion des rôles (rôle parental), l'empiètement sur les territoires autochtones par les colons européens et l'introduction d'alcool et autres drogues. Les points forts culturels, tels que le système reposant sur la famille élargie, ont perdu leur efficacité à parer aux menaces imminentes, notamment que les violences physiques et sexuelles fréquemment commises dans les pensionnats. L'expérience s'est révélée traumatisante non seulement pour les Survivants qui ont subi des sévices durant leur scolarisation, mais aussi pour leurs proches, et ce, sur plusieurs générations. Les effets cumulés peuvent être dévastateurs

tant à l'échelle de l'individu qu'à celle de la collectivité. Les conséquences qui se faisaient déjà sentir à l'époque persisteront pendant longtemps.

Les séquelles laissées par les pensionnats sont manifestes à au moins deux niveaux : d'une part, au niveau culturel, avec notamment la perte de la langue, des traditions et des liens avec la famille et la collectivité, et d'autre part, au niveau personnel, avec des blessures entraînant des sentiments de honte, de rage, de méfiance et l'adoption de comportements négatifs d'adaptation comme l'abus des substances psychoactives. La marginalisation et l'isolement sont d'autres effets dérivés des séquelles laissées par les pensionnats. Cet isolement, conjugué aux comportements négatifs d'adaptation, peut entraîner des risques d'infection par le VIH chez certains Survivants. La majorité des pensionnats ont fermé leurs portes environ une décennie avant que l'épidémie de VIH/sida ne commence à se propager en Amérique du Nord. Le premier décès dû au sida au Canada a eu lieu en 1983 (Santé Canada, 2001), à une époque où l'espérance de vie en cas d'infection était considérablement réduite.

Compte tenu de la sensibilisation croissante qui a suivi la période d'assimilation et du régime des pensionnats, l'évaluation de la nature des dommages et de leur étendue est essentielle à la guérison et au rétablissement de la culture autochtone au Canada. Le professeur Kirmayer et ses collaborateurs ont approfondi les deux questions soulevées dans l'article publié par la FADG (Barlow, 2003) en prenant en ligne de compte les domaines touchés par les séquelles :

[TRADUCTION] Au fil des générations, les séquelles du régime des pensionnats ont eu différents effets, notamment : des conséquences structurelles de l'éclatement de la famille et de la collectivité; la transmission d'idéologies et de modèles parentaux clairement fondés sur l'expérience de pratiques punitives institutionnalisées; des comportements affectifs reflétant le manque d'affection et d'intimité pendant l'enfance; la répétition de violences physiques et sexuelles; la perte du savoir, de la langue et des traditions; la dévalorisation systématique de l'identité autochtone et, paradoxalement, l'essentialisation de l'identité autochtone en la considérant comme un élément intrinsèque à l'individu, fixe et immuable (2003 : S18).

Les profondes meurtrissures laissées par le colonialisme britannique et français, puis par la constante politique canadienne d'assimilation des peuples autochtones, sont encore visibles aujourd'hui. Certaines études laissent en effet à penser que ces incidences ont transcendé les générations et ont eu des répercussions négatives en entravant le développement des Autochtones au Canada et ont, dans une certaine mesure, eu un effet régressif sur divers aspects de leur état de santé. En analysant la littérature existante, le professeur Kirmayer et ses collaborateurs ont remarqué que les [TRADUCTION] « études qualitatives considèrent l'exposition collective des peuples autochtones aux politiques d'assimilation forcées comme étant à l'origine de la dégradation de leur situation sanitaire et sociale » (2003 : S18). C'est ce qui ressort de données collectées par Statistique Canada et analysées en détail dans un rapport de Santé Canada. Comparées aux autres collectivités, un « nombre disproportionné [de] membres [des collectivités autochtones] subissent toutefois l'influence de nombreux facteurs sociaux, économiques et comportementaux (tels que des taux élevés de pauvreté, de toxicomanie, de maladies transmises sexuellement, un accès limité aux services de santé et une utilisation réduite de ces services) qui augmentent leur vulnérabilité face à l'infection par le VIH » (Santé Canada, 2004 : 46).

Comme l'affirment le professeur Kirmayer et ses collaborateurs : [TRADUCTION] « Pour les Autochtones canadiens, la révélation de l'enfer des pensionnats a fait surgir la notion de trauma individuel et collectif » (2003 : S20). Il reste cependant beaucoup de chemin à faire pour surmonter les traumatismes subis par les individus et les collectivités.

Le terme « stress ethnique », qui renvoie aux relations interculturelles, peut permettre de mieux comprendre l'expérience vécue par les Autochtones au pensionnat. [TRADUCTION] « Le **stress ethnique** survient lorsque les croyances culturelles ou le sentiment d'identité positif d'un peuple sont altérés. C'est l'expérience négative qu'ils ressentent au moment d'interagir avec des membres de différents groupes culturels et avec eux-mêmes » (Antone, Miller, et Myers, 1986 : 7). Ce choc culturel peut susciter des réactions normales dans des situations anormales. Si on battait, par exemple, un enfant autochtone à maintes reprises en lui répétant que sa culture est primitive, cet enfant aurait une réaction normale en commençant à le croire.

Paradoxalement, l'assimilation forcée n'est parvenue qu'à engendrer un sentiment de conflit et de confusion dans la mesure où les pensionnats comme les réserves ont contribué à tenir les Autochtones à l'écart du reste de la société. On peut difficilement imaginer ce qui aurait pu se produire si les pensionnats n'avaient pas été imposés de la sorte aux Autochtones. Le fait que plusieurs générations sont passées par ces pensionnats et que des exactions y ont été couramment commises a en grande partie contribué au malaise social que l'on retrouve aujourd'hui au sein des collectivités autochtones.

Incidence des violences physiques et sexuelles

La rigueur de la doctrine religieuse combinée aux nombreuses formes de punition a engendré chez les Survivants des conflits et des traumatismes qui sont souvent demeurés irrésolus. L'incapacité à régler ces conflits et ces traumatismes s'explique en partie par le fait que la précarité des conditions de vie dans de nombreuses collectivités autochtones n'a pas permis de leur offrir un soutien psychologique et affectif adéquat. L'éducation sexuelle dispensée par l'Église était en général rigide et stricte. Elle exhortait les élèves autochtones à pratiquer l'abstinence avant le mariage. Le fait, pour ces jeunes, de s'entendre dire que le sexe était réservé à la procréation après le mariage par ceux-là mêmes qui se rendaient coupables de sévices sexuels à leur rencontre n'a certainement pas arrangé les choses.

L'altération de la sexualité peut souvent prédisposer une personne à adopter des comportements à risques qui peuvent l'amener à contracter le VIH. Les Survivants qui ont été victimes de violences sexuelles vivent souvent une forme de confusion en ce qui a trait à leur sexualité. La détresse peut être encore plus grande en cas de violences homosexuelles. Saxe donne un exemple des répercussions de l'inceste sur la vie des femmes : « un profond sentiment de honte et une faible estime de soi nuisent fréquemment à la réalisation d'expériences importantes comme faire des études, avoir une relation enrichissante et fonder un foyer » (1993 : 2-3). Crowder et Hawkings soulignent pour leur part que « [b]eaucoup de survivants ont été abusés par un homme et cela les amène inévitablement à se poser des questions sur leur orientation sexuelle et leur masculinité » (1993 : 28).

Ce type de blessures peut en partie expliquer les raisons pour lesquelles certains individus ne parviennent pas à se fixer des limites saines en refusant par exemple des avances sexuelles non consenties ou en prenant l'initiative de mettre un terme à une relation violente. Ces traumatismes peuvent également se traduire par le fait que certaines femmes n'arrivent pas à demander à leur partenaire d'utiliser un préservatif. Il est indéniable que les profondes séquelles causées par les violences sexuelles sont à l'origine d'un nombre important de blessures mentales, affectives, physiques et psychologiques qui entravent le développement de relations saines. L'usage de substance comme stratégie négative d'adaptation (qu'il s'agisse de drogues injectables ou de substances plus volatiles) peut accroître les risques d'infection par le VIH et l'hépatite C.

Bien qu'on fasse souvent état des sévices sexuels et physiques subis dans les pensionnats, il est important de rappeler que les Survivants n'ont pas tous été victimes de ces abus et qu'ils n'ont pas nécessairement vécu les mêmes expériences négatives. Certains sont en effet touchés par ce que l'on appelle l'usure de compassion qui provient du fait d'avoir été témoin ou d'avoir entendu parler de violences et de se sentir impuissant ou trop effrayé pour réagir. Ce sentiment d'impuissance est l'une des caractéristiques majeures des séquelles laissées par les pensionnats.

Il n'est pas rare que les personnes qui ont été victimes d'abus sexuels dans leur enfance ne dévoilent leur expérience qu'une fois parvenues à l'âge adulte, ce qui a pour conséquence de complexifier et de diversifier les difficultés. La capacité de la victime à passer du stade du traumatisme à celui de la guérison dépend souvent de la façon dont la collectivité autochtone gère ces épineux problèmes.

Le modèle de traitement conçu par Crowder et Hawkings (1993) décrit les effets des violences sexuelles sur les Survivants de sexe masculin qui sont, à bien des égards, semblables à ceux que connaissent les victimes de sexe féminin. Certains de ces effets peuvent accroître le risque d'infection par le VIH :

- ✦ stress post-traumatique et dissociations;
- ✦ difficultés relatives à l'identité masculine;
- ✦ confusion sur l'orientation sexuelle et homophobie;
- ✦ perpétration réactionnelle d'abus sexuel et agression;
- ✦ conduites sexuelles obsessionnelles;
- ✦ difficultés interpersonnelles (Crowder et Hawkings, 1993 : 2).

La violence sexuelle commise à l'encontre d'un enfant lui laissera, à n'en pas douter, un traumatisme affectif. La négligence de ces perturbations affectives peut entraîner l'apparition de comportements négatifs d'adaptation. Des compulsions ou des obsessions sexuelles peuvent notamment accroître le risque d'infection par le VIH.

D'une certaine façon, les répercussions de la violence physique trouvent un écho dans celles de l'abus sexuel, les deux comportements se produisant souvent dans des environnements dysfonctionnels. L'alcoolisme (ou l'abus de drogues) est une conséquence commune des violences physiques et sexuelles, pouvant causer davantage de préjudices en raison du comportement profondément erratique et imprévisible de la personne qui consomme de l'alcool ou des drogues en grande quantité. Certaines personnes ayant subi des traumatismes dans leur enfance peuvent se tourner vers l'alcool ou la drogue, voire les deux, pour compenser ou accentuer la tendance à reproduire le cycle de violence physique et sexuelle.

On peut affirmer sans se tromper que les pensionnats ont bien joué un rôle dans le fait que certains Survivants soient aujourd'hui atteints par le VIH/sida. Cette observation est également valable dans le cas des générations suivantes. Il est plus probable que les personnes n'ayant pas reçu de soins pour le grave traumatisme qu'elles ont subi contractent un jour le VIH/sida, compte tenu du fait qu'elles sont plus enclines à adopter certains comportements à risques. En clair, des enfants traumatisés deviendront, en grandissant, des adultes traumatisés.

Les efforts nécessaires pour surmonter de tels traumatismes personnels et culturels sont considérables, à plus forte raison lorsqu'on tient compte du fait que les mécanismes de soutien ne sont pas adaptés, ou de la trop brève période dont dispose une personne pour se remettre d'une perte avant d'en subir une autre. En somme, la discrimination systémique, la rupture, l'effritement du système social reposant sur la famille, le sentiment intrinsèque de honte, les effets des violences physiques et sexuelles se transmettant au fil des générations et la dépendance sont autant de facteurs pouvant contribuer à l'adoption de comportements à risque menant à une infection par le VIH.

Les Autochtones et le VIH/sida

VIH est l'acronyme pour virus de l'immunodéficience humaine, que l'on considère généralement comme étant à l'origine du sida (syndrome d'immunodéficience acquise). Le sida est considéré comme un syndrome, car il affaiblit le système immunitaire, ce qui ouvre la voie à de nombreuses infections opportunistes et à des cancers pouvant entraîner la mort. Par conséquent, le terme « syndrome » s'applique parce que le décès n'est pas causé par une seule maladie ou infection, mais plutôt par un ensemble de maladies qui amenuisent peu à peu les défenses immunitaires de l'organisme.

Le VIH ne peut être détecté que par analyse sanguine. La concentration la plus élevée de VIH se trouve dans le sperme et dans le sang, notamment dans les pertes menstruelles. Le VIH est également présent, mais en concentration bien moindre, dans les sécrétions vaginales, le lait maternel, les larmes et la salive. Il existe un risque important d'infection en cas de rapports sexuels vaginaux ou anaux non protégés avec une personne porteuse du VIH. Le VIH étant en outre hautement transmissible par le sang, l'usage de drogues injectables contribue de façon importante au nombre de nouvelles infections ou de surinfections.

Le sida ne survient que plusieurs années après l'infection par le VIH. Seul un médecin est habilité à diagnostiquer ce syndrome en déterminant si le nombre de CD4 est inférieur à 200, et si le patient présente plus d'une des pathologies associées au sida. Aussi appelées lymphocytes T auxiliaires, les cellules CD4 défendent l'organisme en combattant les infections virales ou bactériennes. Chez les séropositifs, le nombre de CD4 décroît et les cellules ne parviennent plus à assurer leurs fonctions en protégeant le corps contre les infections. De nouveaux traitements antiviraux permettent aujourd'hui de rallonger l'espérance de vie de ces personnes. Il n'est en effet pas rare que des personnes contaminées par le VIH vivent 15 ou 20 ans avant que des menaces plus sérieuses ne se manifestent. L'Organisation mondiale de la santé (2004) applique le modèle modifié de classification par stades cliniques pour mesurer la progression du VIH, tel que le décrivent le professeur Schneider et ses collaborateurs :

[TRADUCTION] Les stades I et II sont des stades précoces de la maladie principalement caractérisés par l'absence de symptômes. Le stade III correspond à une diminution du nombre de CD4 sans qu'il y ait d'infection opportuniste, et le stade IV est généralement réservé au diagnostic du sida. (1998 : 20)

Avant de fournir des données épidémiologiques, il convient de souligner que les chiffres cités se rapportent principalement aux populations des Premières Nations et qu'ils s'appliquent moins à la situation des Inuits et des Métis. Par ailleurs, il est important de signaler que les considérables lacunes en matière d'information combinées à d'autres facteurs font qu'il est difficile de décrire avec précision de quelle façon le VIH frappe *l'un ou l'autre* de ces trois groupes autochtones. La taille de la population, les écarts régionaux, les différences culturelles, les méthodes de collecte de données et les contraintes qu'elles imposent, ainsi que des identificateurs ethniques incomplets ou erronés, sont autant de facteurs qui peuvent influencer sur ce que nous savons des cas d'infection par le VIH/sida chez les Autochtones.

D'après l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) : « Avant 1993, 1,2 % des cas déclarés de sida étaient parmi les Autochtones » (2004 : 2). Ce chiffre est passé à « 50,3 % de 2001 à 2006 » (ASPC, 2007 : 52). En 1998, les Autochtones représentaient 19 % des personnes déclarées séropositives.

« Toutefois, en 2006, la proportion de rapports de test positif attribuée aux Autochtones s'est fixée à 27,3 % d'après les provinces et territoires faisant état de ces renseignements lors de leurs rapports sur l'infection à VIH. » (2007 : 50). L'ASPC souligne en outre que, [p]armi les 605 cas de sida signalés chez les Autochtones au 31 décembre 2006, 73,1 % ou 422 étaient membres des Premières nations, 7,3 % ou 44 étaient Métis, 3,6 % ou 22 étaient Inuit et 16,0 % ou 97 relevaient de la catégorie Autochtones d'origine non précisée (2007 : 58) et que le nombre d'infections chez les populations autochtones a été en constante augmentation depuis environ dix ans :

Au cours des dernières années, on a observé une hausse constante du nombre de cas de sida et de tests positifs au VIH parmi les peuples autochtones du Canada. [...] Les Autochtones sont responsables d'environ 200 à 400 des nouvelles infections à VIH en 2002 et en 2005, ce qui représente environ 9 % du total pour 2005 et 10 % pour 2002. Donc, le taux d'infection global chez les Autochtones s'avère environ 2,8 fois plus élevé que chez les non Autochtones (2007 : 50 et 59)

Selon Statistique Canada (2008), le recensement mené en 2006 a montré que la population autochtone s'est accrue pour représenter aujourd'hui près de 4 % de la population totale du Canada, ce qui constitue une augmentation de 45 % depuis 1996. Compte tenu du fait que la population Autochtone néquivaut, somme toute, qu'à une petite partie de l'ensemble de la population, les importants chiffres d'infection par le VIH et le sida témoignent d'une surreprésentation des Autochtones, ce qui est pour le moins troublant.

Cet extrait permet de mieux comprendre la tendance à l'aggravation de la situation à plus long terme :

[D]epuis 1998, la proportion de rapports de test positif attribuée aux Autochtones est demeurée stable à un peu plus de 20 %. À partir des cas signalés par les provinces et les territoires indiquant l'origine ethnique en 1998, on a déterminé que 123 des 647 rapports de test positif se recensaient chez les Autochtones, ce qui représente 19,0 % du total des cas déclarés. Cette proportion a atteint son sommet en 2002 alors qu'il s'est établi à 24,5 % (178/728) et a légèrement baissé depuis. Toutefois, en 2006, la proportion de rapports de test positif attribuée aux Autochtones s'est fixée à 27,3 % d'après les provinces et territoires faisant état de ces renseignements dans leurs signalements d'infection au VIH. (ASPC, 2007 : 50)

Le tableau suivant compare l'âge des personnes atteintes du VIH et du sida au moment du diagnostic entre Autochtones et non Autochtones. Ces données font apparaître des écarts pour le moins intéressants entre les deux groupes. Même si certains travailleurs communautaires ont l'impression que ce type d'analyse tend à susciter d'autres stigmates et à renforcer la marginalisation des Autochtones, il reste que ces comparaisons permettent de mieux comprendre des données essentielles pouvant aider à concevoir des mesures correctrices adéquates.

Tableau 2 : Comparaison de l'âge au moment du diagnostic des cas de sida signalés et des tests positifs pour le VIH* chez les Autochtones et les non Autochtones

	Autochtones	Non Autochtones
	n = nombre de cas dont l'âge est connu	
sida (1979 - 31 décembre 2006)	n = 605	n = 15 744
moins de 20 ans	1,5 %	1,5 %
20-29 ans	19,5 %	14,6 %
30-39 ans	46,6 %	43,6 %
40-49 ans	24,1 %	28,4 %
50 ans et plus	8,3 %	11,9 %
VIH (1998 - 31 décembre 2006)	n = 1 457	n = 4 793
moins de 20 ans	4,7 %	1,5 %
20-29 ans	27,7 %	19,5 %
30-39 ans	37,7 %	36,9 % +
40-49 ans	23,1 %	27,6 %
50 ans et plus	6,8 %	14,4 %

** Les rapports de test positifs pour le VIH comportent les données des provinces et territoires qui signalent l'origine ethnique (C.-B., Yn, Alb., T.N.-O., Nt, Sask., Man., N.-B., N.-É., Î.-P.-É., T.-N.-L.).

Source : ASPC (2007 : 57)

Pour mieux comprendre ce qu'impliquent les chiffres présentés dans le tableau ci-dessus, il faut savoir que la majorité des cas d'Autochtones séropositifs pour le VIH (39,5 %) entrent dans la catégorie des 30-39 ans, ce qui constitue la tranche d'âge la plus basse dans laquelle pourraient se situer les Survivants. Cette catégorie est suivie par celle de 20-29 ans (27,7 %) et des 40-49 ans (23,1 %). À l'exception des 40 ans et plus, la proportion de séropositifs chez les Autochtones est la plupart du temps plus importante que dans le reste de la population. Cette tendance se retrouve chez les malades atteints du sida.

Entre 1998 et 2006, les Autochtones déclarés séropositifs :

- ✦ utilisaient des drogues injectables dans la majorité des cas (58,8 %);
- ✦ étaient des femmes dans 48,1 % des cas;
- ✦ étaient des jeunes dans 32,4 % des cas (ASPC, 2007).

Le rôle de l'usage de drogues injectables

Le principal facteur de risque d'infection par le VIH se trouve dans l'usage de drogues injectables (UDI), lorsque les seringues sont partagées par plusieurs personnes. Cette pratique augmente également le risque d'infection par le VIH entre partenaires sexuels. Il est urgent de mettre davantage l'accent sur la prévention dans ce domaine. En effet, l'usage de drogues injectables n'améliore en rien la situation. Chez les Autochtones du Canada, « la proportion de nouvelles infections à VIH en 2005 attribuée aux UDI (53 %) s'avérait beaucoup plus élevée que dans l'ensemble de la population canadienne (14 %) » (ASPC, 2007 : 49).

