

**NOTRE RECHERCHE D'ESPACES SÛRS:**

**UNE ÉTUDE QUALITATIVE SUR  
LE RÔLE DE LA VIOLENCE  
SEXUELLE DANS LA VIE DES  
FEMMES AUTOCHTONES  
ATTEINTES DU VIH/SIDA**



**RÉSEAU CANADIEN AUTOCHTONE DU SIDA  
CANADIAN ABORIGINAL AIDS NETWORK**

**2009**



# LE RÉSEAU CANADIEN AUTOCHTONE DU SIDA (RCAS)

## PRÉSENTATION

Créé en 1997, le Réseau canadien autochtone du sida (RCAS) est une organisation nationale sans but lucratif. Elle représente plus de 400 organisations membres, et des membres individuels. Elle est dirigée par un Conseil d'administration national formé de 13 membres et par quatre directeurs. Le Réseau est un forum national où ses membres peuvent exprimer leurs besoins et leurs préoccupations. Au nom de ses membres et du grand public, le Réseau défend le droit d'accès à l'information sur le VIH/sida et fournit une information pertinente, exacte et actuelle sur le VIH/sida.

## MISSION

En tant que porte-parole nationale des individus, des organisations et des associations provinciales et territoriales, le RCAS assure la direction, le soutien et la défense des droits des autochtones atteints de ou affectés par le virus d'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise (VIH/sida). Le RCAS fait face aux problèmes liés au VIH/sida dans un esprit d'intégrité et de pratiques curatives qui favorisent l'autonomisation et luttent contre l'exclusion. Il met en avant des traditions culturelles, l'unicité et la diversité de toutes les Premières nations, des Inuits et des Métis, indépendamment de leur lieu de résidence.

## REMERCIEMENTS

L'équipe de recherche tient à exprimer ses remerciements les plus sincères aux défenseurs des droits des PAAS (Personne autochtone atteinte du VIH/Sida) du RCAS pour leur soutien permanent de ce projet. Nous sommes particulièrement reconnaissants à Doris Peltier, défenseuse des droits des PAAS du RCAS et coordonnatrice de l'encadrement et des questions liées aux femmes, pour ses conseils et sa contribution à la conception de l'étude, au recrutement et à l'analyse.

## PARTENAIRES COMMUNAUTAIRES

Ce projet est le fruit de collaboration qui a été fortement soutenu par des organisations communautaires et des prestataires de services, ainsi que par des individus et par des communautés affectées par le VIH. RCAS tient à exprimer ses remerciements les plus sincères aux personnes et aux organisations suivantes:

**REGINA:** All Nations Hope AIDS Network (Le réseau d'espoir de toutes les Nations dans la lutte contre le sida) ; Regina Women's Community Centre and Sexual Assault Line (Le centre communautaire des femmes et une ligne téléphonique pour lutter contre les agressions sexuelles de Regina) ; Parliament Methadone Clinic (Clinique de traitement par méthadone) ; WISH Safe House (La maison protégée WISH)

**VANCOUVER:** Healing Our Spirit (Guérir notre esprit) ; Vancouver Native Health (La santé autochtone de Vancouver) ; Vancouver Aboriginal Social Enterprise (L'entreprise sociale autochtone de Vancouver) ; Positive Women's Centre (Centre pour des femmes séropositives) ; Vancouver Area Network of Drug Users (VANDU) (Le réseau de proximité des consommateurs de drogues de Vancouver (RPCDV)) ; Downtown Eastside Women's Centre (Centre pour des femmes du centre-ville est) ; Positive Women's Network (Le réseau des femmes séropositives) ; SHEWAY

**MONTREAL:** Native Friendship Centre of Montreal (Centre d'amitié autochtone de Montréal) ; Stella ; Centre des Femmes, Centre for AIDS Services of Montreal (Centre des services du sida de Montréal) ; Native Women's Shelter of Montreal (Foyer pour femmes autochtones de Montréal) ; Chez Doris

**OTTAWA:** Wabano Centre for Aboriginal Health (Centre Wabano de santé des autochtones) ; Minawashin Lodge - Aboriginal Women's Support Centre (Foyer Minawashin – centre d'aide aux femmes autochtones) ; AIDS Committee of Ottawa - The Living Room (Le comité du sida d'Ottawa – la salle de séjour) ; Bruce

House (La maison Bruce) ; Pauktutit Inuit Women of Canada (Les femmes Inuit Pauktutit du Canada), University of Ottawa HIV clinic (Clinique du VIH de l'université d'Ottawa) ; OASIS ; Pink Triangle Services (Services du triangle rose) ; Shawenjeagamik (House of Compassion) Aboriginal Drop-In Centre (510 Rideau) (Shawenjeagamik (La maison de compassion) centre autochtones d'accès libre (510 Rideau))

## REMERCIEMENTS AUX FINANCEURS

Ce rapport a pu être mené à bien grâce au financement par des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Les opinions exprimées dans ce rapport ne reflètent pas nécessairement le point de vue des IRSC ou du gouvernement du Canada.

## L'ÉTHIQUE

L'approbation éthique pour cette étude a été donnée par le comité du département de recherche sur l'éthique de l'Université de Dalhousie, NE

## L'ÉQUIPE DE RECHERCHE

- Dr. Charlotte (Loppie), maître de conférence  
Centre autochtone de recherche sur la santé, Université de Victoria, C-B
- Kevin Barlow, président-directeur de la politique et de la recherche  
Le réseau canadien autochtone du sida (RCAS)
- Dr. Cornelia Wieman, professeur adjoint  
Département des services de santé publique, Université de Toronto, ON

Nous tenons également à remercier Mme Wanda Gabriel, qui faisait partie de l'équipe de recherche à ses origines, mais qui a dû partir suite à sa nomination à un poste de travail au sein du RCAS.

## LE MÉMORANDUM

Dr. Gail Valaskakis était membre de l'équipe de recherche, et, malheureusement, il nous a quitté pour rejoindre le monde des esprits peu après le début de l'étude. Tout au long de ce projet d'étude sa force et ses directives nous ont fait défaut.