Étant donné que la plupart des drogues consommées (p. ex. : héroïne, cocaïne) sont hautement toxicomanogènes et provoquent un sentiment intense d'euphorie suivi d'une descente soutenue, les personnes qui en consomment régulièrement doivent augmenter la fréquence des injections pour continuer à ressentir les effets de la substance. Un peu de sang passe dans la seringue à chaque utilisation; il existe donc un risque que le VIH pénètre directement dans le flux sanguin lorsqu'une personne séropositive partage sa seringue avec quelqu'un d'autre. C'est le mode de contamination par le VIH et d'autres maladies telles que l'hépatite C le plus répandu.

Le partage de seringues devient un facteur plus important lorsque le nombre d'infections par le VIH atteint le seuil repère au sein d'une population d'utilisateurs de drogues injectables. [TRADUCTION] « Mathématiquement parlant, une fois que 10 % de la population utilisatrice de drogues injectables est infectée par le VIH, la prévalence de l'infection augmente presque systématiquement de 40 % ou 50 % en l'espace de quelques années. Des hausses beaucoup plus rapides ont été enregistrées dans de nombreuses villes » (Organisation mondiale de la santé, 1998 : 37). Étant donné que l'UDI constitue un critère de risque déterminant chez les Autochtones, le virus continue de se propager à une aussi grande vitesse principalement à cause du fait que les utilisateurs de drogues injectables séropositifs atteignent ou dépassent le seuil repère de 10 %.

Une évaluation des besoins effectuée dans le cadre du programme d'échange de seringues mis en place par un centre d'amitié autochtone en Nouvelle-Écosse a révélé que la majorité des consommateurs de drogues ont été victimes de violences dans leur enfance ou ont grandi entourés de personnes alcooliques. Bien que cette étude ne porte que sur un petit échantillon de personnes d'origine autochtone, [TRADUCTION] « 67 % [...] des personnes interrogées ont admis avoir des parents alcooliques, [...] 69 % ont dit avoir été victimes de violences physiques, 64 %, de maltraitance psychologique, et 28 %, d'agressions sexuelles » (Grandy, 1995 : 15 et 20). Il apparaît clairement que, dans bien des cas, l'environnement dans lequel grandit un enfant peut le prédisposer à la dépendance, ce qui laisse à penser que c'est ce qui s'est produit pour les Survivants des pensionnats.

Hommes autochtones ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes

Les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) sont largement représentés au sein de la population autochtone infectée par le VIH. On préférera l'expression *homme ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes* au terme *homosexuel*, car ce dernier ne correspond pas toujours aux personnes appartenant à cette catégorie. En effet, un nombre non négligeable de jeunes travailleurs

du sexe qui proposent leurs services à d'autres hommes ne considèrent pas, par exemple, que le fait de dépendre de leur activité fasse d'eux des homosexuels. Il est possible que certains le soient, mais ce n'est pas systématiquement le cas. Il en va de même pour les hommes mariés qui entretiennent des relations extra-conjugales avec d'autres hommes. L'usage de drogues injectables parmi les HSH autochtones a également une incidence sur le nombre d'infections par le VIH dans cette catégorie.

Entre 1979 et décembre 2006, les HSH représentaient un peu plus de 30 % des Autochtones atteints du sida, contre environ 39 % chez les non Autochtones. Si l'on ajoute le facteur UDI, les Autochtones atteints du sida comptaient pour près de 7 %, contre un peu moins de 4 % pour les non Autochtones. Les HSH autochtones représentaient un peu moins de 7 % des personnes ayant reçu un résultat positif au test du VIH, contre environ 39 % chez les autres HSH. Le rapport change lorsque le facteur d'UDI entre en ligne de compte, passant à plus de 3 % chez les Autochtones, contre moins de 3 % chez les non Autochtones. On peut en déduire que le risque de contracter le sida ou le VIH, pour les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et consommant des drogues injectables, s'accroît de façon exponentielle chez les Autochtones par comparaison aux non Autochtones (ASPC, 2007).

Les homosexuels autochtones des grands centres urbains ont été parmi les premières personnes à être touchées par le VIH/sida. L'homophobie reste un obstacle majeur aux efforts de prévention. Une enquête menée en Ontario sur les problèmes relatifs au VIH/sida et à la santé en général au sein des collectivités de Premières nations a révélé que [TRADUCTION] « [l]a majorité des personnes interrogées estimaient que l'homosexualité était répréhensible et [elles] avaient le sentiment que leur famille et la collectivité partageaient cette opinion » (Myers et coll., 1993 : 42). Environ 80 % des personnes interrogées avaient une opinion négative à l'égard de l'homosexualité.

Femmes autochtones

Certaines femmes autochtones ayant pour partenaires des consommateurs de drogues injectables sont particulièrement exposées en cas de rapport sexuel non protégé. Lorsqu'une femme séropositive tombe enceinte, il existe un important risque d'infection de la mère à l'enfant au moment de la naissance. Il est toutefois possible de diminuer ce risque si la femme sait qu'elle est séropositive, qu'elle demande à recevoir des soins médicaux, suit un traitement, et accouche par césarienne.

Le tableau 3 compare le nombre de cas de sida signalés à la fin de l'année 2006 chez les femmes autochtones et non autochtones. Ces chiffres indiquent que les femmes autochtones sont presque trois fois plus touchées par le sida que les autres. Concernant les déclarations de résultats positifs au test du VIH (de 1998 à 2006), les chiffres indiquent que les femmes autochtones sont deux fois plus exposées au VIH que les femmes non autochtones.

Tableau 3 : Comparaison entre les sexes des cas déclarés de sida et des rapports de test positifs pour le VIH* en ce qui concerne des Autochtones et des non Autochtones

	Autochtones	Non Autochtones
	<i>n</i> = nombre de cas dont le sexe est connu	
Sida (1979-2006)	<i>n</i> = 604	<i>n</i> = 15 741
Femmes	26,5 %	9,1 %
VIH (1998-2006)	<i>n</i> = 1 454	<i>n</i> = 4 784
Femmes	48,1 %	20,7 %

* Les rapports de test positifs pour le VIH comportent les données des provinces et territoires qui signalent l'origine ethnique (C.-B., Yn, Alb., T.N.-O., Nt, Sask., Man., N.-B., N.-É., Î.-P.-É., T.-N.-L.).

Source : ASPC (2007 : 55)

Les données existantes indiquent qu'un nombre croissant de femmes autochtones contractent le VIH principalement lors de rapports hétérosexuels. En outre, de plus en plus de femmes autochtones consomment des drogues injectables, en comparaison des femmes non autochtones. Il existe cependant des lacunes statistiques en ce qui a trait au VIH/sida, notamment en ce qui concerne les femmes autochtones séropositives (ASPC, 2007).

Une étude effectuée par Ship et Norton donne des éléments probants de l'existence d'un lien entre les pensionnats et leurs répercussions intergénérationnelles sur les femmes dans les cas de violences physiques ou sexuelles :

[TRADUCTION] Les entretiens que nous avons eus avec des femmes des Premières nations atteintes du VIH/sida mettent cruellement en évidence les liens existants entre le bouleversement culturel, la scolarisation en internat, l'effondrement de la structure familiale et culturelle, les violences qui se transmettent de génération en génération, et le VIH. Dans la plupart des cas, ces femmes ont expliqué venir de familles où au moins un des parents avait fréquenté les pensionnats, et où l'alcoolisme était un problème. Huit femmes séropositives ont admis avoir été victimes de sévices sexuels dans leur enfance. (2001 : 26)

La violence sexuelle comporte un risque d'infection lorsque l'agresseur est porteur du VIH. On peut raisonnablement supposer que, lors d'une agression sexuelle, l'assaillant ne prendra pas le temps de se demander s'il doit ou non mettre un préservatif. Il y a en effet tout lieu de croire qu'il voudra agir le plus vite possible pour ne pas risquer d'être pris sur le fait. La violence sexuelle s'entend de « *tout contact, geste ou acte d'exploitation de nature sexuelle non désiré ou accompli sans le consentement d'un partenaire, imposé par la force physique, les menaces, l'intimidation ou la contrainte* [note de bas de page supprimée] » (Santé Canada, 2002 : 5). Tous les actes de violence sexuelle ne comportent cependant pas le même degré de risque en matière de VIH : le danger serait par exemple moindre en cas de relation buccogénitale forcée, sauf en cas de lésion cutanée à l'intérieur ou autour de la cavité buccale. Il est évident que le risque

que l'agresseur soit porteur du virus du VIH n'atténue en rien le traumatisme ni le caractère violent de l'agression. Parmi les violences sexuelles qui exposent davantage les femmes au VIH figurent :

- * l'agression sexuelle;
- * la violence sexuelle subie dans l'enfance;
- * la violence faite aux femmes (coercition, agression et autres actes de violence sexuelle dont les femmes sont victimes dans le cadre d'une relation) (Santé Canada, 2002 : 5).

Détenus autochtones

L'homosexualité au sein des établissements contribue également à la propagation du VIH et de l'hépatite C. Il s'agit d'une situation où un délinquant (généralement hétérosexuel avant d'être incarcéré) adopte des comportements homosexuels durant sa détention. Généralement peu répandu, ce type de comportements varie au sein de la population carcérale :

[TRADUCTION] De façon générale, les résultats des études menées sur les comportements sexuels en milieu carcéral concordent. Une étude provenant du pénitencier à sécurité moyenne de Montréal révèle que 6,1 % des hommes et 6,8 % des femmes déclarent avoir des relations sexuelles en prison. De la même manière, une enquête menée par le SCC (Service correctionnel du Canada) indique que 6 % des détenus affirment être sexuellement actifs en prison. Ce taux grimpe à 9 % dans une étude effectuée au Nouveau-Brunswick. Seuls 33 % des détenus interrogés dans le cadre de l'étude du SCC ont déclaré utiliser des préservatifs. (Watershed Writing and Research, 1998 : 28)

Si les chiffres peuvent sembler plutôt faibles, il faut néanmoins tenir compte du fait que [TRADUCTION] « de nombreux détenus refusent de participer aux études en prétendant ne pas adopter de comportement à risque » (Jürgens, 2007 : 8), ce qui porte à croire que les taux pourraient en réalité être plus élevés. Le fait que les rapports sexuels entre détenus soient interdits en milieu correctionnel peut conduire à l'adoption de comportements à risque. L'influence de l'homophobie peut également dissuader les personnes concernées à parler plus ouvertement de leur comportement homosexuel, à plus forte raison lorsque ce sont des détenus d'ordinaire hétérosexuels qui adoptent des pratiques homosexuelles en milieu carcéral.

Le VIH/sida au sein du système carcéral canadien

Si de nombreux articles ont été publiés au cours des dix dernières années sur le VIH/sida et l'hépatite C dans le système carcéral canadien, peu se sont attachés à étudier en profondeur les répercussions et la prévalence de ces maladies au sein de la population carcérale autochtone. Il est en outre difficile de déterminer avec certitude le taux de prévalence dans l'ensemble de la population carcérale.

Trois lacunes majeures dans la littérature empêchent la recherche permettant d'obtenir une vision précise de ces maladies infectieuses en milieu correctionnel. Premièrement, la plupart des rapports ont été rédigés à des époques différentes en utilisant des statistiques différentes. Deuxièmement, si certains de ces rapports ont pris en considération des chiffres provenant des prisons fédérales et provinciales, d'autres se sont basés sur les chiffres donnés par le Service correctionnel du Canada (SCC) ou par une province en particulier. Troisièmement, la notion même de « population carcérale » continue de faire débat. En effet, si certaines études tiennent compte des personnes en attente de jugement, de celles placées en détention provisoire, etc. d'autres se limitent strictement aux détenus, c'est-à-dire aux personnes qui se trouvent d'ores et déjà en milieu carcéral. Par exemple, une étude fait état, à un moment donné, d'une population carcérale d'environ 33 000 individus au Canada (Lines, 2002a) là où le recensement de 2001 n'en dénombre que 31 500 (Statistique Canada, 2001).

L'analyse de la littérature pour cette partie a été terminée à la mi-2005, mais les données statistiques ont été mises à jour pour rendre compte des tendances actuelles. La plupart des rapports ont été écrits au début des années 2000 et reposent en grande partie sur les statistiques du recensement de 1996. Le taux d'infection par le VIH/sida et l'hépatite C augmentent constamment et les chiffres *réels* sont probablement beaucoup plus importants que ce que laissent entendre les statistiques. Afin d'avoir une meilleure vue d'ensemble des épidémies du VIH/sida et de l'hépatite C au sein du milieu carcéral canadien, un certain nombre de facteurs supplémentaires ont été pris en considération, notamment : les taux de divulgation au sein du système carcéral, l'absence d'échantillonnage et de sélection préalable et la sous-déclaration. Certaines provinces ne tiennent en outre pas compte de l'origine ethnique, ce qui empêche de procéder à une évaluation complète des répercussions du VIH/sida sur les différents groupes ethniques, en conséquence il est difficile de déterminer précisément le nombre d'Autochtones atteints du VIH/sida ou de l'hépatite C en milieu carcéral. Les chiffres présentés dans de nombreuses études ne sont que des estimations.

En juin 2006, le RCAS a réalisé 17 entrevues dans quatre pavillons de ressourcement qui abritent des détenus autochtones : le pavillon de ressourcement Wahpeton dans la ville de Prince Albert, en Saskatchewan; le centre de ressourcement Stan Daniels à Edmonton, en Alberta; le pavillon de ressourcement Ochichakkosipi à Crane River, au Manitoba; et le centre de ressourcement Waseskun dans la région des Laurentides, au Québec (voir Appendice 1). L'objectif était de collecter des données sur la façon dont les questions relatives au VIH/sida, à l'hépatite C et aux pensionnats sont abordées au sein de ces pavillons (voir Appendice 2). Le RCAS s'est également attaché à déterminer quels étaient les besoins en matière d'information et de ressources complémentaires. Les données recueillies sont reprises dans cette partie. Les entrevues ont été menées auprès de directeurs, d'Aînés, d'agents de libération conditionnelle, d'animateurs de programmes, de responsables de cas, de conseillers et de coordonnateurs d'établissement. Les participants ont signé des formulaires de consentement. Compte tenu de leur nombre restreint, le présent rapport ne précise ni la fonction ni le lieu de travail des participants.

Facteurs contribuant à la prévalence du VIH/sida et de l'hépatite C au sein des prisons canadiennes

Plusieurs études ont avancé des hypothèses plausibles pour expliquer la forte prévalence du VIH/sida et de l'hépatite C au sein du système carcéral canadien. Trois comportements à haut risque ont notamment été identifiés, à savoir : l'usage de drogues injectables, les rapports sexuels non protégés et les tatouages effectués à l'aide d'outils contaminés ou inadaptés. Les autorités n'ont qu'une connaissance limitée de ce qu'il se passe au sein du milieu carcéral et correctionnel. Jürgens constate que ce type de lacunes nuit à la prévention, et donc au recul du VIH dans les prisons :

[TRADUCTION] Ce qui tient principalement en échec la prévention de la transmission du VIH dans les prisons n'est pas tant le manque de preuves de l'efficacité des interventions que le refus des pouvoirs publics de reconnaître l'existence de l'usage de drogues injectables et de rapports sexuels en milieu carcéral. De nombreux éléments témoignent du fait que la consommation de drogue en général (et de drogues injectables en particulier) et les rapports sexuels entre détenus sont des pratiques largement répandues dans les établissements pénitenciers. Des données indiquent en outre que le risque d'infection par le VIH est généralement plus élevé dans les prisons. Une fois qu'ils auront reconnu cet

état de fait, les gouvernements seront en mesure de faire leur choix parmi les nombreuses façons de prévenir la transmission du VIH dans les prisons. (2004 : 4)

Le refus des pouvoirs publics de se pencher sur l'origine des facteurs qui contribuent à la transmission du VIH et d'autres maladies comme l'hépatite C est la principale cause de la propagation de l'épidémie au sein de la population carcérale.

Usage de drogues injectables (UDI)

Comme il a déjà été mentionné ci-dessus, l'usage de drogues injectables (UDI) contribue grandement à la propagation du VIH et de l'hépatite C en milieu carcéral. Le partage, parmi les détenus, de seringues infectées ou d'autres procédés d'injection est en effet un important facteur de transmission de ces maladies. Les seringues sont parfois utilisées à tellement de reprises qu'elles finissent par sémousser, causant des lésions cutanées encore plus graves lors de l'injection. La possession de drogue ou de matériel d'injection est interdite, c'est pourquoi les détenus ne prennent pas toujours le temps de désinfecter la seringue à l'aide d'eau et de Javel avant qu'un autre détenu ne l'utilise. Il n'est en outre pas rare que du matériel d'injection de fabrication artisanale, fabriqué, par exemple, à l'aide de stylos, soit utilisé. Beaucoup moins précis, ce type de matériel peut causer de graves lésions lors de l'injection. Le VIH et l'hépatite C se propagent d'autant plus aisément qu'une seringue est partagée par plusieurs détenus. L'utilisation de matériel non stérilisé pour le tatouage est un autre facteur de haut risque d'infection par le VIH chez les détenus. Comme le laisse entendre l'observation suivante, le fait de fournir des seringues stérilisées ou d'utilisation strictement individuelle contribuerait grandement à lutter contre la propagation du VIH : [TRADUCTION] « Bien que la consommation de drogue au sein du système carcéral soit une réalité, il n'existe pas de programme de distribution de seringues stériles en milieu carcéral. Les UDI autochtones ne sont donc pas en mesure de se prémunir contre le VIH durant leur séjour en prison » (Watershed Writing and Research, 1998 : 3).

Comme le signalent Pállas et ses collaborateurs : [TRADUCTION] « Les utilisateurs de drogues injectables (UDI) sont plus exposés aux virus transmissibles par le sang, notamment au virus de l'immunodéficience humaine (VIH), au virus de l'hépatite B (VHB) et au virus de l'hépatite C (VHC) » (1999 : 699). La meilleure façon de protéger ces personnes contre le VIH et l'hépatite C est de leur permettre d'utiliser des seringues stérilisées. Le système correctionnel canadien ne dispose, à l'heure actuelle, d'aucun programme d'échange de seringues, ce qui incite les détenus à réutiliser à plusieurs reprises les mêmes seringues ou à fabriquer eux-mêmes leur matériel d'injection du fait de la pénurie et du caractère illégal de la contrebande.

Lorsqu'ils ne parviennent pas à se procurer des seringues, les détenus improvisent en fabriquant eux-mêmes leur matériel d'injection, généralement à l'aide d'objets courants qui se prêtent mal à ce genre d'utilisation. Dans leur étude, Lines et ses collaborateurs soulignent les conséquences de l'absence de programmes d'échange de seringues dans les prisons :

En conséquence, des détenus qui s'injectent des drogues partagent et réutilisent leurs seringues et aiguilles, par nécessité. Une seringue peut circuler parmi un nombre souvent important d'utilisateurs ou être conservée dans un endroit caché qui est généralement accessible aux détenus [...]. Dans certains cas, les instruments utilisés pour s'injecter des

drogues sont fabriqués à la main, et ce qui tient lieu d'aiguille est bricolé à partir d'objets courants, ce qui entraîne souvent des dommages aux veines, des plaies ainsi que des infections au point d'injection ou d'autre type (2006 : 11).

Afin de pallier la carence de ce type de programmes, des efforts ont été menés pour réduire les risques inhérents à ces procédés d'injection rudimentaires. En 1996, un programme de distribution de Javel dans l'ensemble des pénitenciers fédéraux a été mis en place par le SCC, imité ensuite par certains gouvernements provinciaux (Réseau juridique canadien VIH/sida [RJCVS] 2008). Qui plus est, il est généralement reconnu que la Javel mélangée à de l'eau ne parvient pas à éliminer le virus de l'hépatite C. [TRADUCTION] « Le virus de l'hépatite C est plus résistant que le VIH et ne peut être éliminé par le nettoyage des seringues avec de l'eau de Javel. À Vancouver, 90 % des UDI sont atteints de l'hépatite C » (Watershed Writing and Research, 1998 : 30). Bien sûr, l'utilisation de matériel de stérilisation (fourni dans les établissements fédéraux) vaut mieux que rien pour désinfecter les seringues, mais cette mesure de prévention reste néanmoins insuffisante pour réduire les risques d'infection par l'hépatite. Perçue comme une mesure d'encouragement à consommer de la drogue, la stérilisation à l'aide de Javel continue de faire débat, mais elle demeure un aspect essentiel de la réduction des méfaits, et ce, en dépit du fait qu'elle ne suffise pas à prémunir complètement les utilisateurs contre le VIH/sida ou l'hépatite C. Il n'existe, en effet, aucune preuve médicale ou scientifique qui atteste de l'efficacité de la Javel à éliminer, en totalité ou en partie, les risques liés au partage des seringues ou à d'autre matériel d'injection : si la Javel peut neutraliser le VIH, elle n'agit pas de manière efficace contre l'hépatite C.