## COORDONNATRICE DE RECHERCHE

Kimberly Hawkins, RCAS

## ASSISTANTE DE RECHERCHE

Elizabeth Sully, RCAS

## CHERCHEUSES DU TERRAIN

Jill Arkles, Regina, SK, Josie Caro, Montréal, Qc, Victoria English, Vancouver, C-B

**ISBN NO.** 1-894624-80-7

## AUTHORS:

Kimberly Hawkins, Charlotte (Loppie), maître de conférence & Kevin Barlow

Le réseau canadien autochtone du sida ©  
6520 Salish Drive, Vancouver, Colombie-Britannique V6N 2C7  
Numéro de téléphone : 1-604-266-7616  
Numéro sans frais : 1-888-285-2226  
Internet : [www.caan.ca](http://www.caan.ca)

November 2009



# SOMMAIRE

## INTRODUCTION

Les femmes autochtones continuent à avoir un taux d'infections par le VIH au Canada supérieur à la moyenne nationale. Bien que les autochtones ne représentent que 3,8% de la population canadienne, en 2005, on estimait un taux de 7,5 % d'infections des autochtones sur l'ensemble des infections par le VIH. Depuis 2004, au moins 50% d'infections par le VIH chez les autochtones sont contractées par des femmes et des jeunes filles (ASPC 2007; Mehrabadi et al. 2008).

Les taux alarmants d'infections par le VIH chez les femmes autochtones résultent de la marginalisation et de la discrimination ancrées dans la société canadienne, de l'héritage du colonialisme persistant et de l'oppression. Les facteurs complexes et imbriqués de sexe, de classe sociale et d'origine ethnoculturelle, à la fois systématiques et particuliers, ont contribué à l'exposition des femmes autochtones au VIH. Un des aspects le plus destructeur et le plus fréquemment rencontré résultant de ces facteurs est la violence sexuelle et l'exploitation des femmes et des jeunes filles autochtones. La recherche a montré que la violence sexuelle et l'infection par le VIH/sida sont étroitement interconnectées et souvent elles se renforcent mutuellement. Pourtant, on sait très peu sur le lien entre violence sexuelle et VIH/sida dans le contexte d'identité sexuelle et culturelle des femmes autochtones.

Les membres du RCAS ont demandé à leur organisation de faire une recherche portant sur les questions de la violence sexuelle contre les femmes autochtones atteintes par le VIH/sida (FAAS). Le Réseau a organisé des groupes de discussion avec des FAAS dans les trois villes canadiennes. Durant ses discussions, les femmes interrogées ont confirmé que la violence sexuelle a de profondes répercussions sur leur santé, sur leur bien-être et sur leur capacité à suivre le traitement de leur maladie du VIH. En réponse à ces témoignages, le RCAS a élaboré une étude qualitative, sur des bases communautaires, en utilisant les principes de recherche de Propriété, d'Accès, de Contrôle et de Possession (PCAP). L'étude a été élaborée pour que les paroles des FAAS puissent être entendues à travers la presse universitaire, ainsi que pour mieux comprendre l'interaction entre des facteurs tels que le sexe, la culture, le VIH et la violence sexuelle. Les résultats de cette étude sont présentés ci-dessous.

## MÉTHODOLOGIE

Il s'agissait d'une étude qualitative utilisant une approche théorique. L'étude a exploré les questions de la violence sexuelle et du VIH/sida chez les femmes autochtones. En examinant les «expériences vécues» des FAAS à travers des entretiens approfondis, partiellement structurés, l'étude visait à éclairer la relation entre la violence sexuelle et l'infection par le VIH chez des FAAS, leurs réalités sociales actuelles, leurs expériences de vie passée et comment, si tel est le cas, ces expériences influencent la prise en main de leur santé.

Les objectifs de cette étude étaient les suivants:

- Explorer les moyens grâce auxquels les FAAS comprennent et font face à la violence sexuelle dans leur vie personnelle et dans le contexte socioculturel autochtone.
- Avoir une meilleure compréhension de l'interaction entre la violence sexuelle et le contexte socioculturel.
- Identifier les spécificités de la violence sexuelle et de l'infection par le VIH chez les femmes autochtones.

Pour atteindre ces objectifs, les chercheurs de terrain ont interrogé 20 FAAS à propos des actes sexuels violents dont elles étaient victimes et leur exposition au VIH/sida et à propos de leurs réflexions sur la relation entre les deux. On a demandé aux participantes de discuter sur des difficultés particulières auxquelles elles sont confrontées en tant que FAAS lorsqu'elles recherchent des services de soins de santé et le rôle éventuel joué par le contexte socioculturel dans la prise en main de leur santé. Finalement, on a demandé aux participantes de fournir des recommandations pour améliorer la prestation des services qu'elles reçoivent pour mieux les adapter par rapport à leurs besoins particuliers liés à leur sexe, leur culture et leur statut séropositif.



Cette étude a suivi le modèle de recherche PCAP, pour lequel les principes de la propriété, de l'accès, du contrôle et de la possession. Ces principes fournissent un cadre qui permet l'auto-détermination dans le processus de recherche et le contrôle de ce processus de recherche, qui porte sur les communautés autochtones, par les autochtones. Conformément aux principes de PCAP, l'équipe de recherche comprenait des collaborateurs issus de la communauté et des FAAS, ainsi que des chercheurs autochtones. Les représentants de la communauté et des FAAS ont participé à chaque étape du processus de recherche.

## **L'EXPOSITION À LA VIOLENCE**

Les femmes autochtones qui ont participé à cette étude ont subi de nombreuses formes de traumatismes, souvent dès l'enfance. La violence sexuelle subie par les participantes n'était pas un fait isolé mais faisait partie d'un climat général de la violence contre les femmes et les jeunes filles autochtones. Plusieurs des participantes ont été exposés à la violence dès leur enfance telle que ; la violence physique, sexuelle et psychologique ; la négligence ; la consommation de l'alcool et des drogues par les parents ; les conséquences du système des pensionnats et du placement familial. L'exposition à la violence prend également ses racines dans les facteurs sociaux déterminants, tels que ; le sexisme à caractère raciste ; le milieu socio-économiques désavantagé ; les services sociaux punitifs ; et le manque de soutien et de perspectives. L'inégalité entre les sexes issue de l'inégalité des pouvoirs, le lien émotionnel avec les agresseurs et la peur des hommes ont conduit à une plus grande exposition des FAAS à la violence. Enfin, les participantes ont constaté que la violence sexuelle diminue l'estime de soi, et a pour conséquence un blâme intériorisé, l'image négative de son corps, les pensées suicidaires et les tentatives de suicide, la négligence vis-à-vis de soi-même, la colère / l'amertume/le sentiment de trahison, la toxicomanie et l'implication dans le commerce du sexe.