Outre la possibilité d'obtenir de la Javel dans les prisons, le problème se pose lorsque le fait de demander du produit peut nuire à l'utilité du programme. En effet, le fait que l'UDI soit illégal dans les établissements pénitentiaires peut dissuader un détenu d'en demander par peur de faire l'objet d'une surveillance plus étroite ou de subir d'éventuelles répercussions. La peur d'être surpris par les gardiens pousse les détenus à oublier toute prudence et à prendre davantage de risques, en procédant par exemple le plus rapidement possible à l'injection et en partageant le matériel utilisé sans prendre le temps de le désinfecter. Le risque d'infection par des maladies transmissibles par le sang, telles que le VIH/sida et l'hépatite C, augmente alors considérablement.

Bien qu'on puisse se réjouir des efforts menés pour prévenir et réduire la propagation du VIH/sida et de l'hépatite C en milieu carcéral, force est de constater que les facteurs déterminants qui contribuent à l'épidémie n'ont pas reçu toute l'attention qu'ils méritent. Les professionnels de la santé ont montré du doigt le fait qu'on ne tienne pas suffisamment compte des circonstances qui poussent les détenus à faire usage de drogues injectables, c'est-à-dire de la dépendance en tant que telle. Ford et Wobeser, qui se sont penchés sur la corrélation entre la consommation de drogue et la propagation du VIH et de l'hépatite C, font un constat accablant : [TRADUCTION] « [l]e Service correctionnel du Canada ne fait manifestement pas le nécessaire pour fournir un traitement aux utilisateurs de drogues injectables ou autres » (2000 : 665). Cela contribue non seulement à perpétuer les tendances toxicomanes, mais aussi à nuire [TRADUCTION] « au traitement contre le VIH ou l'hépatite C, puisque la thérapie doit se faire parallèlement au traitement de la dépendance » (Ford et Wobeser, 2000 : 665). Les soins et les traitements inadaptés offerts aux détenus toxicomanes dans les prisons canadiennes contribuent à encourager la réutilisation des seringues et autre matériel d'injection. Les effets contre-productifs se reflètent dans les taux de prévalence d'infection à VIH et à l'hépatite C, qui sont beaucoup plus élevés

au sein de la population carcérale. La situation ne fera qu'empirer tant qu'on ne mettra pas en place des programmes d'échanges de seringues dans les milieux correctionnels.

L'UDI n'est pas considéré comme un problème majeur ni même particulièrement répandu dans les pavillons correctionnels de ressourcement, et ce, pour deux raisons. On évalue en premier lieu la volonté des résidents² à s'engager dans un processus de guérison et de suivre les programmes offerts dans les pavillons. Les problèmes liés à la dépendance sont souvent analysés avant que le résident soit accueilli au pavillon, puis ils sont réexaminés au besoin dans le cadre de son plan personnel de guérison. Les pavillons de guérison abritent une population réduite, plus soudée, ce qui rend la détention plus supportable. Les employés des deux pavillons ont expliqué que les chambres sont régulièrement fouillées, de manière à ce que la drogue et l'attirail soient rapidement découverts et saisis. Dans la plupart des cas, la drogue et les tatouages ne posaient pas de problème au sein des pavillons étudiés aux fins du présent rapport.

Rapports sexuels non protégés

Les enjeux des programmes de distribution de Javel destinés à réduire les méfaits sont comparables à ceux observés dans le cadre de programmes de distribution de préservatifs dans les prisons. Les préservatifs, les digues dentaires et les lubrifiants à base d'eau sont des moyens de prévention efficaces pour lutter contre la transmission du VIH/sida et de l'hépatite C lors de rapports sexuels. Si le SCC et certains gouvernements provinciaux offrent la possibilité d'obtenir des préservatifs, les détenus ne peuvent, dans la plupart des cas, s'en procurer discrètement ou de façon anonyme. En l'état actuel des choses, l'accès des détenus aux préservatifs n'est pas pour favoriser la réussite du programme : ils doivent en effet soit en demander au personnel, soit aller les chercher dans des endroits exposés à la vue de tous.

Comme dans la société en général, l'homosexualité n'est pas bien perçue en milieu carcéral. C'est la raison pour laquelle on parle d'« homosexualité institutionnelle » ou d'« homosexualité circonstancielle » pour parler des détenus qui ont des rapports sexuels avec d'autres détenus du même sexe. Les individus n'ayant pas la possibilité de rencontrer des personnes du sexe opposé seraient enclins à avoir des relations homosexuelles. Cet argument réduit quelque peu les préjugés sociaux sur l'homosexualité en milieu carcéral. Une étude a révélé que parmi les détenus d'un pénitencier à sécurité moyenne de Montréal, 6,1 % des hommes et 6,8 % des femmes ont déclaré avoir des rapports homosexuels (Hankins et coll., 1995). Il est possible que les détenus qui souhaitent se protéger durant leurs rapports sexuels ne le fassent pas par peur de représailles de la part du personnel pénitentiaire, ou pour éviter d'attirer l'attention sur eux. Comme pour la Javel, les détenus craignent de faire l'objet d'une surveillance accrue s'ils demandent des préservatifs. C'est la raison pour laquelle les rapports sexuels non protégés constituent la norme dans le milieu carcéral canadien (Lines, 2002a : 64). Si les résidents des pavillons correctionnels de ressourcement peuvent obtenir des préservatifs, l'accès varie néanmoins d'un centre à l'autre.

² Le terme de « résident » désigne les personnes détenues dans les pavillons de ressourcement. Ils sont également parfois appelés « membres » ou « proches » (*relatives*), ou, de façon plus informelle, « les gars » (*the guys*). Les résidents restent dans les pavillons pour une période allant de deux mois à cinq ans (voire plus), en fonction de la durée de leur peine et du fait qu'ils avaient ou non déjà commencé à la purger lors de leur arrivée au pavillon.

Tatouage

Le tatouage joue également un rôle dans la propagation du VIH/sida et de l'hépatite C en milieu carcéral. Il est interdit dans les prisons, ainsi que dans tous les autres établissements correctionnels, tels que les quatre pavillons mentionnés plus haut. Tout comme pour la drogue ou les rapports sexuels, les tatouages s'effectuent dans la clandestinité. Pallás et ses collaborateurs expliquent que, si l'usage de drogues injectables reste le principal facteur de risque de contamination par le VIH et l'hépatite C, d'autres pratiques (telles que le tatouage) sont aussi considérées comme des « facteurs de risque parentéral » (1999 : 699); c'est-à-dire que la transmission du virus peut également se faire par d'autres types d'injections intraveineuses ou intramusculaires.

De même que pour la consommation de drogue et les activités sexuelles, le détenu est, là encore, pressé par le temps. Ces tatoueurs des prisons doivent souvent travailler rapidement, sans prendre le temps de stériliser les outils, pour éviter de se faire surprendre. Comme le souligne Collins et ses collaborateurs : [TRADUCTION] « Le fait que le tatouage soit interdit dans les prisons pousse les détenus à se dépêcher pour ne pas être pris sur le fait » (2003 : 4). Si le matériel n'est pas stérilisé correctement, son utilisation peut entraîner des complications sanitaires. Le recyclage constant des encres et des seringues comporte de très grands risques de transmission du VIH et de l'hépatite C.

Très répandu en milieu carcéral, le tatouage est un phénomène dont il convient de ne pas sous-estimer les répercussions. De nombreuses études se sont d'ailleurs penchées sur la question. Parmi le grand nombre de recherches menées à l'échelle internationale sur le sujet, Collins et ses collaborateurs citent une étude canadienne qui dévoile sans ambages toute l'étendue du problème :

[TRADUCTION] Plusieurs études ont montré que le tatouage était un phénomène répandu dans les prisons canadiennes. Le *Sondage national auprès des détenus* réalisé par le Service correctionnel du Canada en 1995 a révélé que 45 % des détenus des établissements pénitenciers fédéraux se sont fait faire un tatouage durant leur détention [note de bas de page supprimée]. Dans une étude menée en 1998 au pénitencier de Joyceville en Ontario, le professeur Peter Ford indique que 57 % des détenus s'étaient fait tatouer au sein et en dehors de la prison, et que 11,1 % des détenus s'étaient fait tatouer durant leur détention uniquement » (2003 : 1).

Le tatouage en milieu carcéral comporte un risque élevé d'infection et de propagation de maladies transmissibles par le sang telles que l'hépatite C et le VIH/sida. Soucieux de renforcer ses activités de lutte contre les maladies infectieuses en milieu carcéral, le SCC a annoncé en mars 2004 la mise en place d'un projet pilote visant à rendre le tatouage plus sécuritaire. Le programme a permis de sensibiliser les détenus à l'adoption de pratiques plus sécuritaires en matière de tatouage et à la prévention des maladies. Dans les 19 mois qui ont suivi l'annonce, six établissements (Cowansville, Bath, Matsqui, Atlantic, Rockwood et Fraser Valley) se sont dotés d'ateliers de tatouage (Gaskell, 2006). Une évaluation préliminaire du projet pilote menée en 2006 avait révélé une possible diminution des risques de transmission du VIH et du VHC, mais Sécurité publique Canada a malheureusement mis un terme au projet avant que l'évaluation finale n'ait pu être terminée (Elliot, 2007).

Test et dépistage

L'impossibilité de procéder à des tests de dépistage pour le VIH de façon anonyme constitue un frein à la prévention du VIH/sida et de l'hépatite C. Lorsque le test est anonyme, on attribue un numéro à l'échantillon, ce qui permet à la personne de ne pas révéler son nom. Seule la personne correspondant au numéro sera informée des résultats du test. À l'heure actuelle, les détenus des prisons fédérales et provinciales ont généralement la possibilité de demander à effectuer un test de dépistage pour le VIH, dont les résultats seront communiqués au service de santé de la prison et au service de santé publique (Lines, 2002a). La discrimination et les préjugés dont sont victimes les personnes infectées par le VIH/sida ou l'hépatite C, tant en milieu carcéral que dans le reste de la société, dissuadent les détenus de se soumettre à des tests en l'absence de mesures de confidentialité.

Les pavillons de ressourcement n'offrent généralement pas de programme de test de dépistage pour le VIH ou pour l'hépatite C. L'un des centres avait essayé de mettre en place un système de test à domicile en faisant venir une infirmière sur place, mais les autres résidents avaient tendance à penser que les personnes se soumettant au test étaient nécessairement infectées. Aujourd'hui, les personnes souhaitant se soumettre à un test sont discrètement accompagnées à un centre de soins de santé. Il a été suggéré que le fait, pour tous les résidents, de se soumettre régulièrement à un test couperait court aux spéculations. L'anonymat complet n'est pas systématique et dépend de l'endroit où le test est effectué. Seuls les résidents se trouvant en semi-liberté à Edmonton, en Alberta, peuvent effectuer des tests anonymes à l'extérieur. Dans les zones plus reculées, la confidentialité peut être respectée, mais les résultats ne sont pas fournis anonymement. Si le test est effectué par l'intermédiaire du SCC, l'agent de libération conditionnelle est informé des résultats. Le test est effectué au sein d'un établissement correctionnel avant d'être envoyé au pavillon, puis les résultats sont acheminés directement vers le centre de soins de santé local avant d'être transférés. Aucune information n'est transmise au personnel du pavillon et les dossiers médicaux ne sont pas conservés sur place.

On demande souvent aux futurs résidents s'ils ont un quelconque problème de santé qui pourrait les empêcher de participer à l'un des programmes offerts. Ils sont également soumis à un examen médical complet avant d'être transférés dans un pavillon de ressourcement. Parmi les personnes interrogées, nombreuses sont celles qui avaient l'impression que les détenus séropositifs ne seraient sans doute pas transférés. L'un des répondants a émis l'hypothèse que les résidents ne souhaitent pas réellement savoir s'ils ont ou non contracté le VIH. Ils mettent en doute la confidentialité des tests, craignent d'être stigmatisés et de recevoir un résultat positif : « À tout prendre, il vaut mieux continuer à ne pas savoir plutôt que de subir les préjugés. »

À la question de savoir s'ils avaient déjà eu des résidents séropositifs ou atteints du sida, les participants ont donné différentes réponses, y compris au sein de l'un des pavillons, ce qui laisse à penser que la confidentialité est respectée. La plupart des employés ayant participé à l'étude ont expliqué qu'ils ne peuvent savoir si un résident a reçu un résultat positif au test pour le VIH ou l'hépatite C à moins que celui-ci ne choisisse de se confier à eux à ce sujet. L'un des employés a même conseillé aux résidents malades de ne pas parler de leur situation aux autres résidents pour éviter d'être stigmatisés. Il est arrivé une fois qu'une personne atteinte du sida et dont l'état de santé commençait à se détériorer ait demandé à avoir une chambre individuelle. Les autres résidents ont deviné pourquoi, et « les rumeurs ont immédiatement commencé à circuler, ce qui lui a causé du tort dans la mesure où il ne faisait plus confiance ni à l'organisation, ni aux

gens. » Il a ensuite dû être transféré dans une maison de transition située au sein d'une autre collectivité. Certains employés des pavillons de ressourcement ont fait savoir qu'ils souhaitaient être informés de l'éventuelle séropositivité d'un résident, tout en rappelant que cette information resterait confidentielle. Si la sécurité au travail constituait leur principale préoccupation, un des employés a toutefois fait part de son souci d'être plus à l'écoute des besoins des résidents : [TRADUCTION] « Honnêtement, ça serait bien qu'on soit informés. Ça nous permettrait d'en tenir compte dans notre travail. Le traitement peut être très lourd, et ça serait bien qu'on leur fiche un peu la paix. » Un autre répondant a également souligné que les personnes atteintes du sida peuvent être lésées s'il n'existe pas de structure de soins adaptée dans les environs du pavillon.

Un répondant a en outre soulevé une question relative aux mesures à prendre pour soutenir et conseiller lorsqu'un cas de séropositivité est avéré : [TRADUCTION] « La plupart du temps, lorsqu'une personne contracte l'hépatite C ou le VIH, elle cherche avant tout à savoir quels sont les effets de la maladie et comment vivre avec, plutôt que de s'efforcer de comprendre cette maladie, et de savoir comment elle se transmet [...]. La plupart sont mal informées [...]. Ce que j'aimerais, c'est qu'on mette en place un programme de sensibilisation obligatoire sur le VIH, les ITS, et l'EFA. Franchement, je pense qu'ils se foutent pas mal d'être ou non infectés. »

Statistiques

Statistique Canada et le Service correctionnel du Canada sont les deux organismes fédéraux chargés de collecter et de publier des données à l'échelle fédérale sur le nombre de détenus que comptent les établissements correctionnels au Canada. Statistique Canada dénombre précisément les détenus au Canada. Dans le recensement de 2006, aucune distinction n'a été faite entre les pénitenciers provinciaux et fédéraux, et seuls les détenus incarcérés au moment du recensement ont été pris en compte. Selon le ministère, on comptait, en 2004-2005, pour un jour moyen, 32 100 délinquants dans les établissements pénitentiaires provinciaux et fédéraux, et « près du tiers (30 %) des femmes et le cinquième (21 %) des hommes admis en détention après condamnation étaient d'origine autochtone » (Beattie, 2006 : 1).

D'autres études se sont cependant basées sur des chiffres tenant compte de l'ensemble des détenus au sein du milieu correctionnel. Le 5 octobre 1996, un recensement de tous les adultes détenus dans les établissements correctionnels du Canada a été réalisé en collaboration avec les instances correctionnelles fédérales, provinciales et territoriales, ainsi que le Centre canadien de la justice statistique. Les chiffres de la journée de recensement des détenus au Canada sont présentés ci-dessous dans le tableau

Tableau 4 : Recensement des détenus des établissements carcéraux canadiens (5 octobre 1996)

	Détenus	Hommes	Femmes	Non Autochtones	Autochtones	Autochtones (en %)
Total au Canada	35 847	34 156	1 694	29 586	6 108	17,04
Fédéral	13 829	13 619	210	11 865	1 964	14,2
Provincial et territorial	22 018	20 537	1 484	17 721	4 144	18,82

Source : Trevethan et coll., 1999

Système carcéral fédéral

Les personnes détenues dans les établissements pénitentiaires fédéraux relèvent directement du Service correctionnel du Canada (SCC). Ces détenus, qui se trouvent en milieu correctionnel fédéral, purgent des peines supérieures à deux ans. Selon le SCC, les Autochtones représentent actuellement environ 18 % de la population carcérale fédérale, contre seulement 4 % de la population totale au Canada (Landry et Sinha, 2008). La représentation disproportionnée de la population autochtone en milieu carcéral à l'échelle fédérale se retrouve également dans les disparités régionales dans l'ensemble du pays. Le SCC remarque en outre que :

[TRADUCTION] Les Autochtones comptent pour 20 % de l'ensemble de la population carcérale dans les établissements correctionnels pour adultes du Canada, et jusqu'à 64 % des détenus incarcérés dans les établissements du Service correctionnel du Canada (SCC) dans les Prairies [...]. Les Autochtones, qui ne représentent que 15 % de la population totale au Manitoba et en Saskatchewan, comptent pour 64 % des incarcérations dans les pénitenciers du Manitoba, et 76 % dans ceux de la Saskatchewan. (RJCVS, 2008 : feuillet n° 10).

Selon le SCC, la population carcérale autochtone en 2001 était composée de la façon suivante :

Tableau 5 : Population carcérale autochtone au 31 décembre 2001

	Sexe	Total national	Atlantique	Québec	Ontario	Prairie	Pacifique
Premières nations	Femmes	128	9	3	15	91	10
	Hommes	2 219	91	99	339	1 269	421
Métis	Femmes	50	0	1	2	43	4
	Hommes	885	9	115	35	569	157
Inuits	Femmes	4	2	0	0	2	0
	Hommes	128	17	18	53	36	4

Une journée de recensement a été organisée le 11 avril 2004 dans les pénitenciers fédéraux du Canada. Cela a permis de mettre en évidence le niveau des taux d'incarcération relativement à la durée de la peine et au pourcentage de la représentativité en milieu carcéral. Dans son dernier rapport, le SCC a synthétisé le profil des hommes autochtones, en tenant notamment compte des taux d'incarcération relativement à la durée et au pourcentage de représentativité en milieu carcéral.

Tableau 6 : Profil des détenus autochtones de sexe masculin au 11 avril 2004

	Hommes (2 193)	% des détenus
Tranche d'âge		
Moins de 18 ans	2	0,09 %
18 et 19 ans	36	2 %
20-29 ans	795	36 %
30-39 ans	748	34 %
40-49 ans	432	20 %
≥ 50	180	8 %
Purgeant une première peine dans un établissement fédéral	1 411	64 %
Durée de la peine		
Inférieure à trois ans	530	24 %
De trois à six ans	662	30 %
De six à dix ans	319	15 %
Dix ans et plus	220	10 %
Condamné à vie ou pour une durée indéterminée	462	21 %

Source : SCC (2005)

Système carcéral provincial

Les détenus incarcérés dans les établissements correctionnels provinciaux sont condamnés à des peines inférieures à deux ans. Ces journées de recensement périodiques permettent d'obtenir une vue d'ensemble du système correctionnel canadien à un moment donné. Dans son rapport 2000-2001 (voir tableau 7), Statistique Canada a dressé un profil des délinquants autochtones incarcérés dans les établissements correctionnels provinciaux. On tient compte de l'ensemble des détenus qui ont purgé une peine en milieu correctionnel au cours de l'année civile 2000. Le niveau des taux d'incarcération relativement à la durée de la peine et au pourcentage de la représentativité en milieu carcéral est également présenté dans le tableau suivant. La durée de la peine purgée par les détenus autochtones n'est cependant pas précisée : la durée médiane de la peine est déterminée sur la base des renseignements relatifs à tous les détenus recensés lors de cette journée et elle ne se limite donc pas à la seule population autochtone (Hendrick et Farmer, 2002).

Tableau 7 : Admission en détention après condamnation, caractéristiques sélectionnées, 2000-2001

	Admissions	Autochtones (%)	Âge médian	Durée médiane de la peine (en jours)
Terre-Neuve-et-Labrador	944	6,6	..	..
Île-du-Prince-Édouard	586	0,6	..	..
Nouvelle-Écosse	1 624	7,0	30	60
Nouveau-Brunswick	..	..	..	..
Québec	14 951	1,8	35	28
Ontario	30 999	8,5	32	40
Manitoba	2 901	64,0	30	90
Saskatchewan	3 219	76,0	29	119
Alberta	14 859	39,3	31	30
Colombie-Britannique	9 520	20,0	31	60
Yukon	294	72,0	31	30
Territoires du Nord-Ouest	802	..	..	..
Nunavut	229	98,0	..	..
TOTAL PROVINCIAL ET TERRITORIAL*	80 928	19,0	...	...

Note : Les taux ayant été arrondis, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués

.. indisponible pour une période de référence précise

... n'ayant pas lieu de figurer

* Exclut le Nouveau-Brunswick

Source : Hendrick et Farmer (2002 : 11)

Selon Statistique Canada, le taux d'incarcération des détenus autochtones à l'échelle provinciale et territoriale est de 19 %. Les prisons provinciales hébergent les délinquants condamnés à des peines inférieures à deux ans, ou à une peine conditionnelle. Statistique Canada, qui dénombre l'ensemble des prisons du pays, souligne :

Au Canada, l'administration des services correctionnels est répartie entre le fédéral et les autorités provinciales ou territoriales. Les services correctionnels fédéraux s'occupent des contrevenants condamnés à la détention pour deux ans et plus. Les autorités correctionnelles provinciales et territoriales sont chargées des contrevenants qui doivent purger une peine de moins de deux ans ou une peine conditionnelle, ainsi que des personnes détenues qui attendent leur procès. La proportion des causes d'adultes condamnés à l'emprisonnement est demeurée stable de 1997-1998 (33 %) à 2001-2002 (34 %). La durée moyenne de la peine était d'environ quatre mois. (2003 : para. 1 et 2).

Bien qu'on ne dispose actuellement pas de données suffisantes au sujet de la composition de la population carcérale dans les pénitenciers canadiens, les renseignements recueillis au cours de ces dernières années sur le nombre d'Autochtones détenus dans des établissements correctionnels permettent néanmoins de mieux comprendre la situation. Le rapport 2005 du Centre canadien de la statistique juridique a révélé l'importance de détenir des données précises au sujet de la population autochtone en milieu carcéral :

En l'absence de données fiables sur les contacts des Autochtones avec le système juridique, les gouvernements ne peuvent être responsables devant les communautés autochtones et le public de l'aboutissement des interventions du système juridique auprès des Autochtones. Ces données sont nécessaires si l'on veut assurer la transparence, l'accessibilité et l'équité du système juridique, et elles sont particulièrement importantes dans le cas des Autochtones, qui sont grandement surreprésentés dans ce système. (Kong et Beattie, 2005 : 7)

Prévalence du VIH/sida et de l'hépatite C, et co-infection au sein du système correctionnel

Les renseignements divulgués dans cette partie reposent essentiellement sur les statistiques compilées par le SCC. Y sont en outre présentés, comme on l'a précédemment mentionné, le point de vue et les expériences du personnel des pavillons de ressourcement autochtones.

VIH/sida

Si une distinction est généralement faite entre le VIH et le sida, on peut cependant déplorer que la littérature étudiée n'en ait pas tenu compte dans ces estimations au sein du système correctionnel. Certaines études se sont par ailleurs contentées de donner le pourcentage des personnes atteintes du VIH, omettant les détenus touchés par le sida.

Dans le système fédéral de détention du Canada (où l'on purge des peines de plus de deux ans), le nombre de cas rapportés de VIH/sida est passé de 24 en 1989, à 170 en 1996, puis à 204 en 2005. Cela signifie que l'on sait qu'en 2005, 1,66 % des détenus

d'établissements fédéraux étaient officiellement reconnus comme étant séropositifs [...]. Dans les établissements provinciaux, le nombre de détenus atteints par le VIH est également en hausse. En Colombie-Britannique, une enquête menée en 1993 dans toutes les prisons pour adultes de la province a révélé une séroprévalence au VIH de l'ordre de 1,1 %. Cette étude n'a pas fait l'objet d'un suivi, mais un rapport publié en 1996 sur les cas les plus récents dans les prisons provinciales de C.-B. indique que plusieurs établissements affichent une séroprévalence comprise entre 2 et 20 % (RJCVS, 2008 : feuillet n° 1).

Le SCC recense, à la fin de l'année 2004, 188 cas de VIH (soit 1,43 %) au sein des pénitenciers fédéraux (Smith, 2006). Le taux reste relativement bas, et la mise en garde faite par le SCC en 2003 semble être toujours d'actualité : « Les données sur le pourcentage de détenus qui ont passé les tests de dépistage pour le VIH et le VHC révèlent que jusqu'à 70 % des détenus ne subissent peut-être jamais ces tests. Il est donc fort probable que le fardeau de ces maladies dans les établissements correctionnels fédéraux soit grandement sous-estimé » (SCC, 2003 : 3). Le fait que 70 % des détenus des pénitenciers fédéraux ne fassent pas l'objet de dépistage rend difficile l'obtention de données quantitatives fiables par rapport à la prévalence du VIH/sida et de l'hépatite C au sein de la population carcérale. Un projet pilote a été lancé en 2004 pour mettre à l'essai trois nouveaux formulaires pour la surveillance et le dépistage, et 888 nouveaux détenus répartis dans cinq régions du SCC ont participé au projet. Parmi eux, 77 % ont été testés pour le VIH, et cinq ont reçu un résultat positif (Smith, 2007). Cependant, des données non publiées issues du Système de surveillance des maladies infectieuses du SCC montrent que « la prévalence globale de l'infection par le VIH parmi les nouvelles admissions atteignait 2,97 % en 2004, et 2,76 % en 2005 » (Smith, 2007 : 12).

L'analyse de la littérature n'a pas permis de trouver d'étude traitant spécifiquement des taux de prévalence du VIH/sida au sein de la population carcérale autochtone. Les études sur le sujet ont jusqu'à présent été rédigées à la lumière de syllogismes fondés sur l'observation de la population générale : étant donné que les taux de prévalence du VIH/sida sont extrêmement élevés au sein des collectivités autochtones et que la population carcérale compte souvent de nombreux Autochtones, on peut en déduire que les taux de prévalence du VIH/sida sont probablement extrêmement élevés parmi les détenus autochtones.

[TRADUCTION] Le nombre élevé d'Autochtones, les forts taux d'UDI [usage de drogues injectables] et le partage des seringues, la présence du VIH et la proportion grandissante de cas de sida chez les Autochtones attribuables aux drogues injectables en milieu carcéral sont autant d'éléments qui laissent présager l'émergence d'une épidémie de VIH dans les collectivités autochtones. La représentation disproportionnée des Autochtones en milieu carcéral pose un sérieux problème qui a pour origine une injustice sociale [note de bas de page supprimée]. Le rôle de l'incarcération dans la propagation du VIH au sein des collectivités autochtones n'a pas encore été reconnu (Lachmann, 2002 : 1592)

Il convient néanmoins de rappeler que les chiffres relatifs à la prévalence du VIH n'ont pas de portée nationale dans la mesure où les deux plus grandes provinces, l'Ontario et le Québec, ne font pas mention de l'origine ethnique dans les rapports de surveillance du VIH qu'elles remettent à l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC, 2007).

Tandis que, selon toute vraisemblance, seule la moitié des nouveaux détenus est soumise à un test de dépistage (ASPC, 2007), il apparaît urgent d'apporter une réponse efficace à la question du VIH dans les prisons, et le milieu carcéral doit s'efforcer d'agir en ce sens.

Dans l'ensemble de la population canadienne, environ une personne sur 600 vit avec le VIH (approximativement 50 000 personnes séropositives sur 30 millions d'habitants); or dans les prisons, diverses études ont recensé des taux de séropositivité qui vont de 1 détenu sur 100, jusqu'à 1 sur 9. Ainsi, la proportion de personnes vivant avec le VIH en prison est entre 6 et 70 fois plus élevée que dans l'ensemble de la population canadienne.

La prévalence du virus de l'hépatite C (VHC) en prison atteint des taux encore plus élevés et elle a continué de croître depuis 1996. Dans l'ensemble, 19,2 % des détenus de ressort fédéral et 41,2 % des femmes incarcérées étaient connus comme ayant le VHC (en décembre 2000) (Lines, 2002b : iii).

Dans les entrevues qu'il a menées auprès du personnel des pavillons de ressourcement, le RCAS n'a pas cherché à savoir combien de résidents actuels ou anciens étaient séropositifs, car la confidentialité pourrait se trouver compromise en raison du nombre peu élevé de résidents. Il a, en revanche, demandé aux participants s'ils avaient déjà eu des résidents séropositifs ou malades du sida. En règle générale, les pavillons de ressourcement ne sont pas équipés pour accueillir des personnes ayant de graves problèmes de santé. Il est cependant arrivé une fois qu'un détenu atteint du sida réponde aux critères de sélection d'un pavillon de ressourcement. Au début, le personnel n'était pas enchanté à l'idée de l'accueillir, mais une infirmière est venue sur place pour effectuer un atelier de sensibilisation sur le sida auprès des employés et des résidents : [TRADUCTION] « L'atelier a duré presque toute la journée, et s'est naturellement bien déroulé. Beaucoup de renseignements ont été fournis, ce qui a permis de rassurer un peu tout le monde ». Cette personne a, par la suite, été acceptée au pavillon. Dans un autre pavillon, on a également fait mention d'un ancien résident qui avait parlé de sa séropositivité à un compagnon de chambre et qui avait ensuite dû faire face aux brimades et aux préjugés.

La plupart des personnes interrogées connaissaient les précautions élémentaires à prendre et ont mentionné le fait de se laver les mains, de porter des gants en caoutchouc dans la cuisine, de se munir de gants pour manipuler les trousseaux de premiers soins, de désinfecter quotidiennement les douches et de laisser des préservatifs à la disposition des résidents. Si, dans l'un des pavillons, les résidents doivent demander des préservatifs aux employés, ils peuvent généralement s'en procurer plus facilement dans les autres pavillons ou en acheter lors de leurs permissions. Il n'est pas rare que les résidents en provenance d'autres établissements soient sensibilisés à la réduction des méfaits et qu'ils disposent de trousseaux de désinfection. Certains résidents souffrant de diabète possèdent le matériel nécessaire pour s'injecter de l'insuline. Bien que la plupart des participants aient expliqué avoir participé à des séances de sensibilisation au VIH, la majeure partie d'entre eux ont expliqué qu'ils désiraient être mieux formés et mieux informés.

Virus de l'hépatite C (VHC)

Le VIH/sida est certainement un grave problème, mais l'émergence du VHC en milieu carcéral est à l'origine d'une autre crise sanitaire. Ford et ses collaborateurs remarquent de manière générale

qu'[TRADUCTION] « il a récemment été reconnu que la prévalence de l'hépatite C dans les prisons était beaucoup plus importante qu'au sein de la population générale » (2000 : 113). Pour certaines maladies, dont le VHC, [TRADUCTION] « nous atteignons les niveaux que l'on retrouve généralement dans les pays en développement » (Ford et Wobeser, 2000 : 665).

Les études qui portent sur la propagation de l'hépatite C chez les détenus font état de taux de prévalence beaucoup plus élevés que pour le VIH. Les personnes interrogées dans les pavillons de ressourcement ont, pour la plupart, indiqué qu'elles avaient déjà eu affaire à des résidents atteints du VHC. Les séries de feuillets publiés par le Réseau juridique canadien VIH/sida (RJCVS) sur le VIH et l'hépatite C en milieu carcéral montrent bien toute l'étendue du problème : « Les études menées au début et au milieu des années 1990 dans les prisons canadiennes indiquent que la prévalence du VHC se situe entre 28 et 40 % (2008 : feuillet no 1). Les études portant sur les variations des taux élevés d'infection par le VHC au cours de ces dernières années indiquent une dégradation de la situation. »

Abstraction faite des taux mentionnés par le RJCVS datant de la première moitié des années 1990, certains faits semblent montrer que la prévalence du VHC n'a pas réellement évolué au cours des dernières années. En effet, le SCC a rendu publics des chiffres qui attestent le fait que la prévalence du VHC se maintient. « La prévalence du VHC dans les pénitenciers du SCC est beaucoup plus élevée que dans l'ensemble de la population canadienne et [...] elle est plus élevée chez les femmes (33,7 %) que chez les hommes (25,2 %). Dans l'ensemble, 25,8 % des détenus sous responsabilité fédérale étaient infectés par le VHC à la fin de 2002 » (Smith, 2005 : 9). Ces chiffres sont calculés sur la base du nombre total de détenus atteints du VHC (3 173) dans les pénitenciers fédéraux en 2002 (RJCVS, 2008). La similitude des taux observés par le RJCVS et par le SCC confirme le fait que le VHC constitue aujourd'hui encore un problème sanitaire de taille au sein de la population carcérale du Canada.

Pour mesurer l'étendue de l'épidémie, il est important de connaître le nombre d'infections par le VHC, mais, comme le laissent entendre Lines et ses collaborateurs, le nombre réel de personnes atteintes pourrait être beaucoup plus élevé. Citant un rapport du SCC, les auteurs mettent en garde contre le fait que « le VHC pourrait être sous-déclaré parce que « [l]es personnes qui risquent le plus d'être infectées sont peut-être moins susceptibles de se faire tester, ce qui peut entraîner des schémas de dépistage tendancieux et la transmission continue de l'infection » » (SCC, 2003 : 21, cité par Lines et coll. 2006 : 10).

Des efforts ont été menés pour réduire les biais et les erreurs statistiques des données relatives à la propagation du VHC. « Le nombre de nouvelles admissions et de détenus faisant partie de la population carcérale générale qui a subi un test de dépistage pour le VHC au SCC est en hausse constante depuis 2000 [...]. Bien qu'il s'agisse d'une donnée encourageante, il importe de demeurer vigilant en ce qui concerne le dépistage du VHC » (Smith, 2005 : 9). Il convient de garder à l'esprit, lorsqu'on analyse les données et les statistiques relatives aux taux et aux nombres de détenus infectés, qu'en l'état actuel des choses, ces chiffres peuvent se trouver en deçà de la réalité. Des efforts pour combler ces lacunes sont néanmoins faits par les différentes parties chargées de s'occuper de cette partie de la population (telles que le RCAS).

Bien qu'on ne dispose que de peu de données au sujet de la prévalence du VHC au sein de la population autochtone, tout porte à croire que le virus est très présent et que ses effets sont importants. Dans le rapport spécial préparé à l'intention du Parlement, la Commission canadienne des droits de la personne souligne :

La santé de tous les détenus est gravement mise en jeu par la transmission de maladies infectieuses, y compris le VIH et l'hépatite C. Toutefois, « les femmes et les Autochtones ont été identifiés comme des populations vulnérables à l'infection par le VIH et par l'hépatite C au Canada » [...] D'ailleurs, le taux d'infection chez les délinquants purgeant une peine fédérale est peut-être encore plus élevé qu'on le croit, car ce ne sont pas tous les délinquants qui subissent des tests. Il n'existe aucune donnée sur les taux d'infection par le VIH et par l'hépatite C chez les délinquantes autochtones (2003 : 38).

Le personnel des pavillons de ressourcement a admis avoir eu affaire à un plus grand nombre de résidents atteints de l'hépatite C que du VIH/sida. Ils ont constaté que les préjugés concernant l'hépatite C étaient moins répandus, ce qui permet d'instaurer un climat d'ouverture qui fait que les résidents concernés ne cherchent pas à tout prix à dissimuler leur état de santé. L'un des répondants a remarqué que le fait d'aborder le sujet aide à renforcer l'esprit d'appartenance à la communauté entre les résidents et à dissiper les préjugés. Lutter contre les préjugés et la discrimination contribue également à instaurer un climat de confiance. Des traitements de l'hépatite C (interferon) sont généralement disponibles et peuvent être suivis dans la plupart des pavillons. Les résidents ont aussi accès à des plantes utilisées dans la médecine traditionnelle, telles que le chardon Marie, qui sert à purger le foie. Les traitements traditionnels, qui consistent notamment à renforcer le système immunitaire en adoptant un régime alimentaire particulier, ou à favoriser des sudations, sont encadrés par les Aînés et les guérisseurs.

L'un des problèmes que rencontrent les employés des pavillons lorsqu'ils apprennent qu'un résident est atteint d'hépatite C concerne la cuisine : « C'est le seul problème que ça pose : on ne les laisse pas s'occuper de la cuisine. On met en place un processus de rotation pour que la personne ne soit pas tenue à l'écart. » Un autre répondant renchérit : « Ici tout est fait dans l'urgence. On porte généralement des gants dans la cuisine, mais il arrive qu'on se coupe. » Nombreux sont ceux qui, parmi les participants, ont exprimé le besoin d'être mieux informés sur la façon dont se transmet l'hépatite C. Quelques personnes ont également soulevé un certain nombre de points concernant les cérémonies de la suerie. Dans les huttes de sudation, le calumet est partagé à la fin de la cérémonie, de même que des aliments sudorifiques et de l'eau. « La nourriture sudorifique fait le tour des personnes présentes. Il n'est pas nécessaire d'en manger, on peut aussi en prélever une petite quantité qu'on dépose sur les pierres. » Des inquiétudes demeurent sur le caractère dangereux du partage de la nourriture, de l'eau et du calumet. Ils souhaiteraient que les Aînés se réunissent et abordent le problème avec une personne qui soit en mesure de leur dire par exemple s'il existe un risque d'attraper l'hépatite C en partageant le calumet. Être mieux informé pourrait diminuer les craintes et permettre de modifier les pratiques si nécessaire. Mais cela n'est pas sans poser de problème : une personne a, par exemple, expliqué qu'on pourrait utiliser des embouts en plastique amovibles, mais que cela est considéré comme un sacrilège. Les préoccupations au sujet de la propagation du VHC sont accentuées par le fait que les stratégies de réduction des méfaits du VIH semblent ne pas être aussi efficaces pour l'hépatite C. Comme le font remarquer Leonard et ses collaborateurs :

Des taux d'incidence et de prévalence élevés du VHC ont été signalés dans un certain nombre d'études en dépit de la mise en œuvre apparemment répandue de stratégies de réduction des risques qui semblent avoir permis de maintenir effectivement un taux faible ou plus faible de prévalence du VIH. En particulier, la séroconversion pour le VHC parmi des participants à des programmes de réduction des méfaits porte à croire que

la prévention axée spécifiquement sur la transmission du VIH n'est que partiellement efficace pour ce qui est de prévenir l'infection par le VHC chez les UDI (2001 : 61).

Co-infection par le VIH et l'hépatite C

Peu d'études se sont penchées sur l'apparition de la co-infection par le VIH/sida et l'hépatite C au sein de la population carcérale du système correctionnel canadien. Dans la majeure partie des cas, les taux de prévalence du VIH/sida et de l'hépatite C en milieu carcéral sont analysés séparément et la recherche sur la co-infection par ces deux virus est limitée. Un certain nombre d'études menées au Canada et dans le reste du monde offrent néanmoins quelques connaissances rudimentaires sur la question.

Pallás et ses collaborateurs ont procédé à une étude transversale pour déterminer la prévalence et les facteurs de risque de co-infection par le VIH, l'hépatite B (VHB) et l'hépatite C. Bien que l'étude se limite au Nord de l'Espagne, les résultats obtenus permettent néanmoins d'avoir une meilleure vision de la co-infection par le VIH/sida et l'hépatite C en milieu carcéral. [TRADUCTION] « La prévalence de la co-infection par le VHB et le VHC (42,5 %) est supérieure à celle de la co-infection par le VIH, le VHB et le VHC (37,3 %), tandis que les mono-infections sont beaucoup moins répandues (13 % au total) » (1999 : 699). Il est plus probable qu'un détenu infecté par l'un de ces virus soit également atteint par un autre virus tel que l'hépatite C. Cette étude a permis de mettre le doigt sur le réel problème que constitue la co-infection par le VIH/sida et l'hépatite C, ce qui nécessiterait de faire l'objet d'une plus grande attention.

Compte tenu de la rareté des données relatives aux cas de VIH ou d'hépatite C, il est difficile d'en estimer le nombre de façon précise. Comme le remarque justement Remis dans son étude sur le sujet : « Notre analyse comporte une part d'incertitude qui tient essentiellement à l'absence de données sérologiques précises concernant les personnes doublement infectées au Canada. Quoi qu'il en soit, le nombre de personnes co-infectées par le VHC et le VIH au Canada est sans contredit considérable » (2001 : i). L'auteur a non seulement étudié la prévalence de la co-infection par l'hépatite C et le VIH dans tout le Canada, mais il s'est aussi efforcé de déterminer le nombre approximatif de cas de co-infection par l'hépatite C et le VIH au sein de la population carcérale et parmi les Autochtones.

Il n'a, jusqu'à présent, pas été possible de se faire une idée précise de la prévalence de la co-infection par l'hépatite C et le VIH parmi les Autochtones détenus dans les prisons canadiennes. Les niveaux de co-infection par l'hépatite C et le VIH en milieu carcéral et au sein de la population autochtone au Canada n'en demeurent pas moins préoccupants. Dans son étude, Remis estime à 1 477 le nombre d'Autochtones co-infectés par le VIH et l'hépatite C en décembre 1999, dont 611 se trouvaient en détention. Il en a déduit que la majorité des personnes co-infectées étaient des utilisateurs de drogues injectables. Il a également constaté que, parmi les Autochtones co-infectés, 87 % étaient des hétérosexuels utilisateurs de drogues injectables, et 10 % étaient des hommes utilisateurs de drogues injectables qui avaient des rapports sexuels avec d'autres hommes. On peut raisonnablement estimer que 98 % des détenus co-infectés sont, eux aussi, des utilisateurs de drogues injectables.