## **L'EXPOSITION AU VIH LIÉE À LA VIOLENCE**

Un grand nombre de facteurs semblables - les inégalités entre les sexes, les facteurs sociaux déterminants, une mauvaise image de soi-même et une enfance perturbée - contribuent à exposer les femmes autochtones à la violence, ainsi qu'au VIH. Les participantes ont identifié plusieurs interconnexions entre leur statut séropositif et les multiples traumatismes qu'elles ont subi. Les liens sont à la fois directs et indirects. Certaines femmes ont contracté le VIH directement suite à un viol ou étant sciemment infectées par leurs partenaires abusifs. Les FAAS décrivent également de nombreuses relations indirectes entre leurs traumatismes et leur infection par le VIH. Selon les participantes, ses traumatismes ont gravement endommagé leur santé mentale, ce qui les a conduites à la toxicomanie, à la prostitution et à l'incapacité de fixer des limites sexuelles ou d'exiger des rapports sexuels protégés, donc les a exposé au VIH. Plusieurs de ces femmes, qui ont participé à cette étude, sont infectées par le VIH.

## **L'EXPOSITION À LA VIOLENCE LIÉE AU VIH**

D'après plusieurs participantes de cette étude, la violence et le VIH sont intimement reliés. La violence ne rend pas seulement les femmes vulnérables à l'infection par le VIH, mais en plus, leur séropositivité les expose à de multiples formes de violence. Certaines des participantes de cette étude ont témoigné avoir été menacées par des représailles juridiques, avoir été traquées, intimidées, pillées et maltraitées physiquement en raison de leur séropositivité. Certaines ont subi la violence sexuelle tout en essayant d'accéder aux ressources de réduction des effets négatifs. Certaines participantes ont également raconté d'avoir été accusées d'être à l'origine d'infections par le VIH au sein de leurs relations intimes, ou ont été accusées par leurs partenaires d'avoir une promiscuité sexuelle avec d'autres personnes. La violence contre ces femmes, qui est dû à leur séropositivité, les empêche de bien se soigner par rapport à la maladie et de bien s'occuper de leur santé globale.

## **LE RACISME, LE SEXISME ET LE VIH / SIDA : LES FAAS ET DES SERVICES DE SANTÉ**

Les FAAS, qui ont participé à cette étude, pensent que leur sexe et leur identité culturelle, ainsi que leur statut sérologique, ont influencé la façon, dont elles étaient traitées par les prestataires de service. Plusieurs participantes ont été confrontées à des stéréotypes culturels, basés sur la différence sexuelle, des services de soins et des services sociaux. Les préposés qui fournissent l'aide sociale ou l'aide au logement perçoivent les femmes autochtones en tant que prostituées, toxicomanes et / ou comme des femmes avec des partenaires multiples. Les FAAS ont également rapportées des problèmes de stigmatisation et de discrimination en milieu de soins de santé. Pour les FAAS, qui ont participé à cette étude, la stigmatisation de leur statut de séropositives est liée à l'attitude



générale de discrimination par rapport à leur sexe et leur identité culturelle en tant que femmes autochtones.

Basé sur ces résultats, la société canadienne dans son rapport avec des FAAS crée un «triple obstacle» qui contribue à leur marginalisation sociale continue et à leur isolement. Ce triple obstacle est à l'origine des difficultés des FAAS de prendre en main leur maladie ainsi que pour accéder au soutien par rapport à leurs traumatismes sexuels. En plus, la qualité de services de santé, que reçoivent les FAAS, est compromise à cause de préjugés contre elles basés sur la race, le sexe et le statut VIH.

## **LA COMPRÉHENSION DE LA SANTÉ ET DES SOINS TRADITIONNELS PAR DES FAAS**

Les FAAS qui ont participé à cette étude ont témoigné d'avoir expérimenté des stratégies et des pratiques diverses avec une approche globale pour mieux gérer leur état de santé. Les participantes ont identifié un certain nombre d'activités et de lieux (les centres de santé autochtones, les cérémonies de guérison, pow-wow, des rassemblements, l'église et la prière, la purification, la foi dans le Créateur, des Aînés et des chefs spirituels, l'activisme, les conseils des méthodes occidentales par rapport au VIH/sida, le conseil par rapport à la violence contre les femmes, l'écriture, la lecture, les activités physiques, les régimes alimentaires spéciaux, etc.) qui sont utiles pour le traitement de leur maladie VIH et pour lutter contre les effets des traumatismes sexuels. La majorité des FAAS, qui ont participé à cette étude, interprètent les «services de santé» en tant qu'une implication personnelle et non seulement en tant que des besoins physiques et médicaux liés à la santé. Plusieurs des participantes ont décrit une vision globale de la santé et de la guérison, en incluant la santé spirituelle, physique, mentale et émotionnelle qu'elles n'ont pas réussi à atteindre dans leur vie. Les participantes ont également déclaré d'avoir participé dans un certain nombre d'initiatives communautaires de sensibilisation qui pourraient apporter un renforcement personnel et d'apaisement. Malgré la résistance démontrée par ces FAAS dans leurs efforts d'améliorer leur état de santé, la prise en main de leur santé et de leur bien-être continue à être un combat quotidien à cause des inégalités structurelles responsables de leur exposition à la violence et au VIH.

## **DISCUSSION**

Au moment de la planification de ce projet, très peu avait été écrit sur la relation entre la violence sexuelle et le VIH/sida, en particulier chez les femmes autochtones. Cette étude décrit le processus par lequel à partir de la violence subie dans leur enfance, les femmes autochtones atteintes du VIH/sida subissent la violence dans leur vie actuelle et à quel point ces deux formes de violence sont multifformes et interconnectées. La discussion fait un résumé des liens entre les expériences de l'enfance, des facteurs sociaux déterminants, des inégalités entre les sexes, le concept de soi et s'appuie sur les publications pour apporter une compréhension plus approfondie des résultats de recherche. Nous sommes infiniment reconnaissants pour la confiance que les participantes à cette étude ont accordé en révélant des aspects très intimes de leur vie, afin que d'autres puissent apprendre de leurs expériences vécues. Pour élaborer des programmes et des politiques fonctionnels, nous devons tenter de comprendre ce réseau complexe de facteurs déterminants.