Corrélation entre les séquelles du régime des pensionnats, le VIH/sida et les détenus autochtones

Nombreux sont les employés des pavillons de ressourcement qui, au cours des entretiens, ont dénoncé les répercussions liées à l'expérience des pensionnats comme étant un problème social, et étaient convaincus que la solution se trouvait entre les mains de la collectivité qui doit, selon eux, s'efforcer d'apporter une réponse collective plutôt qu'individuelle. La guérison implique donc des éléments tels que le fait de réapprendre à parler la langue, à se réimprégner de la culture et, pour reprendre l'expression d'un participant, à réapprendre [TRADUCTION] « les bonnes vieilles habitudes ». Un autre répondant a mentionné le besoin d'intervenir à l'échelle des collectivités plutôt que de se limiter à l'individu : [TRADUCTION] « nous devons continuer de sensibiliser les familles, tout en restant à l'écoute et en aidant les gens qui tentent de se nuire à eux-mêmes [...]. Toutes les collectivités devraient disposer d'une personne affectée à la prévention du suicide [...] et il nous faut des centres de ressourcement pour les jeunes ».

Le traumatisme laissé par le régime des pensionnats a donné lieu à l'adoption de modes de comportements qui multiplient les risques de transmission du VIH/sida. Kirmayer, Brass et Tait soulignent, pour leur part, que [TRADUCTION] « les taux élevés de suicide, d'alcoolisme, de violence et de démoralisation généralisée au sein des collectivités autochtones peuvent être aisément perçus comme la conséquence directe d'une histoire de démantèlement et de bouleversement des modèles de subsistance traditionnelle et d'harmonie avec la nature » (2000 : 609). Comme on l'a mentionné plus haut, la violence et l'abus de substances comme stratégie d'adaptation aux expériences traumatisantes des pensionnats, ainsi que le démantèlement et les bouleversements vécus, augmentent le risque d'être mêlé à des activités qui aboutissent à l'incarcération.

En d'autres termes, l'accroissement du risque de contamination par le VIH ou l'hépatite C est lié à des comportements et à des conditions sociales qui découlent généralement des séquelles laissées par les pensionnats qui peuvent persister pendant des générations. En outre, parmi les détenus autochtones, nombreux sont ceux qui ont connu les pensionnats ou les familles d'accueil. Dans certains cas, les parents ou les grands-parents, voire les deux, ont eux aussi fréquenté les pensionnats. Lorsqu'on leur a demandé de réagir à ce sujet, les répondants des pavillons de ressourcement se sont accordés pour reconnaître l'importance des répercussions causées par les pensionnats : [TRADUCTION] « On estime que dans 98 % des cas, au moins un des parents ou des grands-parents des résidents a fréquenté les pensionnats ». Certaines des personnes interrogées étaient des Survivants. Une personne a dit : « On ne naît pas pour aller en prison. C'est la conséquence directe du régime des pensionnats et des familles d'accueil. » Une autre a ajouté : [TRADUCTION] « La source vient de problèmes comme la violence sexuelle. Il y a beaucoup de ressentiment, et les gens ne comprennent pas ce qui se passe ». D'autres disent avoir observé les effets principalement chez la nouvelle génération : [TRADUCTION] « Ce qui est effrayant, ce sont les répercussions qui se transmettent aujourd'hui d'une génération à l'autre ». [TRADUCTION] « La Fondation autochtone de guérison a pris ou soutenu de nombreuses initiatives, et a formé beaucoup de gens à travailler avec les Survivants. Il faudrait que cela se poursuive pour les problèmes qui se transmettent de génération en génération. »

Le personnel des pavillons de ressourcement considère que de nombreux problèmes individuels et sociaux ont pour origine le régime des pensionnats et des familles d'accueil, notamment : les comportements parentaux à risque; la perception déformée de la famille et de la femme; l'institutionnalisation; la perte

de la sexualité; l'oubli de la langue, de la culture et des traditions; les dépendances; le suicide; le cycle de violences au sein des familles et des collectivités; la perte du savoir traditionnel (comme l'interprétation des rêves ou l'utilisation de plantes médicinales); la disparition des liens et des repères; la défiance; et un profond ressentiment émanant des nombreuses pertes et violences subies.

Lorsqu'on leur a demandé comment ils recueillaient les témoignages relatifs au régime des pensionnats, les employés de deux pavillons ont expliqué qu'ils avaient pris l'habitude durant le processus de prise en charge de poser des questions aux résidents sur leur expérience des pensionnats et des familles d'accueil. Le centre de ressourcement Waseskun a notamment établi une série de questions précises pour savoir si le résident compte des Survivants parmi ses parents ou ses grands-parents. Dans les autres pavillons, l'information est recueillie de différentes manières, soit que le dossier du résident en fait mention, soit que le résident lui-même en parle lors d'une séance d'orientation ou dans le cadre d'un autre programme.

Si les effets du régime des pensionnats, et notamment les répercussions au fil des générations, sont effectivement reconnus, certains répondants y accordent cependant plus d'importance que d'autres. En effet, le pensionnat est dans certains cas considéré comme un seul problème parmi les nombreux autres auxquels font face les Autochtones qui enfreignent la loi : effets ou syndrome d'alcoolisation foetale (E/SAF), phénomène de bandes, jeux d'argent, abus d'alcool et de drogue, problèmes relationnels et violence. L'une des difficultés que pose le fait de travailler avec des personnes incarcérées est qu'elles sont souvent touchées par de multiples problèmes. L'un des répondants a déclaré : [TRADUCTION] « Si je pouvais juste savoir dans quelle mesure cela a plus d'impact que le phénomène de bande [...] j'ai l'impression qu'il y a beaucoup de problèmes qui sont tus au fil du temps. » Cette personne, ainsi que quelques autres, a souligné que l'E/SAF restait le plus grand défi, notamment à cause du fait qu'il n'est, dans la plupart des cas, pas diagnostiqué, car [TRADUCTION] « rien ne prouve que des tests sont effectués au SCC. Le SCC est à la traîne sur ce point. » D'autres ont fait savoir que l'E/SAF et le faible niveau d'alphabétisation de certains résidents devaient être pris en considération lors de la conception de documents d'enseignement public et dans la mise en place de programmes.

Les problèmes liés au régime des pensionnats sont traités de manière directe au centre de guérison Waseskun dans le cadre du programme Waseya pour les délinquants sexuels, et de manière indirecte dans d'autres pavillons au moyen de rencontres avec des Aînés, de programmes axés sur les rapports interpersonnels et sur la détresse et grâce au programme « In Search of Your Warrior ». Ces programmes intègrent l'idée que le régime des pensionnats et des familles d'accueil se trouve à l'origine de nombreux problèmes d'ordre personnel, familial et communautaire. La présence des Aînés, les sudations et les cérémonies sont perçues comme étant particulièrement efficaces pour lutter contre les séquelles laissées par les pensionnats. Lorsqu'on leur a demandé s'ils pensaient que le pavillon dans lequel ils travaillent était en mesure de traiter les problèmes découlant du régime des pensionnats, la majeure partie des participants ont répondu par l'affirmative :

[TRADUCTION] On fait notre possible. On offre le programme « In Search of Your Warrior » et on tient compte des répercussions sur les générations suivantes. Ce n'est pas quelque chose qu'on peut prendre à la légère. [...] on est toujours tributaires des séquelles laissées par les pensionnats. Le programme de relations tente d'apporter une réponse à ce problème, tout comme il s'efforce de trouver une solution à d'autres enjeux tels que les relations parentales, conjugales et familiales. Les Aînés se penchent sur ces problèmes.

De nombreux répondants ont le sentiment qu'ils gagneraient à être mieux informés sur le sujet en ayant accès à davantage de formation, de renseignements et de ressources. Ils se sont dits prêts à assister à des ateliers, ou à envoyer d'autres employés y participer, s'ils étaient offerts dans leur secteur. Un répondant a cependant fait valoir que certains résidents cherchaient peut-être à donner à tout prix un nom à tous leurs problèmes et que le régime des pensionnats était un coupable tout trouvé : [TRADUCTION] « Le régime des pensionnats n'est qu'une étiquette qui masque un autre dysfonctionnement. Ils veulent lui donner un nom, blâmer la société, et faire porter le chapeau à quelqu'un d'autre. »

La question des programmes de compensation et des indemnités versées aux personnes a été abordée à quelques reprises, une fois positivement, et deux fois négativement. Un répondant a déclaré que [TRADUCTION] « ça n'améliore en rien la qualité de vie [...]. C'est comme de frapper un enfant au visage et de s'excuser ensuite en lui donnant vingt dollars. L'argent ne résout pas les effets psychologiques et sociaux. » Il a ajouté qu'il fallait instaurer des services de soutien et une forme de psychothérapie régie par la collectivité.

Il est indéniable que les effets de l'assimilation des peuples autochtones au Canada ont transcendé les générations. Une grande partie des études sociologiques menées ont examiné les répercussions des changements qui ont fait voler en éclats la structure sociale et qui l'ont ainsi rendue inopérante. Les pensionnats constituent une explication plausible à un grand nombre de problèmes auxquels font face les populations et les collectivités autochtones, notamment en ce qui concerne les taux d'incarcération très élevés. Les personnes travaillant dans les pavillons de ressourcement considèrent toutefois les séquelles laissées par les pensionnats comme un problème parmi tant d'autres; ces séquelles peuvent avoir, selon eux, moins de répercussions immédiates que le phénomène de bande, l'E/SAF ou les dépendances. D'autres voient davantage dans le régime des pensionnats et le placement forcé des enfants dans des familles d'accueil l'origine du malaise qui a bouleversé l'ordre social, effrité la structure familiale et engendré violences et abus. Comme au sein de n'importe quel groupe, les personnes travaillant dans les pavillons de ressourcement autochtones ont chacune un bagage et un vécu différents : certains ont eux-mêmes connu les pensionnats, d'autres ont dans leur famille des personnes qui y sont allées, ou encore n'ont aucun rapport avec le sujet. La plupart ont cependant manifesté le désir d'avoir plus de ressources, de réseaux, de références et de possibilités de participer à des ateliers afin de pouvoir s'adapter au taux de roulement tant chez les employés que chez les résidents. Quelques personnes ayant le sentiment que la question des pensionnats est correctement abordée au sein de leur pavillon ont fait savoir que le fait de recevoir davantage d'information pourrait leur être bénéfique sur le plan personnel.

Kirmayer, Simpson et Cargo proposent plusieurs façons de traiter les problèmes de fonds liés aux répercussions du régime des pensionnats :

[TRADUCTION] Comprendre ce qu'implique l'histoire [de l'assimilation et des pensionnats] pour la santé mentale et le bien-être nécessite que soit établi un schéma de répercussions d'une génération à l'autre, du changement culturel, de l'oppression et de la violence structurelle [...]. Le traitement des problèmes de santé mentale, la prévention et la promotion de la santé au sein des populations autochtones doivent être axés sur la famille et la collectivité en tant qu'origine du préjudice et point de départ de la guérison et du rétablissement.

L'identité individuelle et l'estime de soi, qui sont des composantes essentielles de la santé et du bien-être, peuvent s'ancrer dans l'identité collective pour y puiser leur force [...]. La promotion de la santé mentale chez les Autochtones doit donc dépasser la sphère individuelle pour renforcer les collectivités et les inciter à se mobiliser. L'identité autochtone peut constituer en elle-même un remarquable instrument de promotion de la santé mentale. La conscience de vivre sur une terre, au sein d'une collectivité, l'interdépendance des éléments et la mémoire historique sont autant de facteurs de résilience [...]. Seules les démarches fondées sur la collaboration et axées sur le partage des connaissances, des compétences, du pouvoir et de l'autorité peuvent espérer transcender [le cadre de violence structurelle, de racisme et de marginalisation]. (2003 : S21–S22).

Travail de sensibilisation au VIH/sida et au virus de l'hépatite C mené en milieu carcéral par le mouvement autochtone de lutte contre le VIH/sida

Le mouvement autochtone de lutte contre le VIH/sida au Canada, relativement récent en comparaison d'autres organisations non autochtones s'activant dans le domaine depuis plus de 20 ans, s'est fait une place dans la lutte contre le VIH/sida et l'hépatite C en milieu carcéral. Le VIH/sida est de plus en plus associé à la dépendance. L'usage de drogues comporte en effet un risque d'infection ou de co-infection par l'hépatite C lorsque les seringues ou autre matériel d'injection sont partagés.

L'un des principaux acteurs du mouvement est le Réseau canadien autochtone du sida (RCAS), anciennement connu sous le nom de *National Aboriginal Persons living with HIV/AIDS Network* (NAPHAN) [Réseau national d'Autochtones vivants avec le VIH/sida]. En 1997, l'organisation est devenue le RCAS et a ouvert un petit bureau à Ottawa. Chargé de guider Santé Canada et l'Agence publique du Canada dans l'adoption de leurs politiques, le Conseil national autochtone sur le VIH/sida (CNAVS) s'est également hissé, au cours des dernières années, sur le devant de la scène.

En 1997 est paru le rapport du comité national sur le VIH, le sida et l'usage de drogues injectables (*Report of the National Task Force on HIV, AIDS and Injection Drug Use*, Hankins, 1997) qui comprend les recommandations suivantes en ce qui a trait aux Autochtones :

[TRADUCTION]

1. des données factuelles doivent être régulièrement recueillies et la qualité doit être revue [...];
2. les spécificités culturelles doivent être reconnues et évaluées [...];
3. les efforts menés pour apporter une solution aux problèmes complexes doivent être coordonnés (1997 : Aboriginal Peoples).

Depuis sa création, le RCAS a mis en place plusieurs projets relatifs aux problèmes que posent le VIH/sida et l'hépatite C chez les détenus autochtones, une préoccupation conforme au mandat de l'organisation. En 1997, le RCAS, qui a commencé par mettre en œuvre des initiatives à l'échelle nationale, a procédé à une évaluation des besoins dans le cadre de la phase I du projet *Rejoindre le cercle*, mis en place sous l'égide de la Direction générale des services médicaux (DGSM) de Santé Canada (aujourd'hui connue sous le nom de Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits - DGSPNI). L'évaluation des besoins a été effectuée sur six sites urbains et dans deux établissements correctionnels fédéraux.

L'échantillon comprenait 12 détenus sur un total de 126 personnes. Les résultats obtenus ont permis d'élaborer un modèle autochtone de réduction des méfaits. Ce modèle comporte quatre volets essentiels à la mise en place d'un programme global, à savoir : l'échange de seringues, la distribution de préservatifs, le traitement de maintien à la méthadone et l'orientation. Il a fallu tenir compte du fait que seuls certains de ces éléments ont pu être étudiés dans les établissements correctionnels et que leur mise en œuvre à grande échelle s'est heurtée à différents obstacles.

De 2000 à 2003, le RCAS a également travaillé en partenariat avec l'Université Sir Wilfred Laurier sur la phase II du projet *Rejoindre le cercle* qui a permis d'élaborer un guide destiné à soutenir la mise en place de programmes de réduction des méfaits. Le RCAS a également encadré l'initiative « *Cercles des gardiennes du savoir* » (Barlow, Serkiz et Fulton, 2001) qui est un manuel de formation par des pairs élaboré à l'intention des détenus autochtones. Il donne des orientations générales pour inciter les détenus à agir auprès de leurs codétenus en abordant la question du VIH/sida et de l'hépatite C dans les prisons.

En 2006, le RCAS (2007) a proposé de former des prestataires de services, notamment ceux travaillant au sein des pavillons correctionnels de ressourcement, à l'aide d'un manuel intitulé « *Marche avec moi sur les voies vers la santé : Modèle de prestation de services en réduction des méfaits* ».

En 2001, plusieurs organismes autochtones impliqués dans la lutte contre le VIH/sida se sont mobilisés pour élaborer une stratégie autochtone destinée aux établissements fédéraux. Cet organe communautaire consultatif disposait de solides connaissances et d'une longue expérience. À la suite d'une intervention du gouvernement, il a cependant été remplacé en février 2005 par de nouveaux responsables qui, pour certains, étaient loin de posséder autant d'expérience. L'actuel plan de travail n'a, en conséquence, pas d'objectifs mesurables de portée générale. En outre, des organismes clés (dont le Réseau canadien autochtone du sida) qui s'étaient pourtant efforcés d'exécuter certaines des priorités définies l'année précédente n'ont pas été conviés à une réunion organisée en décembre 2005. Ce manque de cohérence a des répercussions directes et peut nuire à la mise en œuvre d'initiatives sur le VIH/sida au sein des établissements fédéraux.

Nombreux sont les organismes membres du RCAS qui ont mis en place des programmes de sensibilisation des détenus ou d'échange de seringues. Parmi eux, on distingue notamment :

- ✦ l'*Healing Our Spirit BC Aboriginal HIV/AIDS Society* à Vancouver, en Colombie-Britannique;
- ✦ le *Positive Living North* (anciennement appelé *AIDS Prince George*) à Prince George, en Colombie-Britannique;
- ✦ le *Kimamow Atoskanow Foundation* à Onoway, en Alberta;
- ✦ l'*All Nations Hope HIV/AIDS Network* à Regina, en Saskatchewan;
- ✦ le *Blood Ties Four Directions Centre* à Whitehorse, au Yukon;
- ✦ le *Red Prairie AIDS Project* à Brandon, au Manitoba;
- ✦ l'*Ontario Aboriginal HIV/AIDS Strategy* à Toronto, en Ontario, qui compte quelques employés à Kingston, travaille en partenariat avec les *2-Spirited People of the 1st Nations* sur un site d'échange de seringues à Toronto, en Ontario;

- le Centre d'amitié autochtone de Montréal, à Montréal, au Québec;
- la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, à Wendake, au Québec;
- l'*Healing Our Nations Atlantic First Nations AIDS Network*, à Dartmouth, en Nouvelle-Écosse;
- le *Mi'kmaq Native Friendship Centre* à Halifax, en Nouvelle-Écosse;
- le Réseau canadien inuit du VIH/sida, qui dépend de la *Pauktuutit Inuit Women's Association*, à Ottawa, en Ontario.

Le RCAS a également conçu en 2003 la *Stratégie autochtone sur le VIH/sida au Canada* (SAVSC) qui définit les modes de réduction des méfaits à grande échelle et les aspects juridiques, éthiques et relatifs aux droits de la personne comme deux aspects majeurs de la lutte contre l'épidémie du VIH/sida. Y est en outre fait mention des Survivants des pensionnats et des détenus.

On a notamment suggéré d'inviter des conseillers communautaires en nombre suffisant pour tirer le meilleur parti de leurs expériences et pour avancer dans le domaine. Il est en outre important de mieux déterminer les groupes communautaires de lutte contre le VIH/sida pour mettre en place des services de sensibilisation plus efficaces et moins coûteux. Les fonctionnaires chargés d'instaurer ces programmes de sensibilisation ne sont pas en mesure d'y consacrer suffisamment de temps compte tenu des autres responsabilités qui leur incombent.

En dernier lieu, la conclusion d'ententes contractuelles à long terme avec les groupes communautaires de lutte contre le VIH/sida permettrait une planification et une mise en place plus efficaces des programmes, plutôt que de se limiter aux minces contributions financières qu'on leur verse de façon sporadique. Le financement sur deux ans facilitera la planification, la mise en œuvre et l'évaluation. Un projet d'un an, à plus forte raison s'il commence en fin d'exercice, pourrait être exécuté dans les trois ou quatre derniers mois.

Autres préoccupations

La peur et les préjugés rendent souvent la prévention difficile. Ces attitudes négatives peuvent influencer sur l'accès d'une personne séropositive à un soutien et à des soins médicaux adaptés. Les éléments suivants permettent de mieux comprendre comment la peur et l'isolement peuvent porter préjudice à une personne porteuse du VIH ou atteinte du sida. [TRADUCTION] « Dans la section complémentaire du projet d'aide à la santé pour les collectivités de Premières Nations, on demandait : Si vous retourniez dans votre communauté, vous sentiriez-vous à l'aise de dire aux gens que vous êtes séropositif? ». Sur les 63 personnes ayant répondu à la question, 40 (63 %) ont déclaré qu'elles se sentiraient « plutôt mal à l'aise » (10/40), voire « très mal à l'aise » (30/40) (Schneider et coll., 1998 : 41). On mesure donc ici toute la difficulté de se faire une idée plus précise de la prévalence du VIH/sida au sein de la population autochtone.

Les jeunes autochtones sont également très exposés. Les données dont on dispose montrent qu'en comparaison au reste de la population, une grande partie des Autochtones porteurs du VIH contractent la maladie à un plus jeune âge. Le nombre de grossesses précoces et le taux d'infections transmises sexuellement dans certaines régions chez les jeunes autochtones viennent corroborer ce constat et indiquent que les jeunes ne se protègent pas nécessairement pendant leurs rapports. Selon l'Agence de la santé publique du Canada, les jeunes autochtones sont environ trois fois plus exposés que les jeunes non autochtones : « Les Autochtones sont infectés par le VIH à un âge plus jeune que les non Autochtones. De 1998 jusqu'à la fin de 2006, presque le tiers (32,4 %) des nouveaux rapports de tests positifs chez les Autochtones représentent des jeunes (moins de 30 ans) en regard de 21,0 % chez les non Autochtones. » (ASPC, 2007 : 49).