## **CONCLUSION**

Les femmes autochtones atteintes du VIH sont parmi les personnes les plus vulnérables de la société canadienne. Pourtant, la violence qu'elles subissent ne rencontre aucun obstacle et continue belle et bien. La violence sexuelle subie par les FAAS, qui ont participé à cette étude, eu lieu dans un climat général de violence contre les femmes autochtones, et qui commence souvent par l'exposition à la violence de ces femmes dès leur enfance. En plus, la violence contre les femmes et les filles autochtones est profondément liée à l'héritage de colonisation, dont l'expérience des pensionnats fait partie. Nous avons trouvé que le VIH et la violence sexuelle s'interconnectent et se renforcent. L'aspect socioculturel, l'identité sexuelle et la séropositivité se combinent pour créer un triple obstacle conduisant à la marginalisation sociale et à l'isolement des FAAS au sein de la société canadienne.

Notre recherche a été orientée vers l'action – pour informer les chefs et les membres des communautés, qui s'occupent de la politique et de la programmation sur la façon d'améliorer la situation des FAAS. Ce rapport souligne quelques-unes des nombreuses actions qui pourraient mieux répondre aux besoins uniques, par leurs aspects d'identité sexuelle et culturelle, des FAAS, qui ont subi la violence. Avant tout, nous espérons que les conclusions présentées dans ce rapport ont démontré l'urgence des problèmes et qu'ils vont nous inspirer et nous aider dans nos efforts pour mettre fin à la violence contre les femmes et les filles autochtones.



# ACRONYMS

**OSS**

ORGANISATION DE SERVICE DU SIDA

**OASS**

ORGANISATION AUTOCHTONE DE SERVICE DU SIDA

**SIDA**

SYNDROME D'IMMUNODÉFICIENCE ACQUISE

**PAAS**

PERSONNE AUTOCHTONE ATTEINTE DU VIH OU DU SIDA

**FAAS**

FEMME AUTOCHTONE ATTEINTE DU VIH OU DU SIDA

**RCAS**

RÉSEAU CANADIEN AUTOCHTONE DU SIDA

**CIHR**

INSTITUTS CANADIENS DE RECHERCHE EN SANTÉ

**VAS**

VIOLENCE SELON L'APPARTENANCE SEXUELLE

**VIH**

VIRUS D'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE

**CDI**

CONSOMMATION DE DROGUES INJECTABLES

**PAV**

PERSONNE ATTEINTE DU VIH OU DU SIDA

**ASPC**

AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA

**VCF**

VIOLENCE CONTRE LES FEMMES



# TABLE DES MATIÈRES

<b>SOMMAIRE</b>	<b>4</b>
<b>ACRONYMES</b>	<b>7</b>
<b>TABLE DES MATIÈRES</b>	<b>8</b>
<b>PREFACE - VIOLENCE SEXUELLE, VIH ET FEMMES AUTOCHTONES</b>	<b>10</b>
<b>MODÈLE - EXPOSITION À VIOLENCE ET LE VIH/SIDA</b>	<b>12</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>12</b>
<b>REVUE DE PUBLICATIONS: VIOLENCE SEXUELLE, VIH/SIDA ET FEMMES AUTOCHTONES</b>	<b>13</b>
COLONISATION ET INÉGALITÉ DES SEXES	13
VIOLENCE CONTRE LES FEMMES ET LES FILLES AUTOCHTONES	14
BARRIÈRES DE SERVICES SOCIO-SANITAIRES	18
<b>MÉTHODOLOGIE</b>	<b>20</b>
CONCEPT D'ÉTUDE : LA RECHERCHE PARTICIPATIVE SUR LES BASES COMMUNAUTAIRES & PCAP	20
CONCEPT D'ÉTUDE : LA THÉORIE BIEN ÉTABLIE	21
RECRUTEMENT	22
COLLECTE DES DONNÉES ET L'ANALYSE	22
PROTOCOLE DE L'ÉTHIQUE	23
<b>CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON</b>	<b>24</b>
<b>RÉSULTATS</b>	<b>25</b>
<b>EXPOSITION À LA VIOLENCE</b>	<b>25</b>
SOUFFRANCES SUBIES AU COURS DE L'ENFANCE	25
DÉTERMINANTS SOCIAUX	27
INJUSTICES ENTRE LES SEXES	29
CONCEPT DE SOI	30
BIEN-ÊTRE ÉMOTIONNEL	32
DÉPENDANCES ET/OU LA PROSTITUTION	34
<b>EXPOSITION AU VIH DUE À LA VIOLENCE</b>	<b>35</b>
LIENS DIRECTS	35
LIENS INDIRECTS	35



<b>EXPOSITION À LA VIOLENCE DUE AU VIH</b>	<b>37</b>
<b>RACISME, SEXISME ET LE VIH/SIDA: LES FAAS ET LES SERVICES DE SANTÉ</b>	<b>29</b>
<b>LA COMPRÉHENSION DE LA SANTÉ ET DES PRATIQUES CURATIVES</b>	<b>41</b>
EGLISE EN TANT QUE SERVICE DE SOINS DE SANTÉ, DOUX FOYER EN TANT QUE SERVICE DE SOINS DE SANTÉ	41
PRATIQUES CURATIVES SONT UN PARCOURS TOUT AU LONG DE LA VIE	42
<b>RECOMMANDATIONS DES PARTICIPANTES</b>	<b>43</b>
ESPACES SÉCURISÉS	43
ISOLEMENT	44
FAAS INUIT « JE ME SENS TOUTE SEULE ... »	45
BESOINS BASIQUES	45
MEILLEURE COMPRÉHENSION DE L'ASPECT SOCIOCULTUREL PAR LES PRESTATAIRES DE SERVICES	46
SENSIBILITÉ ACCRUE DES PRESTATAIRES DE SERVICES À LA VIOLENCE SEXUELLE	47
FAIRE PLUS DE RECHERCHE	47
ARRÊTER LA VIOLENCE « RESPECTEZ NOS FEMMES, ELLES LE MÉRITENT ! »	48
<b>DISCUSSION</b>	<b>50</b>
SOUFFRANCES SUBIES AU COURS DE L'ENFANCE	50
DÉTERMINANTS SOCIAUX	50
INÉGALITÉS DES SEXES	51
CONCEPT DE SOI	51
<b>RECOMMANDATIONS DE CONDUITE (LES PRATIQUES SÛRES)</b>	<b>52</b>
1. SERVICES DE SOINS DE SANTÉ ET DU VIH SÉCURISÉS CULTURELLEMENT ET SELON LES SEXES	52
2. SENSIBILISATION ACCRUE DES PRESTATAIRES DE SERVICES DES SOINS DE SANTÉ ET DU VIH SUR LE RÔLE DE LA VIOLENCE DANS LA VIE DES FEMMES AUTOCHTONES	52
3. PLUS DE SERVICES EN DIRECTION DES FAAS ET DE LEURS ENFANTS	52
4. SERVICES DE CONSEIL CULTURELLEMENT ADAPTÉS & SPÉCIFIQUES À L'APPARTENANCE SEXUELLE	53
5. DONNER LA POSSIBILITÉ AUX FEMMES AUTOCHTONES DE S'OCCUPER D'ELLES-MÊMES ET DE S'ENTRE AIDER : ESPACES SÉCURISÉS	53
6. INTÉGRATION DE SERVICES PAR RAPPORT AU VIH/SIDA ET PAR RAPPORT À LA VIOLENCE CONTRE LES FEMMES	53
<b>CONCLUSION</b>	<b>55</b>
<b>RÉFÉRENCES</b>	<b>56</b>



# PRÉFACE

## VIOLENCE SEXUELLE, VIH ET FEMMES AUTOCHTONES

Il est important de mentionner qu'une recherche qualitative comme celle-ci est généralement orientée vers des questions peu exploitées ou vers des domaines très peu connus d'un certain type de population. Ce n'est pas notre intention et cela n'est pas possible, de généraliser les résultats de cette étude à toutes les femmes autochtones atteintes du VIH/sida. Ainsi, la discussion suivante ne s'applique qu'aux vingt femmes autochtones qui ont participé à cette étude.

## LE CONTEXTE DE LA VIOLENCE SEXUELLE CONTRE LES FEMMES ET LES FILLES AUTOCHTONES

Afin de bien comprendre l'impact et l'étendu de la violence sexuelle que subissent les femmes et les filles autochtones, il est essentiel de placer ce problème dans un environnement général de violence omniprésente au point de vue historique, social et interpersonnel. La violence sexuelle se rencontre fréquemment dans un climat général de violence contre des femmes autochtones, il inclut des abus physiques et psychologiques dans l'enfance, ainsi que de la négligence qui n'est pas, souvent, prise en compte.

La compréhension de l'influence du climat général de la violence contre les femmes et les filles autochtones sur une plus grande exposition à la violence individuelle dans le futur, est le premier pas important pour aborder l'impact et l'expérience vécue de la violence sexuelle contre les femmes autochtones atteintes du VIH/sida.

Les preuves tangibles ont démontré que les traumatismes dans la vie, particulièrement dans l'enfance, affectent la santé physique, psychologique, mentale et spirituelle des individus. Il est clair que les traumatismes ne sont pas vécus en tant que des incidents isolés, les traumatismes nouveaux s'ajoutent à ceux du passé et ont un effet plus important. Les femmes autochtones, qui ont subi des traumatismes de toutes sortes au cours de leur existence, sont de plus en plus vulnérables à l'impact destructeur de chaque nouveau traumatisme.

Le problème de la violence, y compris la violence sexuelle, contre les femmes autochtones n'est pas un fait nouveau. En effet, les recherches qui datent des années 80 ont répertorié plusieurs formes de violence contre ce groupe d'individus le plus vulnérable. L'absence étonnante d'une réponse stratégique de la part de la direction fédérale, provinciale, territoriale ou autochtone à cette réalité traumatise davantage des femmes et des jeunes filles, pas uniquement parce que la violence continue impunément, mais en plus parce que la négligence générale montre bien quel est le statut des femmes autochtones au sein de la société canadienne et de la société autochtone.

## LES AGRESSIONS SEXUELLES

Parce que les chercheurs communautaires sur le VIH chez les autochtones voulaient protéger les femmes autochtones pour qu'elles ne soient pas exploitées ou qu'elles n'aient pas une image dégradante, nous nous sommes posés des questions si nous devons inclure des citations sur la violence sexuelle ou sur d'autres formes de violence. Après bien des débats, il nous paru nécessaire de donner au lecteur un « aperçu sur le vif » de la violence que subissent des femmes atteintes du VIH qui font partie de l'échantillon d'étude. Cet exposé ne veut pas être voyeuriste, mais il doit plutôt sensibiliser le lecteur au traumatisme dévastateur qui façonne la vie du grand nombre de femmes autochtones et qui finalement les expose davantage au VIH/sida.

« J'étais agressé par mon voisin. Il a commencé à me toucher et à me caresser, mais il ne m'a jamais pénétré. Par la suite mon beau-frère me l'a fait. C'était comme si c'était après quoi... après le début de mess.. et que tout le monde a su que j'étais une proie facile. Et après mon beau-frère me l'a fait. Et après, quand je me suis mariée, mon ex me battait si je le lui refusais. Je ne me sentais pas bien, et il me prenait de force. Donc à la fin, ça a devenu une telle (émotion)... »

« J'ai été infectée par le VIH à l'âge de 15 ans quand quatre hommes m'ont violés »

« [J'étais] violée de l'âge de 13 ans jusqu'à mes 24 ans, la même personne me violait encore et encore, le même homme marié. »

« Je ne suis pas intéressée par le sexe. Et après il essayait, même, si je dis non, j'en veux pas. Comme, une fois, il voudra et il essayera et il me prendra de force et je serai complètement flippée. C'est comme un retour en