Les maladies transmissibles sexuellement (MTS) augmentent le risque de contamination par le VIH, notamment à cause de l'apparition de lésions, ce qui peut contribuer à affaiblir le système immunitaire. L'augmentation du nombre de grossesses précoces indique que les rapports non protégés sont de plus en plus fréquents.

Des données provenant des provinces de l'Atlantique, des provinces de l'Ouest et de la Colombie-Britannique montrent des taux de grossesses adolescentes dans les Premières nations en 1997 qui étaient jusqu'à quatre fois plus élevés que le taux national en 1995 [note de bas de page supprimée]. La prévalence était particulièrement élevée chez les jeunes autochtones de moins de 15 ans, surtout dans les réserves où le taux était 18 fois plus important que dans la population générale du Canada (11,0 par 1000 naissances vivantes, par rapport à 0,6) (ASPC, 2000 : 10).

Il est essentiel de faire comprendre que le VIH n'est pas une fatalité. L'argument en faveur d'une plus grande prévention est en outre renforcé par le coût considérable des traitements. [TRADUCTION] « Il est difficile de se faire une idée exacte du coût engendré par le VIH/sida, car la répartition des frais de soins de santé varie considérablement tout au long de la maladie » (Dodds et coll., 2001 : 7). Les frais de santé par personne peuvent varier de 9 165 \$ à 23 464 \$ (dollars de 1999).

[TRADUCTION] Les coûts engendrés par le VIH/sida en 1999 ont atteint un total de 560 millions de dollars. À cela doivent encore s'ajouter 40 millions de dollars,

essentiellement consacrés à la stratégie canadienne sur le VIH/sida pour la prévention, la recherche, le soutien des coalitions nationales de lutte contre le sida, les collectivités autochtones, les services correctionnels et les autres types de compensations versées aux victimes du VIH/sida, qui ne sont pas pris en compte dans le calcul du coût direct [...] [note de bas de page supprimée]. **Le coût direct total du VIH/sida est donc d'environ 600 millions de dollars par an** (Dodds et coll., 2001 : 7–8).

Albert et Williams expliquent que [TRADUCTION] « [l]a valeur actuelle des coûts directs du nouvel épisode de VIH/sida est estimée à 153 000 dollars répartis sur une période de 17 ans [marquage supprimé] » (1998 : 38). Ils ajoutent encore : [TRADUCTION] « nous estimons le coût épisodique indirect par personne à 600 000 \$ [italique supprimé] » (1998 : 27).

Selon Santé Canada, « le nombre de nouveaux cas d'infection par le VIH fut d'environ 4 200 par année en 1996 et 1999 » (2001 : 1). Cela équivaut approximativement à 11 nouveaux cas par jour. Si on multiplie ce chiffre par le coût des soins de longue durée estimé à 192 500 \$ (dollars de 2008), on peut s'attendre à une facture au minimum de 2 117 500 \$ pour chaque 11 nouveaux cas. Le Canada devrait donc déboursier plus de 63 millions de dollars chaque mois pour soigner les personnes infectées par le VIH. Il semble qu' [TRADUCTION] « à Vancouver, les citoyens des Premières Nations porteurs du VIH n'aient pas aussi facilement accès aux polythérapies que les hommes non autochtones ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes » (Vancouver HIV/AIDS Care Co-ordinating Committee, 2000 : ch. 3.3). Cela signifie que la maladie risque de se propager plus rapidement et d'entraîner davantage de complications chez les Autochtones atteints par le VIH/sida.

Exemples à suivre et défis à relever

Pratiques exemplaires

Les pratiques exemplaires en matière de traitement du VIH/sida ont fait l'objet de très peu de recherches, à plus forte raison en ce qui concerne les Autochtones. Bien que des évaluations soient régulièrement menées dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida et que les initiatives financées au cas par cas fassent généralement l'objet d'un suivi, il semble que ça n'a pas été réellement le cas pour les efforts menés dans la lutte contre le VIH/sida chez les Autochtones.

Une analyse de la littérature n'a permis de révéler que deux types de pratiques exemplaires. Le groupe de travail autochtone de l'Atlantique sur le sida [*Atlantic First Nations AIDS Task Force*] a élaboré un modèle de pratiques exemplaires pour lutter contre l'exploitation sexuelle des enfants et du VIH/sida (*Best Practices Model on Child Sexual Abuse and HIV/AIDS*). Ce modèle a été élaboré après que l'organisme [TRADUCTION] « a entendu parler de deux condamnations récentes pour agression sexuelle de mineurs commises par des personnes porteuses du VIH chez les Premières nations » (Atlantic First Nations AIDS Task Force, 1997 : 1). L'organisme essentiellement orienté vers la prévention et la sensibilisation au VIH/sida a été pris de court lorsque ces affaires ont été rendues publiques, car c'est à lui que revenait le soin de gérer cette crise. Le modèle reprend des méthodes communément présentées dans d'autres études en ce qui a trait aux violences sexuelles commises à l'égard des enfants. Le principal problème vient du fait que la police ne peut poursuivre l'agresseur que pour agression sexuelle de mineur, et non pas pour avoir exposé un enfant à un virus potentiellement mortel, à moins que sa séropositivité ne soit établie.

Il faut en outre tenir compte des multiples composantes affectives qui sont en jeu, notamment lorsque la communauté se rend compte que le VIH est en cause. L'enfant peut par la suite faire l'objet de discrimination, car il sera considéré comme séropositif, même s'il ne l'est pas. Le modèle comprend par ailleurs une liste de questions visant à dissiper les éventuelles craintes. Ces questions servent à clarifier les choses et à inciter les gens à surmonter leur première réaction.

Un rapport d'un groupe de travail fédéral, provincial et territorial sur le VIH/sida et les Autochtones a également recensé des pratiques exemplaires (Lemchuk-Favel, 1999). Les collaborateurs de ce rapport ont répertorié 41 exemples de ce qu'ils considéraient comme étant des pratiques de référence qu'ils ont ensuite réparties en huit grandes catégories :

Catégorie :	Exemples de pratiques exemplaires :
Sensibilisation	Marche pour le sida de 1998; Semaine autochtone de sensibilisation au SIDA
Résolutions de conseils de bande	Union of Ontario Indians
Développement des capacités	Modèle de développement communautaire; Forum de 1998 sur le développement de compétences en matière de lutte contre le VIH/sida; renforcement des organisations communautaires
Réduction des méfaits	Programme d'échange de seringues - Yukon; modèle autochtone de réduction des méfaits
Stratégies et modèles multipartites	À l'échelle régionale, provinciale et nationale : stratégie autochtone de lutte contre le VIH/sida de l'Alberta, groupe de travail autochtone de lutte contre le VIH/sida de la C.-B.; coalition provinciale du Québec pour la lutte contre le sida chez les Autochtones; stratégie autochtone de lutte contre le VIH/sida de l'Ontario, groupe de travail autochtone de lutte contre le VIH/sida, comité autochtone de lutte contre le VIH/sida de l'Alberta et groupe de travail des Premières Nations de l'Atlantique pour la lutte contre le sida. À l'échelle communautaire : services offerts dans les réserves par le personnel du contrôle des IST, l'équipe mobile de santé-sexualité pour la lutte contre le VIH/sida; l'équipe mobile de santé-sexualité pour la lutte contre le VIH/sida, et l'équipe mobile de santé-sexualité de Beardy pour la lutte contre le VIH/sida.
Prévention, sensibilisation et information	Tree of Creation; cabaret pour les jeunes; programme de sensibilisation sur le sida chez les Autochtones de la C.-B.; messages d'intérêt public à la télévision et série « <i>Showing the way</i> »; Aînés conseillant des jeunes; programme de prévention SPYLING; programme de prévention et de sensibilisation itinérant; programme éducatif - centres de lutte contre l'alcool et les drogues; ateliers sur le VIH/sida dans les réserves; mentorat et formation par des pairs; modèle de soutien familial; programme éducatif dans les écoles axé sur la lutte contre le VIH/sida; affiches SIDA 101 [<i>AIDS 101</i>]; manuel pédagogique sur la lutte contre le VIH/sida à l'intention des jeunes des Premières Nations.

Catégorie :	Exemples de pratiques exemplaires :
Modèles de prestation de services	<i>Feather of Hope; Street Connections</i> ; travailleurs communautaires; programme « <i>Living Room</i> »; services sociaux intégrés; <i>Conn River</i> ; information par téléphone 1-800 SIDA; clinique de dépistage de la réserve de Big Cove; <i>All Nations Hope AIDS Network</i> ; projet « <i>Calgary Urban Outreach Project</i> ».
Surveillance	Programme de dépistage anonyme du VIH/sida et test de dépistage prénatal.

[TRADUCTION] Source : Lemchuk-Favel (1999 : 74–119)

L'expression *pratique exemplaire* peut avoir plusieurs sens, notamment celui d'*exemple à suivre*. Est généralement considérée comme « pratique exemplaire » une méthode qui a fait ses preuves et qui a permis d'obtenir les résultats escomptés. Il s'agit d'un modèle de référence qui donne des lignes directrices en matière de politiques et de procédures. S'il est difficile de déterminer si les exemples précédents constituent ou non des « pratiques exemplaires » sans les étudier plus avant, on peut cependant admettre que certains d'entre eux sont de *bonnes pratiques*.

Apprendre des témoignages recueillis au sein de pavillons de ressourcement

Les entretiens avec le personnel et les responsables des pavillons de ressourcement ont permis d'ajouter à l'information recueillie lors de l'analyse de la littérature une vision plus empirique, plus personnelle de la question. Nous présentons ici un aperçu de ce qui est ressorti de ces témoignages.

L'un des participants évoquait une discussion sur les plantes médicinales qui avait eu lieu lors d'un atelier sur le sida et les hépatites B et C. Après l'atelier, il a demandé à un Aîné s'il existait un remède pour guérir des maladies transmissibles par le sang. Ce à quoi celui-ci a répondu que c'est lorsque tous les Aînés du Canada se réuniront que la guérison aura lieu. Une rencontre des Aînés autour du VIH, du sida et de l'hépatite C serait en effet une initiative judicieuse. Cela permettrait non seulement de faire le point sur les virus ainsi que sur la prévention, mais aussi d'offrir aux Aînés un espace de discussion pour aborder le traitement par les plantes et la médecine traditionnelle et pour poser leurs questions concernant la transmission du VIH et du VHC. Un tel événement pourrait en outre être l'occasion pour les Aînés de rencontrer des Autochtones atteints du VIH/sida (AAVS) et éventuellement de commencer à tisser des liens entre ces deux groupes.

Les personnes interrogées ont exprimé le souhait d'être mieux informées sur la guérison des séquelles laissées par les pensionnats, sur le VIH/sida, et l'hépatite C. En ce qui concerne le VHC, les participants veulent recevoir davantage de renseignements sur la façon dont se transmet le virus et sur les précautions à prendre. Parmi les autres suggestions ayant trait à l'information et les ressources figurent les suivantes :

- ✦ la mise en place de systèmes d'information adaptés aux besoins spécifiques des Autochtones vivant en milieu urbain ou en milieu rural;
- ✦ une liste des ressources documentaires comprenant notamment des vidéos et la liste des intervenants AAVS;
- ✦ des feuillets, des affiches et des brochures d'information sur le VIH, le sida et l'hépatite C, élaborés spécialement à l'attention des Autochtones, afin de leur donner des renseignements précis sur les symptômes, les différents traitements disponibles (en médecine traditionnelle et en médecine moderne), les voies de transmission et les modes de protection.

Les documents de prévention et de sensibilisation sont plus efficaces s'ils sont donnés dans le cadre d'ateliers et d'exposés faits par des AAVC ou des professionnels de la santé reconnus. D'après le personnel, les résidents préfèrent eux aussi ce type d'approche. Les participants ont expliqué que les programmes de formation offerts sur place permettaient aux résidents comme aux employés d'y participer. Les ateliers et les débats favorisent une plus grande tolérance et contribuent considérablement à la remise en cause des préjugés dont sont victimes les personnes atteintes du VIH ou de l'hépatite C. Il est en outre très important que l'information soit diffusée à plusieurs reprises. Il faut organiser régulièrement des campagnes de sensibilisation et de prévention pour pallier le roulement du personnel et des résidents et pour insister sur l'importance du message.

Les documents imprimés doivent donner le plus d'information possible sous forme de schémas clairs. Il est également important de prendre en considération la façon dont ces documents seront distribués dans les pavillons de ressourcement. L'un des participants a remarqué que les résidents ne cherchaient à se renseigner sur le VIH ou l'hépatite C que s'ils avaient été diagnostiqués comme porteurs de la maladie, ou qu'ils nourrissaient des craintes à ce sujet. Cela signifie donc qu'une personne lisant ce genre de documentation risque d'être perçue comme étant séropositive. Les documents de sensibilisation doivent donc être placés à des endroits où ils peuvent être lus discrètement. Les affiches présentent l'avantage d'être facilement visibles.

En ce qui concerne les styles de vie et les comportements à risques pouvant entraîner non seulement l'incarcération, mais aussi une infection par le VIH ou l'hépatite C, un participant a proposé de cibler les activités de sensibilisation dans les établissements provinciaux où les détenus purgent des peines plus courtes et seront appelés à réintégrer la communauté plus rapidement que les détenus des pénitenciers fédéraux. Des exposés organisés de façon régulière pourraient permettre de sensibiliser un grand nombre de personnes susceptibles d'adopter des comportements à risque. En outre, du fait que les établissements provinciaux proposent moins de programmes réguliers, les détenus accueilleront généralement avec intérêt la possibilité de participer à un atelier ou d'assister à un exposé.

Nombreux sont les résidents des pavillons de ressourcement qui ont connu les pensionnats et les familles d'accueil ou qui ont été élevés dans des familles marquées par les séquelles des pensionnats. Si les employés des pavillons de ressourcement reconnaissent volontiers les effets des pensionnats, il arrive cependant qu'ils les assimilent à la multitude de problèmes antagoniques auxquels font face les résidents (appartenance à une bande, E/SAF, dépendances et violence familiale). Il ne faudrait pas pour autant sous-estimer le potentiel de guérison qui peut découler du traitement de problèmes aussi profondément

ancrés que les séquelles des pensionnats. La Fondation autochtone de guérison énonce ainsi l'un de ses principes directeurs :

[TRADUCTION]Le besoin de guérison des Premières nations, des Inuits et des Métis a différentes origines, parmi lesquelles figurent les exactions commises au sein des pensionnats, qu'elles aient été vécues de manière directe ou indirecte. La guérison des séquelles laissées par les pensionnats semble être un bon moyen de mobiliser considérablement l'individu et la communauté, quelle que soit l'origine du traumatisme (Castellano, 2006 : 165).

Les efforts de prévention du VIH et de l'hépatite C dans les pavillons correctionnels de ressourcement (et probablement dans les prisons) peuvent se heurter à la mauvaise image de soi ainsi qu'à un certain mépris de la santé et du bien-être personnel. Les personnes assaillies par une multitude de problèmes les ayant conduites derrière les barreaux ont tendance à considérer leur santé comme le cadet de leurs soucis. Comme l'a dit l'un des participants pendant l'entretien : [TRADUCTION] « Prendre soin de soi est loin d'être une priorité pour eux. S'occuper de leur santé physique et affective ne fait généralement pas partie de leurs préoccupations. »

La confidentialité est presque toujours un problème dans les milieux fermés où les rumeurs ont tôt fait de se propager. Les employés des pavillons de ressourcement semblent néanmoins ne pas prendre la chose à la légère. Les problèmes peuvent survenir lorsqu'un résident doit faire l'objet d'attention particulière (comme avoir une chambre à part), et que les autres résidents en déduisent qu'il a le VIH ou le sida. Si le VIH et le sida font l'objet de nombreux préjugés, cela semble être moins le cas pour l'hépatite C.

Les résidents ont, dans une certaine mesure, accès à des préservatifs. L'usage de drogue injectable et la pratique du tatouage semblent poser moins de problèmes dans les pavillons de ressourcement que dans les prisons.

Les précautions élémentaires sont suivies tant par le personnel des pavillons que par les résidents, bien que des écarts puissent survenir dans les périodes de grande activité. Le personnel semble avoir une vision plutôt hétéroclite de ces précautions élémentaires et certains employés n'en ont qu'une connaissance générale. Le personnel et les résidents devraient pouvoir bénéficier de cours de mise à niveau et de la possibilité de poser leurs questions à une personne apte à y répondre. Par exemple, les résidents atteints de l'hépatite C doivent-ils être dispensés de la préparation des repas?

Toutes les personnes se sont dites prêtes à participer à l'assemblée générale annuelle (AGA) du RCAS, ainsi qu'à des ateliers de développement des compétences pour être mieux informées sur le sujet, si le financement le permettait.

Défis à relever

Le VIH/sida demeure un défi de taille; c'est pourquoi il est essentiel de toujours avoir des données récentes suffisamment fiables pour soutenir la mise en place d'une bonne pratique ou d'une pratique exemplaire. Responsable d'un grand nombre de nouvelles infections ou de co-infections par le VIH, l'usage de drogue injectable est un mode de transmission dont l'importance continue de croître. Les

rapports sexuels non protégés sont le deuxième risque majeur, et les hommes qui ont des rapports avec d'autres hommes peuvent être doublement exposés à ces facteurs.

Bien que les programmes autochtones de lutte contre le VIH/sida aient reçu un soutien financier, il reste nécessaire de rentabiliser au mieux ces ressources qui ne suffisent pas toujours à répondre aux besoins croissants. D'ici à ce que leurs conditions de vie s'améliorent, les Autochtones continueront à être en moins bonne santé et à contracter le VIH/sida. De nombreux Autochtones atteints par le VIH/sida n'ont pas nécessairement accès aux nouveaux traitements, ce qui peut entraîner une détérioration plus rapide de leur état de santé.

Des progrès ont été faits pour pallier le manque de ressources, mais de grandes préoccupations demeurent en ce qui concerne le VIH et l'hépatite C, notamment dans les établissements correctionnels où les Autochtones sont surreprésentés et figurent au nombre des utilisateurs de drogues injectables. Il est important de mettre en place davantage de solutions de remplacement à la prison pour les délinquants autochtones, tels que les pavillons correctionnels de ressourcement. Les délinquants qui réintègrent leur communauté après avoir purgé leur peine auront éventuellement besoin d'être soutenus et sensibilisés aux risques d'avoir été infectés par le VIH ou l'hépatite C s'ils ont adopté des comportements à risque durant leur incarcération.

D'autres personnes qui peuvent se sentir marginalisées au sein de leur propre communauté (notamment que les hommes ayant eu des rapports homosexuels, les toxicomanes, les détenus et les travailleurs du sexe) doivent continuellement faire l'objet d'une plus grande attention. Si aucun effort n'est fait sur ces points, le VIH continuera de se propager au sein de la population autochtone. Il est également nécessaire de se mobiliser davantage pour évaluer les programmes de prévention et de sensibilisation au VIH, et de veiller à ce que ces programmes visent des groupes de personnes susceptibles d'adopter des comportements à risque.

Conclusions

Cette étude avait un triple objectif : 1°) établir une éventuelle corrélation entre les séquelles laissées par les pensionnats et le VIH/sida, 2°) donner des indications sur la façon dont le VIH/sida touche les Autochtones, et 3°) déterminer et décrire les interventions mises en place, y compris les pratiques exemplaires et les défis à relever. La recherche montre clairement que les Autochtones sont représentés de façon disproportionnée dans le nombre de cas prévalents (cumulatifs) et nouveaux d'infection par le VIH. Les chiffres relatifs au sida indiquent également un important déséquilibre. Les lacunes que présentent les données n'empêchent pas de faire apparaître certaines tendances comme les différents critères de risque qui contribuent à exposer davantage la population autochtone au VIH/sida. Les rapports sexuels non protégés (qu'ils soient hétérosexuels ou homosexuels) et, à plus forte raison, l'usage de drogues injectables, sont en grande partie responsables du nombre d'infections par le VIH/sida.

Cette étude montre qu'il est possible d'établir des liens plus ou moins directs en tenant compte des effets des violences physiques et sexuelles, des considérables risques d'infection par le VIH inhérents à l'usage de drogues injectables et le fait qu'il s'agisse d'une pratique répandue contribuant à la propagation du VIH chez les Autochtones. La santé des Autochtones a généralement pâti de leur situation socioéconomique défavorable. Généralement préoccupant, leur état de santé continue d'alimenter le débat sur la meilleure façon de répondre à ce problème.

Pour ce qui est d'une corrélation, il est à la fois possible et plausible que les séquelles aient joué un rôle, quoique de façon sans doute plus indirecte, dans la propagation du VIH/sida chez certaines tranches de la population autochtone. Si on peut raisonnablement affirmer que les séquelles ont contribué à la propagation du VIH/sida parmi les Autochtones, il reste à savoir dans quelle mesure cela a été le cas. Une étude sur les utilisateurs de drogues injectables citée précédemment a constaté des causes liées à des foyers et une enfance instable, où les violences physiques, sexuelles, psychologiques et affectives étaient des facteurs communs. Cela confirme l'existence d'une corrélation entre une enfance et un foyer dysfonctionnels et les comportements autodestructeurs adoptés à l'âge adulte. Il y a un risque élevé d'infection par le VIH lorsque ce type de comportement implique l'usage de drogues injectables. Une autre étude mentionnée plus haut portant exclusivement sur les utilisateurs de drogues injectables parmi les Autochtones a révélé que les violences physiques et sexuelles touchaient autant les femmes que les hommes ayant participé à l'étude. Les données relatives au VIH/sida montrent clairement l'importance de l'usage de drogues injectables comme facteur de risque chez les Autochtones, ce qui signifie que l'abus de substances est un comportement négatif d'adaptation communément adopté. Enfin, Santé Canada a également fourni des renseignements confirmant que l'usage de drogues injectables constituait un important facteur de risque d'infection par le VIH/sida pour les Autochtones.

Les pensionnats n'étaient pas juste synonyme de solitude pour de nombreux enfants autochtones séparés de leurs parents et de leur communauté; ils faisaient également partie d'un système tout à fait officiel, destiné à faire en sorte que soient atteints les objectifs d'assimilation, avec les conséquences que l'on sait sur de nombreux Survivants et collectivités autochtones. Ils sont nombreux à être passés par les pensionnats, ce qui a entraîné de multiples répercussions négatives et de nombreux décès sur plusieurs générations. Les violences commises au sein des établissements ont contribué à alourdir le fardeau des Survivants qui n'étaient pas (ou peu) en mesure de faire légalement valoir leurs droits. Ce sont les violences physiques

et sexuelles qui ont causé le plus de dommages. Si l'on ajoute à cela les effets des pertes linguistiques et culturelles, il est facile de comprendre comment autant d'individus ont pu être aussi profondément marqués.

Le stress ethnique contribue à apporter conflit et confusion au sein des collectivités autochtones, dont beaucoup ne disposent pas de capacités ou de ressources suffisantes pour répondre efficacement aux besoins des personnes qui ont subi des violences physiques ou sexuelles. Le mal-être social qui se traduit notamment par la dépendance et les violences familiales prend le pas sur la violence subie, ce qui rend plus difficile le travail de deuil et de guérison nécessaire pour surmonter les séquelles des violences physiques et sexuelles subies dans les pensionnats, y compris celles qui se transmettent au fil des générations.

Bien que les Autochtones ne représentent qu'une petite partie de l'ensemble de la population canadienne, ils comptent pour environ un cinquième du total des détenus incarcérés dans des établissements provinciaux et fédéraux. Le nombre de cas connus de VIH ne représente qu'un faible pourcentage de la population des établissements correctionnels, mais la proportion de détenus fédéraux atteints de l'hépatite C est de l'ordre de 25 %. Étant donné que la population carcérale compte un nombre disproportionné d'Autochtones et que les taux de prévalence du VIH, de l'hépatite C et de co-infection y sont beaucoup plus élevés que dans le reste de la population, il y a tout lieu de croire que les taux sont particulièrement élevés parmi les détenus autochtones.

L'analyse de la littérature ne permet pas d'avoir une vue d'ensemble des effets directs du VIH/sida, de l'hépatite C et de la co-infection en milieu carcéral. Il apparaît toutefois que ces infections sont plus répandues dans les prisons canadiennes ainsi que parmi la population autochtone, tant au sein qu'à l'extérieur du système correctionnel canadien.

Les répercussions négatives des politiques d'assimilation du gouvernement ont profondément bouleversé les collectivités autochtones, notamment par la disparition de l'économie traditionnelle, l'apparition de nouvelles maladies et les traumatismes subis par les individus et les collectivités. Les pensionnats ont considérablement contribué au façonnement des collectivités autochtones telles que nous les connaissons aujourd'hui. Cet ensemble de traumatismes et ces vécus douloureux, associés à des conditions socioéconomiques défavorables, réduisent la capacité des Autochtones à se prémunir contre les dangers auxquels ils sont exposés, tels que le VIH/sida. Nombreux sont ceux qui pensent que cette situation est à l'origine de bien des maux dont souffrent les Autochtones. Le VIH/sida est l'un des plus récents problèmes auxquelles ces populations se sont trouvées confrontées, et nous devons continuer à nous mobiliser pour faire en sorte que cette maladie ne devienne pas une fatalité.

La littérature laisse entendre qu'il est nécessaire de se pencher davantage sur l'étendue réelle du problème posé par le VIH/sida, l'hépatite C et la co-infection parmi la population autochtone. La collecte de données doit être effectuée de façon à conserver la confidentialité et elle doit s'accompagner de services de soins, de traitement et de soutien des personnes infectées. Il reste évidemment beaucoup à faire et les efforts doivent être menés de manière cohérente, pragmatique et novatrice pour répondre aux besoins en matière de traitement et de soin de tous les Autochtones atteints du VIH/sida ou de l'hépatite C, afin d'empêcher que ces maladies ne se propagent davantage.

Aperçu général des pavillons de ressourcement

On compte actuellement huit pavillons de ressourcement associés au système correctionnel fédéral. Quatre d'entre eux relèvent du Service correctionnel du Canada (SCC), les quatre autres étant gérés indépendamment par le truchement d'un contrat avec le SCC. Les entretiens ont été menés dans les établissements indépendants.¹ Les pavillons de ressourcement ont pour vocation de fournir des services et des programmes destinés aux délinquants autochtones qui répondent aux critères de sélection établis par chaque pavillon en fonction de son mandat et des conditions du contrat avec le SCC. Le tableau ci-dessous présente une vue d'ensemble du fonctionnement et de l'infrastructure des quatre pavillons analysés dans cette étude.

Vue d'ensemble des pavillons de ressourcement

PAVILLON	MODE DE FONCTIONNEMENT	ÉTABLISSEMENTS
Pavillon de ressourcement spirituel Wahpeton, Prince Albert, Saskatchewan	Pavillon de ressourcement autochtone fédéral et provincial hébergeant des délinquants de sexe masculin, géré par le Grand Conseil Cri de Prince Albert	30 lits pour résidents de sexe masculin (25 sont réservés aux délinquants provinciaux, et 5 aux délinquants fédéraux)
Centre de guérison Stan Daniels, Alberta	Native Counselling Services of Alberta	73 lits : les résidents sont soit des délinquants placés en liberté conditionnelle (semi-liberté ou liberté conditionnelle totale / libération d'office avec assignation à résidence) ou des résidents ayant le statut de détenu sous responsabilité fédérale
Pavillon de ressourcement Ochichakkosipi, Crane River, Manitoba	Conseil d'administration de la Première Nation O-Chi-Chak-Ko-Sipi	18 lits pour des délinquants répondant aux critères énoncés à l'article 81
Centre de guérison Waseskun, Kahnawake, Québec	Conseil d'administration	34 lits : 15 pour les détenus désignés par l'article 81 (fédéral), 8 pour les détenus désignés par l'article 84 (fédéral), 8 pour les résidents sous responsabilité provinciale, et 3 pour Santé Canada (privés, long terme)

¹ La marche à suivre pour obtenir l'autorisation du SCC de mener une étude au sein de ses établissements est compliquée et laborieuse. C'est la raison pour laquelle seuls les pavillons de ressourcement indépendants ont été analysés ici.

Le terme de « résident » désigne, dans le présent rapport, les personnes détenues dans les pavillons de ressourcement. Ils sont également parfois appelés « membres » ou « proches » (*relatives*), ou, de façon plus informelle, « les gars » (*the guys*). Les résidents restent dans les pavillons pour une période allant de deux mois à cinq ans (voire plus), en fonction de la durée de leur peine et de du fait qu'ils avaient ou non déjà commencé à la purger lors de leur arrivée au pavillon.

Tous les pavillons s'efforcent de recruter du personnel autochtone. Les ratios varient entre 45 et 80 %.

Les services de santé offerts varient d'un pavillon à l'autre et dépendent de l'emplacement du centre, du statut des résidents ainsi que de leur état de santé. Le centre de guérison Stan Daniels, à Edmonton, est par exemple situé en face du bâtiment du SCC. Les résidents ont accès aux services de santé du SCC, ou peuvent s'adresser à des cliniques ou à des médecins se trouvant en ville. Les trois autres centres sont, quant à eux, situés dans des zones plus reculées et ont mis en place plusieurs dispositifs. Au centre de guérison Waseskun, une infirmière vient une fois par semaine et un médecin une fois par mois (ou plus souvent, en fonction des besoins) pour examiner les résidents désignés par l'article 81. Pour les soins hospitaliers non urgents, ces résidents sont raccompagnés vers un établissement carcéral. Dans les autres cas, les résidents font appel aux services de soin communautaires. Le pavillon de ressourcement Ochichakkosipi a conclu un protocole d'entente avec le dispensaire de la Première Nation. Ils envoient les résidents consulter le personnel infirmier de la collectivité ou dans la ville voisine pour les rendez-vous et les ordonnances. Les résidents sont parfois envoyés à Dauphin, qui est plus grand, mais aussi plus éloigné, pour consulter des médecins et des dentistes. Le pavillon de ressourcement spirituel Whabeton peut envoyer ses résidents en consultation externe ou voir des médecins de famille à Prince Albert qui se trouve à proximité.

Au cours de leur entretien, les participants ont fait savoir que, pour obtenir des renseignements supplémentaires sur le VIH/sida, ils se tourneraient vers le personnel infirmier de santé publique, le SCC, le secrétariat à la santé de l'Assemblée des Premières Nations, les organismes locaux de prévention contre le VIH/sida et les services de santé locaux.

Questions d'entretien avec le personnel des pavillons de ressourcement

Introduction

En février 2006, le Réseau canadien autochtone du sida (RCAS) vous avait fait parvenir par courrier notre intention de procéder à une analyse des besoins sur le VIH, l'hépatite C et les besoins connexes des résidents autochtones des pavillons de ressourcement. Nous vous remercions d'avoir accepté de répondre à nos questions.

Le RCAS a également envoyé une version provisoire d'un document intitulé « *Incarceration Issues for Aboriginal People with Emphasis on HIV, Hepatitis C, Co-Infection and Residential Schooling* », qui traitait des problèmes liés à l'incarcération d'Autochtones, notamment en matière de VIH, d'hépatite C, de co-infection et de pensionnats. Nous nous efforçons actuellement d'ajouter à cette ébauche des données relatives aux besoins des pavillons de ressourcement sur ces points. La nouvelle version inclura des données provenant des réponses aux questions de l'entretien auxquelles vous vous apprêtez à répondre. L'objectif est de collecter des renseignements sur la façon dont les questions du VIH, de l'hépatite C, de la co-infection et des pensionnats sont traitées dans les pavillons de ressourcement. Nous souhaitons en outre savoir quels sont vos besoins en matière d'information, de ressources, de programmes ou de services.

Vos réponses resteront confidentielles. Le rapport final ne fera référence aux réponses données que par des formules du type « selon un directeur de pavillon de ressourcement... », ou « un Aîné ou un conseiller a suggéré que... », mais les renseignements relatifs à l'identité de la personne seront supprimés.

Cet entretien durera environ 30 minutes.

Date de l'entretien :

Nom du pavillon de ressourcement :

1^{re} partie : Renseignements généraux sur le pavillon de ressourcement (*Réservé aux directeurs*)

Je vais, dans un premier temps, vous poser quelques questions au sujet du pavillon de ressourcement, notamment en ce qui concerne l'infrastructure, le personnel et les résidents :

Nombre et types de lits :

Nombre et classification des résidents actuels (sous responsabilité fédérale ou provinciale, désignés par l'article 81)

Combien de temps en moyenne les résidents restent-ils dans les pavillons de ressourcement?

Nombre d'employés et nature des postes (plein temps, temps partiel, postes...)

Nombre d'employés autochtones :

Mode de fonctionnement : (p. ex. conseil d'administration)

Partie 2 : VIH et hépatite C

En général, comment les soins de santé sont-ils offerts dans votre pavillon? Dites par exemple si les services sont offerts à l'interne ou si les résidents ont recours aux services d'une clinique communautaire ou d'un autre prestataire en dehors du pavillon? (*Réservé aux directeurs*)

(Tous les participants)

1. En 2000, le SCC a commencé à offrir aux détenus la possibilité de se soumettre à un dépistage du VIH, d'obtenir des conseils en fonction des résultats des tests et d'être sensibilisés aux moyens de réduire les risques d'infection et de transmission du VIH. Au début de l'année 2001, un certain nombre de détenus placés sous responsabilité fédérale s'était volontairement inscrit pour la première fois à un traitement du VIH. (http://www.csc-scc.gc.ca/history/2000/third_e.shtml)

- a) Pouvez-vous décrire un test de dépistage pour le VIH ou un programme d'orientation offert à votre pavillon?
- b) Qu'en est-il des tests de dépistage ou des programmes d'orientation pour l'hépatite C?

(Sondage : ces mesures vous semblent-elles adaptées? Comment la question de la confidentialité est-elle abordée?)

(Les résidents peuvent-ils effectuer des tests de façon anonyme? Par exemple, existe-t-il une infrastructure à proximité du pavillon où ce type de test est proposé? Si tel est le cas, les résidents savent-ils qu'ils ont cette possibilité?)

2. Avez-vous déjà eu des résidents porteurs du VIH, du sida ou de l'hépatite C, ou co-infectés par le VIH et l'hépatite C?

Si tel est le cas, décrivez les problèmes que cela a posés dans votre pavillon, et les mesures qui ont été prises pour y apporter des solutions (p. ex., les besoins des personnes porteuses du virus ainsi que ceux du personnel et des autres résidents).

3. Quelles mesures prenez-vous pour réduire les risques d'infection et de transmission du VIH et de l'hépatite C parmi les résidents?

4. a) Où allez-vous (ou iriez-vous) chercher de l'information sur la prise en charge, le soutien et le traitement des résidents atteints du VIH/sida ou de l'hépatite C?

b) Qu'en est-il de la préparation des résidents à réintégrer leur collectivité? Quelles mesures particulières seraient prises dans le cas d'un résident atteint du VIH/sida ou de l'hépatite C?

- c) Existe-t-il des besoins liés au VIH/sida ou à l'hépatite C qui font que le résident est transféré vers d'autres établissements correctionnels plutôt que d'être libéré dans la collectivité? (S'agit-il d'une pratique répandue? Faudrait-il s'attaquer à ce problème, par exemple en élaborant de nouvelles ressources ou de nouveaux documents?)
5. Le Réseau canadien autochtone du sida publie toute une série de documents, de brochures, de feuillets d'information, de rapports d'études ou d'affiches et offre d'autres documents et ressources destinés à la sensibilisation. Nous souhaiterions savoir quels sont les besoins de votre pavillon de ressourcement en matière d'information. Les documents suivants ont par exemple été inclus dans les trousseaux de renseignements envoyés en 2005 aux collectivités autochtones à l'occasion de la Semaine autochtone de sensibilisation au SIDA.

Y'a-t-il, parmi les propositions suivantes, des documents qui seraient susceptibles de vous intéresser :	Oui	Non
Bulletin du RCAS		
Affiche de la Semaine autochtone de sensibilisation au SIDA		
Developing a Policy of Non-Discrimination (publication disponible uniquement en anglais)		
Le VIH/sida et les Autochtones (brochure)		
Fiche documentaire : « <i>Aboriginal Youth & HIV/AIDS</i> » (le VIH/sida et les jeunes autochtones)		
Fiche documentaire : « <i>Residential Schools & HIV/AIDS</i> » (le régime des pensionnats et le VIH/sida)		
« <i>Microbicides: New Ways to Protect Against HIV</i> », brochure en anglais sur les microbicides		
LinkUp : fiches de renseignements et cartes de visite (LinkUp offre un accès à des publications en ligne)		
Trousseau de planification de la Semaine autochtone de sensibilisation au SIDA		
Jeu-questionnaire (deux versions)		
Renforcement des liens - Renforcement des communautés : une stratégie autochtone canadienne sur le VIH/sida		
Renforcement des liens – Renforcement des communautés : (résumé)		

Quels renseignements ou ressources supplémentaires souhaiteriez-vous recevoir au sujet du VIH/sida et de l'hépatite C? (Avez-vous des suggestions à faire au RCAS en matière de documentation ou de programmes de sensibilisation et de prévention pour les résidents autochtones des pavillons de ressourcement et des établissements correctionnels?)

6. Souhaiteriez-vous participer au forum annuel de mise en valeur des compétences du RCAS?
7. Avez-vous des suggestions à faire au RCAS en matière de documentation ou de programmes de sensibilisation et de prévention pour les résidents autochtones des pavillons de ressourcement et des établissements correctionnels?

Partie 3 : Expérience des pensionnats

8. Je vais maintenant vous poser quelques questions concernant le fait de travailler avec des résidents ayant fréquenté les pensionnats, ou dont les parents les auraient fréquentés.

Nous pensons qu'il pourrait y avoir un lien entre les abus commis au sein des pensionnats, le cycle de violences et de désespoir, et les infections par le VIH/sida et l'hépatite C. Un déterminant relatif à la santé laisse à penser qu'il existe un lien entre les comportements à risque liés à la croissance des taux de transmission du VIH et certaines des séquelles laissées par les pensionnats, telles que la violence, la répression culturelle et l'effritement des liens avec la famille et la collectivité.

- a) Dans quelle mesure les séquelles laissées par les pensionnats posent-elles, selon vous, un problème chez les résidents?
- b) Votre pavillon de ressourcement vous semble-t-il en mesure d'apporter une réponse à ces séquelles ou serait-il, selon vous, nécessaire que le personnel soit mieux formé et informé?

Expliquez votre réponse.

(Essayez d'obtenir plus de détails sur les besoins en matière d'information et de formation et sur les obstacles à la mise en œuvre.)

9. Comment abordez-vous le thème des pensionnats au cours du processus d'admission?
10. Avez-vous d'autres commentaires à faire au sujet de la façon dont les séquelles laissées par les pensionnats sont traitées dans votre pavillon de ressourcement?

Partie 4 : Derniers commentaires

11. Avez-vous d'autres commentaires?

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à cet entretien.

Pour de plus amples renseignements, vous pouvez communiquer avec Linda Archibald, par téléphone (613-757-3916) ou par courriel (archlind@zon.ca), ou avec Kevin Barlow, directeur général du Réseau canadien autochtone du sida (RCAS), en composant le 1-888-285-2226.

Recommandations de la littérature

Les citations suivantes sont des recommandations, des suggestions et des points soulevés dans un certain nombre d'études qui ont été prises en considération dans le cadre de la présente analyse de la littérature. Selon les études, les auteurs proposent différentes solutions pour le traitement des détenus.

Seal, David Wyatt, Andrew D. Margolis, Jim Sosman, Deborah Kacanek, Diane Binson, et le groupe d'étude du projet START (2003). HIV and STD Risk Behavior Among 18- to 25-Year-Old Men Released from U.S. Prisons: Provider Perspectives. *AIDS and Behavior* 7(2) : 131–141.

[TRADUCTION]

Premièrement, il est essentiel de s'assurer que les hommes ont une connaissance élémentaire du VIH et des ITS (p. 140).

Deuxièmement, la mise en place d'un plan individuel de réduction des risques peu avant la remise en liberté serait, dans bien des cas, utile (p. 140).

Les prestataires sont d'avis que les obstacles auxquels font face les anciens détenus à leur sortie de prison (tels que les difficultés à trouver un logement ou un emploi) les ramènent vers la drogue et vers les comportements à risque qui y sont associés (usage de drogues, relations sexuelles à risque) (p. 138).

Les prestataires sont généralement d'avis que les groupes de soutien fondés sur la collectivité et les programmes de soins nécessitant ou non une hospitalisation peuvent aider les hommes à diminuer leur consommation de drogue ainsi que l'adoption de comportements sexuels à risque (p. 138).

Certains prestataires ont expliqué que les programmes de traitement ne fonctionnaient pas dans tous les cas, et ont souligné le besoin de mettre en place des programmes culturellement mieux adaptés (p. 138).

Frank, Linda (1999). Prisons and Public Health: Emerging Issues in HIV Treatment Adherence. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 10(6) : 24–32.

[TRADUCTION]

Le succès d'un traitement peut dépendre de la façon dont les prestataires de soins de santé appréhendent l'influence du facteur ethnoculturel sur les comportements en matière de santé (p. 26).

Les détenus qui ont été sensibilisés à la diminution des risques associés au VIH et qui ont changé durablement leurs comportements sont en mesure de relayer le message au sein de leur famille et de leur collectivité (p. 28).

Les professionnels de la santé travaillant en milieu correctionnel devraient faire en sorte que les ressources et les liens avec la communauté soient mis en place pour garantir la réussite du transfert des soins du VIH de l'établissement à la collectivité (p. 30).

« *Encadrement lors de la période de probation et de libération conditionnelle* »... Cette étape doit intervenir bien avant la libération du détenu, pour que l'agent de libération conditionnelle s'engage dans le processus de transition entre l'établissement carcéral et le milieu communautaire (p. 30).