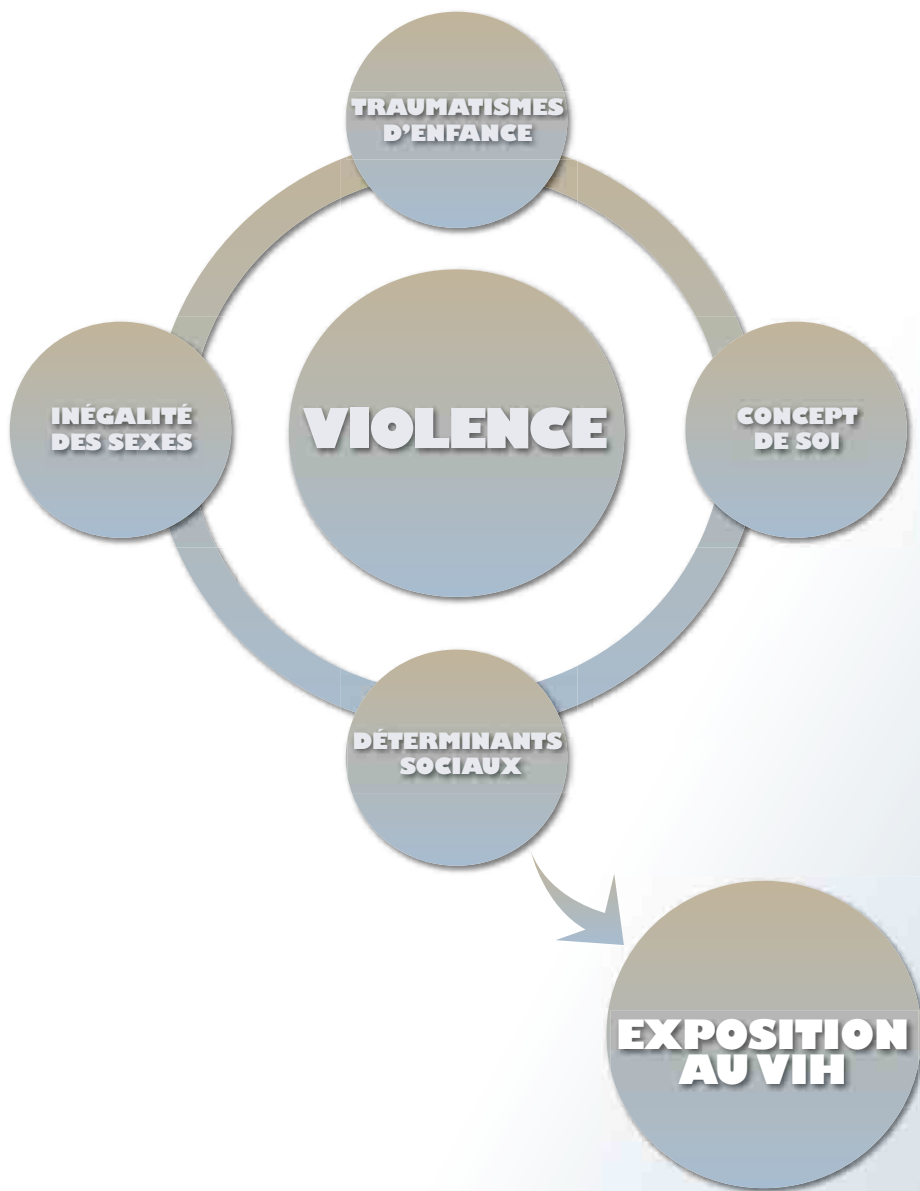
arrière... »

Les citations ci-dessus montrent, que des effets de traumatismes sexuels cumulés, sont durables et peuvent empêcher des femmes autochtones de mettre des barrières sexuelles, d’avoir des relations saines et finalement, les exposent au VIH.

### COMPRENDRE L’EXPOSITION À LA VIOLENCE ET LE VIH/SIDA

Tout au long de ce rapport, nous suggérons, que le contexte dans lequel vivent ces femmes autochtones les expose davantage aux différentes formes de violence, ce qui les expose finalement au VIH.

La première partie du rapport est organisée autour des thèmes principaux issus des interviews individuels avec des femmes autochtones atteintes par le VIH et qui ont subi des violences sexuelles. D’après des expériences vécues des femmes, qui ont participé à cette étude, l’exposition des femmes autochtones aux différentes formes de violence, y compris la violence sexuelle, est due aux circonstances personnelles, relationnelles, sociales et d’appartenance sexuelle. Parmi celles-là il faut mentionner les traumatismes de l’enfance, les déterminants sociaux et les inégalités de sexes qui créent l’exposition directe et indirecte au VIH. Le modèle ci-dessous a été développé à partir de ces thèmes et structure notre discussion à propos des résultats.



# EXPOSURE TO VIOLENCE & HIV/AIDS MODEL

## INTRODUCTION

Ces dernières années, l'épidémie du VIH/sida a complètement changé de visage. Si avant c'était une maladie des hommes qui avaient des rapports sexuels avec des hommes, c'est actuellement de plus en plus une épidémie chez des femmes. Les femmes autochtones ont un taux d'infections disproportionné dans ce pays (Shannon et al. 2008 : 912). D'après l'agence de santé publique du Canada (ASPC) (2007), les femmes autochtones ont un taux de 48,1 % de tests positifs entre les années 1998 et 2006. Bien que les autochtones ne représentent que 3,8 % de la population canadienne en 2005, le taux d'infection par le VIH chez les autochtones est de 7,5 % de l'ensemble d'infections (ASPC 2007 ; Mehrabadi et al. 2008)

Les taux alarmants d'infections par le VIH chez les femmes autochtones résultent de la marginalisation et de la discrimination ancrée dans la société canadienne, de l'héritage du colonialisme persistant et de l'oppression. Les facteurs complexes et imbriqués de sexe, de classe sociale et d'origine ethnoculturelle, à la fois systématiques et particuliers, ont contribué à l'exposition des femmes autochtones au VIH. Un des aspects le plus destructeur et le plus fréquemment rencontré résultant de ces facteurs, est la violence sexuelle et l'exploitation des femmes et des jeunes filles autochtones. La recherche a montré que la violence sexuelle et l'infection par le VIH/sida sont étroitement interconnectées et souvent elles se renforcent mutuellement. Pourtant, on sait très peu sur l'interconnexion entre la violence sexuelle et le VIH/sida dans le contexte d'identité sexuelle et culturelle des femmes autochtones.

Les femmes autochtones atteintes du VIH/sida se sont tournées vers le RCAS pour aborder ce sujet. Les groupes de discussion avec des FAAS, qui se sont tenus à Vancouver, à Regina et à Montréal, ont confirmé, que les traumatismes dus à la violence sexuelle étaient en effet un problème sanitaire urgent et qui affecte fortement la santé mentale, psychique, physique et spirituel des FAAS. Une revue exhaustive de la presse a abouti à un nombre très limité d'articles sur l'interconnexion entre le VIH/sida et la violence sexuelle dans le contexte d'identité sexuelle, culturelle et de l'impact de la colonisation sur les autochtones. Pour répondre à cette lacune, le RCAS a conçu le projet-action participatif de recherche dans le milieu communautaire basé sur le modèle PCAP (basé sur les principes de propriété, de contrôle, d'accès et de possession) pour examiner les impacts et les relations entre la violence et le VIH/sida du point de vue des autochtones. Le partenariat entre les organisations communautaires, des groupes de femmes, des chercheurs universitaires et communautaires s'est organisé pour assurer que la conception et l'analyse de cette étude prennent en compte les problèmes liés à la culture et au rapport entre les sexes.

Cette étude qualitative détermine l'impact de la violence sexuelle sur la vie des FAAS. En examinant des expériences vécues de 20 FAAS, cette étude a pour but d'éclairer le point de vue des FAAS sur la relation entre la violence sexuelle et leur infection par le VIH, leurs réalités sociales actuelles et leurs expériences vécues et comment ces expériences influencent la gestion de l'état global de leur santé. Cette étude a aussi pour objectifs de faire entendre la voix des femmes autochtones dans les discussions universitaires et dans la recherche sur le VIH/sida et d'élaborer des recommandations aux stratégies et aux programmes qui reflètent des besoins spécifiques liés à l'appartenance sexuelle et à la culture des FAAS.

Les paragraphes suivants fournissent les bases et la logique de l'étude grâce à la revue de presse sur l'interconnexion entre le colonialisme, le traumatisme historique, l'appartenance sexuelle, la violence sexuelle et le VIH/sida par rapport aux femmes autochtones. Les paragraphes suivants décrivent la méthodologie de la recherche, le choix de l'échantillon de la population et les considérations éthiques. Les résultats, l'analyse et les recommandations complètent ce rapport.

# REVUE DE PUBLICATIONS: VIOLENCE SEXUELLE, VIH/SIDA ET FEMMES AUTOCHTONES

Pour comprendre l'augmentation de l'exposition des femmes autochtones à la violence sexuelle et au VIH/sida, il faut faire une analyse de l'impact du colonialisme et de la relation entre les sexes et du statut de la femme au sein des peuples autochtones de la société canadienne. On considère, que la surreprésentation des autochtones dans les statistiques de l'épidémie du VIH/sida au Canada est directement et indirectement liée aux effets de la colonisation et tout particulièrement, au système des écoles-internats pour des indiens, sur la culture et les communautés autochtones (Barlow, 2003). Pour continuer cette argumentation, nous pouvons parler à propos de la dévalorisation du statut des femmes autochtones au sein de leurs Nations, de leurs communautés et de leurs familles ce qui augmente les inégalités sociales et finalement mène à la violence contre des femmes et des jeunes filles (Ship & Norton 1999). Le paragraphe suivant fait une revue des publications disponibles sur la relation entre la colonisation, l'appartenance sexuelle, le VIH/sida et le traumatisme sexuel.

## COLONISATION ET INÉGALITÉ DES SEXES

Il est largement admis que le rôle féminin des femmes autochtones a radicalement changé à cause de l'imposition du système de gouvernance et des valeurs sociales du type européen (Mehrabadi et al. 2008 ; AFAC (association des femmes autochtones du Canada) 2007 ; Mann 2005 ; Neron & Roffey 2000 ; LaRocque 1994 ; Chester et al. 1994 ; Maracle 1993). Nombreux autochtones et universitaires affirment presque tout à fait, voire complètement, que les cultures autochtones étaient matriarcales ou semi-matriarcales dans leur structure sociale (AFAC 2007 ; Brunen 2000 ; LaRocque 1994 ; Turpel 1993). Au sein de ces sociétés, les femmes avaient un rôle unique par rapport à leurs Nations et leur Créateur. Elles étaient considérées comme sources de la vie et gardiennes du feu, ce que veut dire, qu'elles étaient responsables de la transmission du savoir culturel et des traditions. Les femmes ont été considérées en tant que des créatures humaines sacrées et étaient protégées par des hommes de leurs communautés. Bien qu'il y ait une grande diversité entre les peuples, la tendance générale était d'honorer, de respecter et de valoriser les femmes autochtones (AFAC 2007). Il y avait d'autres arguments pour affirmer qu'avant la colonisation, les femmes autochtones avaient un statut autoritaire et influent et participaient pleinement dans la gouvernance politique, sociale et économique de leurs peuples (idem. 2007).

La culture européenne avait un point de vue très différent sur le rôle de la femme au sein de la société ; les femmes ont été considérées comme dépendantes des hommes et devant leur appartenir. D'après l'association des femmes autochtones du Canada (2002), les valeurs patriarcales européennes, les notions des rapports entre les sexes et de la sexualité ont été inculquées de force aux autochtones à travers le processus d'assimilation, de conversion et de génocide culturel. Le processus de colonisation a remplacé des valeurs autochtones avec la sacralisation de la sexualité, par les notions européennes des femmes sexuellement passives et soumises aux désirs sexuels des hommes. Très vite, cette idéologie a rendu les femmes vulnérables à l'exploitation sexuelle par des hommes européens et autochtones. Le résultat à long terme de cette misogynie est que, de nombreux hommes et femmes autochtones ont intériorisé ces notions européennes du rôle féminin de la femme et ont dépossédé les femmes autochtones de leur statut traditionnel de l'honneur et de l'autorité (Fiske & George 2006).