La continuité des soins est essentielle, tant pour les séropositifs incarcérés que ceux sur le point d'être libérés, pour améliorer leur qualité de vie et rallonger leur espérance de vie, et pour veiller au maintien de la santé publique au sein de la collectivité grâce à la sensibilisation et à la diminution des risques (p. 31).

Rich, Josiah D., Leah Holmes, Christopher Salas, Grace Macalino, Deborah Davis, James Ryczek, et Timothy Flanigan (2001). Successful Linkage of Medical Care and Community Services for HIV-Positive Offenders Being Released from Prison. *Journal of Urban Health* 78(2) : 279–289.

[TRADUCTION]

La dépendance est le principal obstacle à la continuité des soins et à la stabilisation sociale auquel font face les anciens détenus (p. 285).

Les personnes qui sont ou ont été incarcérées peuvent éprouver de la difficulté à faire un tant soit peu confiance aux prestataires de services (p. 286).

Organiser une transition pour les anciens délinquants nécessite d'établir des contacts dans la semaine suivant la remise en liberté (p. 286).

La santé psychologique de l'individu doit être prise en compte dans le programme de soin dans la mesure où il n'est pas rare que les personnes atteintes par le VIH aient subi des violences physiques, sexuelles ou psychologiques. Parmi les participants à notre programme, 86 % des participants (83) ont expliqué avoir subi un traumatisme. Parmi eux, 45 % (44) ont dit avoir un problème de santé mentale. La dépression était le problème le plus répandu (41 %), suivie des troubles anxieux (36 %) et des troubles psychiatriques chroniques (10 %). Ces troubles doivent être diagnostiqués et traités parallèlement au VIH (p. 287).

En résumé, le fait d'établir un lien entre le milieu correctionnel et les prestataires de la collectivité lors de la remise en liberté permet aux anciens délinquants de pouvoir réintégrer leur collectivité sans interrompre leur traitement (p. 287).

Références

Agence de la santé publique du Canada (2007). *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*. Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, novembre 2007. Ottawa, ON : Ministre de la Santé. Consulté le 2 mai 2008 sur : http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/epi/pdf/epi2007_f.pdf

——— (2004). Comprendre l'épidémie du VIH/sida chez les Autochtones du Canada : Un coup d'œil sur la communauté. *Notes épidémiologiques sur le VIH/sida*, décembre 2004. Consulté le 6 mai 2008 sur : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/epiu-ae/pi/epi-note/pdf/epi_notes_aboriginal_f.pdf

——— (2000). *Anticiper, reporter et entourer – Cadre d'intervention pour réduire le taux de grossesse chez les adolescentes au Canada*. Document élaboré pour le Fonds pour les projets nationaux du PACE et du PCNP de Santé Canada. Consulté le 30 mai 2008 sur : http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/publications/pdf/reduce_teen_pregnancy_section_1_f.pdf

Albert, Terry et Gregory Williams, avec la collaboration de Barbara Legowski et du D^r Robert Remis (1998). *Le fardeau économique du VIH/sida au Canada*, Études du RCRPP n° H02. Ottawa, ON : Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques. Consulté le 23 janvier 2009 sur : http://epe.lac-bac.gc.ca/100/200/300/cprn/english/ebh_e.pdf (en anglais)

Antone, R.A., D.L. Miller, et B.A. Myers (1986). *The Power within People: A Community Organizing Perspective*. Deseronto, ON : Peace Tree Technologies Inc.

Atlantic First Nations AIDS Task Force (1997). *Best Practices Model on Child Sexual Abuse and HIV/AIDS*. Halifax, N.-É. : Atlantic First Nations AIDS Task Force.

Barlow, J. Kevin (2003). *Examen de l'incidence du VIH/sida au sein de la population autochtone du Canada – période post-pensionnat*. Ottawa, ON : Fondation autochtone de guérison. Consulté le 2 mai 2008 sur http://www.fadg.ca/pages/download/34_3286

Barlow, J. Kevin, John Serkiz, et Anne Fulton (2001). *Circles of Knowledge Keepers: Training Kit for Inuit, Metis and First Nations Offenders as Peer Educators & Counsellors*, Ottawa, ON : Réseau canadien autochtone du sida. Consulté le 16 mai 2008 sur http://www.linkup-connexion.ca/catalog/prodImages/052102113949_62.pdf

Beattie, Karen (2006). Les services correctionnels pour adultes du Canada, 2004-2005. *Juristat* 26(5) : 1–35. Consulté le 6 juin 2008 sur : <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/85-002-x2006005-fra.pdf>

Castellano, Marlene Brant (2006). *Rapport final de la Fondation autochtone de guérison, Volume I : Un cheminement de guérison : Le Rétablissement du mieux-être*. Ottawa, ON : Fondation autochtone de guérison.

Collins, Pete, Giselle Dias, Meigan Dickenson, Rick Lines, et Lily Vidovich (2003). *Driving the Point Home: A Strategy for Safer Tattooing in Canadian Prisons*. Toronto, ON : Prisoners' HIV/AIDS Support Action Network (PASAN). Consulté le 21 mai 2008 sur : http://www.pasan.org/Publications/Driving_The_Point_Home.pdf

Commission canadienne des droits de la personne (2003). *Protégeons leurs droits : Examen systématique des droits de la personne dans les services correctionnels destinés aux femmes purgeant une peine de ressort fédéral*. Ottawa, ON : Commission canadienne des droits de la personne. Consulté le 2 mai 2008 sur : <http://www.chrc-ccdp.ca/pdf/reports/fswfr.pdf>

Crowder, A. et R. Hawkings (1993). *Quand la porte s'ouvre : Modèle de traitement des personnes de sexe masculin qui ont survécu à l'abus sexuel*. Ottawa, ON : Centre national d'information sur la violence dans la famille, Santé et Bien-être social Canada. Consulté le 9 mai 2008 sur : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/publications/nfntsxmaculinsurvivr-fra.php>

Dodds, Colin, Ronald Colman, Carol Amaratunga, et Jeff Wilson (2001). *The Cost of HIV/AIDS in Canada*, Glen Haven, N.-É. : GPI Atlantic, Genuine Progress Index for Atlantic Canada. Consulté le 2 juin 2008 sur : <http://www.gpiatlantic.org/pdf/health/costofAIDS.pdf>

Elliot, Richard (2007). Deadly disregard: government refusal to implement evidence-based measures to prevent HIV and hepatitis C virus infections in prisons, *Journal de l'Association médicale canadienne* 177(3) : 262–264.

Fondation autochtone de guérison [FADG] (2002). *Évaluation de la FADG*. Chiffres extrapolés des résultats du sondage sur l'évaluation du processus mené en février 2001, Ottawa, ON : Fondation autochtone de guérison.

——— (2001). *Guide du programme*, 3^e éd., Ottawa, ON : Fondation autochtone de guérison.

Ford, P.M., M. Pearson, P. Sankar-Mistry, T. Stevenson, D. Bell, et J. Austin (2000). HIV, hepatitis C and risk behaviour in a Canadian medium-security federal penitentiary. *QJM: An International Journal of Medicine* 93(2) : 113–119.

Ford, Peter M. et Wendy L. Wobeser (2000). Health care problems in prisons. *Journal de l'Association médicale canadienne* 162(5) : 664–665.

Frank, Linda (1999). Prisons and Public Health: Emerging Issues in HIV Treatment Adherence. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 10(6) : 24–32.

Gaskell, Debra (2006). Pratiques de tatouage sécuritaire. *Le point sur les maladies infectieuses : Bulletin d'information du Service correctionnel du Canada sur les maladies infectieuses* 4(2) : 7.

Grandy, Thom (1995). *New Occupational Hazards of Career Addicts: Main Line Intravenous Needs Assessment*. Halifax, N.-É. : Main Line Needle Exchange/Mi'kmaq Native Friendship Centre [Principal programme d'échange de seringues/Centre d'amitié autochtone micmac].

Hankins, Catherine (présidente) (1997). *Report of the National Task Force on HIV, AIDS and Injection Drug Use*. Consulté le 16 mai 2008 sur : <http://www.cfdp.ca/hivAIDS.html>

Hankins, Catherine, S. Gendron, T. Tran, M.T. Lai-Tung, N. Paquette, M. Jalbert, B. Gomez, et J. Roy (1995). Prior risk factors for HIV infection and current risk behaviours among incarcerated men and women in medium-security correctional institutions -Montréal. *Journal canadien des maladies infectieuses* 6(suppl. B) : 31B.

Hendrick, Dianne et Lee Farmer (2002). Les services correctionnels pour adultes au Canada, 2000-2001. *Juristat : Centre canadien de la statistique* 22(10). Consulté le 9 mai 2008 sur : <http://www.statcan.ca/english/freepub/85-002-XIE/0100285-002-XIE.pdf> (en anglais).

Jackson, Randy et Gwen Reimer (2005/2008a). *Les personnes autochtones vivant avec le VIH/sida au Canada : questions liées aux soins, aux traitements et au soutien*, éd. rév. Ottawa, ON : Réseau canadien autochtone du sida. Consulté le 9 mai 2008 sur : http://cbr.cbrc.net/files/1158208559/CAAN_CTS_f_final.pdf

——— (2005/2008b). *Les personnes autochtones vivant avec le VIH/sida au Canada : questions liées aux soins, aux traitements et au soutien*, éd. rév. [données non publiées].

Jürgens, Ralf (2007). *Interventions to Address HIV in Prisons: Prevention of Sexual Transmission*. Evidence for Action Technical Papers. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la santé. Consulté le 30 mai 2008 sur : http://www.unodc.org/documents/hiv-AIDS/EVIDENCE%20FOR%20ACTION%202007%20sexual_transmission.pdf (en anglais).

——— (2004). *Is the World Finally Waking up to HIV/AIDS in Prisons? A report from the XV International AIDS Conference*, IDCR, Infectious Diseases in Corrections Report, principal article du numéro de septembre 2004. Consulté le 21 mai 2008 sur <http://www.idcronline.org/archives/sept04/sept2004.pdf> (en anglais).

Kirmayer, Laurence, Cori Simpson, et Margaret Cargo (2003). Healing traditions: culture, community and mental health promotion with Canadian Aboriginal peoples. *Australasian Psychiatry* 11(S1) : 15–23.

Kirmayer, L.J., G.M. Brass, et C.L. Tait (2000). The mental health of Aboriginal peoples: transformations of identity and community. *Revue canadienne de psychiatrie* 45(7) : 607–616.

Kong, Rebecca et Karen Beattie (2005). *La collecte de données sur les Autochtones dans le système de justice pénale : méthode et défis*. Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique. Ottawa, ON : Ministre de l'Industrie. Consulté le 2 mai 2008 sur : <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-564-x/85-564-x2005001-fra.pdf>

Lachmann, Mark (2002). Human immunodeficiency virus: Emerging epidemic in aboriginal people. *Canadian Family Physician* 48(10) : 1592–1593.

Landry, Laura et Maire Sinha (2008). *Services correctionnels pour adultes au Canada, 2005-2006*. *Juristat* 28(6) : 1–26. Consulté le 6 juin 2008 sur : <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/85-002-x2008006-fra.pdf>

Lemchuk-Favel, Laurel (1999). *Making a Difference, Report of the Federal/Provincial/Territorial Working Group on Aboriginal Peoples and HIV/AIDS*. Ottawa, ON : Fav Com.

Leonard, Lynne, Christine Navarro, Linda Pelude, et Leslie Forrester (2001). L'efficacité des stratégies de réduction des méfaits de l'hépatite C chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada. *RMTC : Relevé des maladies transmissibles au Canada : L'hépatite virale et des nouveaux agents pathogènes transmissibles par le sang au Canada* 27S3 : 59–62.

Lines, Rick, Ralf Jürgens, Glenn Betteridge, Heino Stöver, Dumitru Laticevschi, et Joachim Nelles (2006). *L'échange de seringues en prison : leçons d'un examen complet des données et expériences internationales*, Montréal, QC : Réseau juridique canadien VIH/sida. Consulté le 2 mai 2008 sur : <http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=1171>

——— (2002). *La lutte au VIH/sida dans nos prisons : trop peu, trop tard – Un rapport d'étape*, Toronto, ON : Réseau juridique canadien VIH/sida. Consulté le 21 mai 2008 sur : <http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=180>

Myers, T., L.M. Calzavara, R. Cockerill, V.W. Marshall, et S.L. Bullock (1993). *Ontario First Nations AIDS and Healthy Lifestyle Survey*, Ottawa, ON : Centre national de documentation sur le sida, Association canadienne de santé publique.

Organisation mondiale de la santé (2004). *Scaling up Antiretroviral Therapy in Resource-limited Settings: Treatment Guidelines for a Public Health Approach*, Genève, Suisse : Organisation mondiale de la santé. Consulté le 26 mai 2008 sur : http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/arvrevision2003en.pdf

——— (1998). *Report on the global HIV/AIDS epidemic, June 1998*, UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STD Surveillance. Document number: UNAIDS/98.10. Consulté le 6 mai 2008 sur : http://whqlibdoc.who.int/unAIDS/1998/global_report_1998.pdf

Pallás, José R., Concepción Fariñas Álvarez, Dolores Prieto, et Miguel Delgado-Rodríguez (1999). Coinfections by HIV, hepatitis B and hepatitis C in imprisoned injecting drug users. *European Journal of Epidemiology* 15(8) : 699–704.

Remis, Robert S. (2001). *Rapport final : Estimation du nombre de personnes co-infectées par le virus de l'hépatite C et le virus de l'immunodéficience humaine au Canada*, Ottawa, ON : Santé Canada. Consulté le 2 mai 2008 sur : http://www.phac-aspc.gc.ca/hepc/pubs/hivhcv-vhcvih/pdf/hivhcvraport_f.pdf

Réseau canadien autochtone du sida [RCAS] (2007). *Marche avec moi sur les voies vers la santé : Modèle de prestation de services en réduction des méfaits pour les femmes autochtones, les jeunes autochtones, les personnes autochtones actuellement détenues ou qui l'ont été et les hommes autochtones bispirituels*. Ottawa, ON : Réseau canadien autochtone du sida. Consulté le 30 janvier 2009 sur : http://www.caan.ca/pdf/WalkWithMe_fr.pdf

——— (2005). *Réagir à l'homophobie en relation avec le VIH/sida dans les communautés autochtones : Rapport final de l'analyse de l'environnement 2004-2005*. Ottawa, ON : Réseau canadien autochtone du sida. Consulté le 23 mai 2008 sur : http://www.caan.ca/pdf/CAAN_homophobia_f.pdf

——— (sans date). *Residential Schools and HIV/AIDS: Direct and Intergenerational Impacts*, Fiche documentaire. Consultée le 23 mai 2008 sur : http://www.caan.ca/pdf/FS_Schools.pdf

Réseau juridique canadien VIH/sida [RJCVS] (2008). *VIH et hépatite C en prison* (série de 13 feuillets d'information sur le VIH/sida et l'hépatite C en prison). Consulté le 21 mai 2008 sur : <http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=1308>

Rich, Josiah D., Leah Holmes, Christopher Salas, Grace Macalino, Deborah Davis, James Ryczek, et Timothy Flanigan (2001). Successful Linkage of Medical Care and Community Services for HIV-Positive Offenders Being Released from Prison. *Journal of Urban Health* 78(2) : 279–289.

Santé Canada (2004). *L'infection à VIH et le sida chez les Autochtones du Canada : un problème persistant*. Consulté le 16 mai 2008 sur : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/epiu-aeipi/epi_update_may_04/pdf/epi_may_2004_e.pdf (en anglais)

——— (2002). *Guide de formation sur le VIH et la violence faite aux femmes*. Ottawa, ON : Santé Canada. Consulté le 13 mai 2008 sur : <http://library.catie.ca/PDF/P5/19704.pdf>

——— (2001). *Réalités actuelles : renforcer la réponse. Rapport du Canada sur le VIH/sida 2001*. Ottawa, ON : Santé Canada. Consulté le 9 mai 2008 sur : http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/reports/report01/pdf/aidsreport2001_f.pdf

Scott, Duncan Campbell (1920). *Transcript of the Special Committee of the House of Commons, 30 March 1920*. Library and Archives Canada, RG10, volume 6810, dossier 470-2-3, partie 7.

Seal, David Wyatt, Andrew D. Margolis, Jim Sosman, Deborah Kacanek, Diane Binson, et le groupe de travail du projet START (2003). HIV and STD Risk Behavior Among 18- to 25-Year-Old Men Released from U.S. Prisons: Provider Perspectives. *AIDS and Behavior* 7(2) : 131–141.

Service correctionnel du Canada [SCC] (2005). *Faits et chiffres sur le Service correctionnel du Canada*. Ottawa, ON : Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. Consulté le 9 mai 2008 sur : www.amm.mb.ca/PDF/Presentations/Basic%20Facts.pdf (en anglais).

——— (2003). *Prévention et contrôle des maladies infectieuses dans les pénitenciers fédéraux canadiens, 2000 et 2001 : rapport du système de surveillance des maladies infectieuses du Service correctionnel du Canada*. Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada. Consulté le 2 mai 2008 sur : <http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/infectiousdiseases/index-fra.shtml>

——— (sans date). *Faits et chiffres : Des initiatives pour les Autochtones, Statistiques sur les délinquants autochtones*. Consulté le 9 mai 2008 sur : <http://www.csc-scc.gc.ca/text/prgrm/abinit/know-fra.shtml>

Ship, Susan Judith et Laura Norton (2001). HIV/AIDS and Aboriginal Women in Canada: A Case Study. *Canadian Woman Studies* 21(2) : 25–31.

Smith, Jonathan (2007). Estimations canadiennes révisées relatives au VIH et recommandations des CDC à l'égard du dépistage du VIH : conséquences pour le SCC. *Le point sur les maladies infectieuses : Bulletin d'information du Service correctionnel du Canada sur les maladies infectieuses* 5(1) : 9–10. Consulté le 27 mai 2008 sur : http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/hsbulletin/2007/no1/vol5_no1_2007_f.pdf

——— (2006). 2002-2004 Rapport MI : Mise à jour. *Le point sur les maladies infectieuses : Bulletin d'information du Service correctionnel du Canada sur les maladies infectieuses* 4(2) : 4. Consulté le 27 mai 2008 sur : http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/hsbulletin/2006/no2/vol4_no2_2006_f.pdf

——— (2005). Surveillance de l'hépatite C. *Le point sur les maladies infectieuses : Bulletin d'information du Service correctionnel du Canada sur les maladies infectieuses* 3(1) : 7. Consulté le 27 mai 2008 sur : http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/hsbulletin/2005/no1/vol3-no1-01-2005_f.pdf

Statistique Canada (2008). *Peuples autochtones du Canada en 2006 : Inuits, Métis et Premières nations, Recensement de 2006*. Ottawa, ON : Ministre de l'Industrie. Consulté le 2 juin 2008 sur : <http://www12.statcan.gc.ca/francais/census06/analysis/aboriginal/pdf/97-558-XIF2006001.pdf>

——— (2003). L'État : Le système judiciaire : L'imposition de peines : L'incarcération. *Cyberlivre du Canada* (tiré de *l'Annuaire du Canada 2001*). Consulté le 9 mai 2008 sur : http://www43.statcan.ca/04/04b/04b_003b_f.htm

——— (2001). Recensement de 2001. Consulté sur : <http://www.statcan.ca>

Trevethan, Shelley, Sarah Auger, et John-Patrick Moore (2001). *Les conséquences du démembrement de la famille sur les détenus autochtones et non autochtones*. Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada. Consulté le 2 mai 2008 sur : http://www.csc-scc.gc.ca/text/rsrch/reports/r113/r113_f.pdf

Trevethan, S., G. Carrière, B. MacKillop, A. Finn, D. Robinson, F.J. Porporino, et W.A. Millson (1999). *Profil instantané d'une journée des détenues dans les établissements correctionnels pour adultes au Canada*. Ottawa, ON : ministre de l'Industrie. Consulté le 9 mai sur : <http://dsp-psd.tpsgc.gc.ca/Collection-R/Statcan/85-601-XIF/0009685-601-XIF.pdf>

Vancouver HIV/AIDS Care Co-ordinating Committee (2000). *Environment Report 1999-2002*. Ce document accompagne le Plan stratégique et est en évolution. La version du 31 mars 2000 a été consultée le 9 mai 2008 sur : <http://www.vhacc.org/documents/envreport/esocial.html>

Watershed Writing and Research (1998). *Rejoindre le cercle : un modèle de réduction du préjudice autochtone (Phase I)*. Ottawa, ON : Réseau canadien autochtone du SIDA. Consulté le 16 mai 2008 sur : <http://www.cnpr.ca/Publications/CNPR%20-%20451808.pdf>

Fondation autochtone de guérison
75, rue Albert, pièce 801, Ottawa (Ontario) K1P 5E7
Téléphone : (613) 237-4441
Sans frais : (888) 725-8886
Bélinographe : (613) 237-4442
Courriel : research@ahf.ca
Site internet : www.fadg.ca

Aider les autochtones à se guérir eux-mêmes