## INTERNATS

Le système des internats indiens était peut-être l'élément le plus dévastateur de la domination coloniale pour les peuples autochtones. Le système des internats avait été officiellement en service au Canada entre 1892 et 1969, avec l'objectif principal d'assimilation de tous les peuples autochtones (FSS (Fondation de soins du sida) 2001). Des générations d'enfants ont été séparées de leurs familles, de leurs communautés, de leurs cultures et de leurs langues et placées dans des internats, où beaucoup ont souffert de la violence mentale, émotionnelle, physique et sexuelle (Jacobs et Williams, 2008). Il a été démontré que des abus sexuels dans les communautés autochtones ont été relativement rares ou inexistantes avant la colonisation (Fournier & Crey, 1997; Hylton, 2002).





Jacobs et Williams (2008) décrivent des effets spécifiques et destructeurs du système des internats sur les femmes autochtones et leurs enfants. Selon ces auteurs, «les femmes autochtones dont des enfants et des petits-enfants ont fréquenté les internats ont été privées de leur rôle traditionnel de mères, grands-mères, soignantes, nourrices, éducatrices et responsables des décisions familiales» (idem. 2008: 127). En plus, les jeunes filles, qui ont fréquenté ces écoles, ont été privées de l'amour de leurs mères et de la possibilité d'apprendre de leurs mères et grands-mères et d'acquérir des notions parentales positives. Il en résulta une perte significative de leur culture et une dévalorisation de femmes autochtones au sein de leurs communautés.

Bien que le système des internats a été officiellement abandonné, son héritage a persisté dans ce qui a été décrit dans la littérature comme un traumatisme intergénérationnel ou historique (Barlow, 2003 ; Pearce et al. 2008, Mann 2005). «Les élèves, qui ont fréquenté les internats, ont souvent ramené dans leurs communautés ce qu'ils avaient appris sur le contrôle et l'abus et ont infligé cela, par la suite, à leurs propres enfants» (Chester et al. 1994). Le traumatisme est transmis d'une génération à l'autre par des survivants de ce système qui élèvent leurs enfants et leurs petits-enfants. Mann (2005) décrit cela comme un cycle de violence, où des survivants sont devenus des commanditaires. Ce traumatisme intergénérationnel a conduit à une multitude de problèmes sociaux au sein des communautés autochtones, y compris la négligence envers des enfants, la toxicomanie, la violence et des abus sexuels (Pearce et al. 2008).

## **COLONISATION ET VIH/SIDA**

Les universitaires autochtones et non-autochtones conviennent que l'épidémie du VIH chez les peuples autochtones en Amérique du Nord est fondamentalement liée à l'impact cumulé de la colonisation et du système des internats (Barlow, 2003 ; Duran et al 2000 ; Vernon 2001 ; Pearce et al. 2008). La vision coloniale dégradante des peuples autochtones, en tant que non civilisés et ayant besoin de salut, a été utilisée pour justifier la saisie des terres, en imposant la gouvernance européenne et en retirant les enfants de leurs familles et de leurs communautés pour des buts « éducatifs ».

La politique coloniale, telle que le système des réserves, a entraîné le problème du logement inadéquat et surpeuplé, ainsi que l'isolement social et économique des peuples autochtones. Cette politique a également conduit à une exposition accrue au VIH chez les autochtones en réduisant l'accès aux ressources de soins de santé et de l'éducation (Barlow 2003;ASPC 2007). Bien que les mécanismes n'ont pas été pleinement explorés, l'impact de la colonisation sur le rôle de la femme, notamment la répression de la sexualité des femmes et leur exposition accrue à la violence sexiste, peuvent avoir des effets profonds sur l'exposition des femmes autochtones au VIH (AFAC 2007).

Le traumatisme latent physique et sexuel, direct et transmis, lié aux expériences vécues dans les internats et de l'héritage de ce système a entraîné de nombreux survivants et de leurs enfants à adopter des comportements négatifs, tels que la consommation de la drogue et / ou le comportement sexuel à haut risque, qui augmentent leur exposition au VIH (Mehrabadi et al. 2008; Pearce et al. 2008). En plus, les dégâts causés à l'identité culturelle autochtone, tels que la perte de la langue, de la tradition et de la connexion à la famille, ont eu des impacts négatifs sur leur santé mentale, ce qui pourrait les exposer davantage au VIH (Barlow, 2003).

## **VIOLENCE CONTRE LES FEMMES ET LES FILLES AUTOCHTONES**

Dans la pratique, la violence contre les femmes et les filles est ininterrompue et elle comprend la violence émotionnelle, physique et sexuelle, ce qui tend à estomper la ligne qui différencie la violence sexuelle des autres formes de violence. Ainsi, cette revue comprend les publications concernant toutes les formes de violence, avec un accent spécifique sur la violence sexuelle contre les femmes et les filles autochtones. Selon l'Organisation mondiale de la santé (2009: 1), la violence contre les femmes (VCF) est définie comme :

*« tout acte de violence basé sur l'appartenance sexuelle (VBAS) qui entraîne, ou est susceptible d'entraîner, une atteinte ou une souffrance physique, sexuelle ou mentale aux femmes, y compris la menace de tels actes, une contrainte ou une privation arbitraire de la liberté, que ce soit dans le domaine public ou dans la vie privée. »*

Le terme autochtone est parfois contesté, certaines femmes préfèrent être identifiées comme des membres des Premières nations, des Métis ou des Inuits, alors que d'autres préfèrent les termes autochtone ou indigène. Les

chercheurs et les autres personnes ont une tendance d'assimiler les divers groupes d'indigènes vivant au Canada dans la catégorie généralisée des «autochtones» (Castellano 2004). Toutefois, il existe des différences significatives dans les expériences vécues des femmes entre et au sein de ces populations qui doivent être reconnus. La recherche actuelle et les efforts de surveillance concernant la violence contre les femmes ont tendance à ne pas communiquer les données en utilisant les catégories des Premières nations, des Métis et des Inuits, il est donc difficile d'évaluer les différences culturelles entre les expériences de la violence sexuelle subit par des femmes autochtones.

Néanmoins, tous les groupes de femmes autochtones du Canada éprouvent la violence psychologique, physique et sexuelle qui est omniprésente et disproportionnée par rapport à la violence contre leurs homologues non autochtones. Les femmes autochtones ont signalé d'être trois fois plus susceptibles de vivre une certaine forme de violence des mains de leurs partenaires, que les femmes non autochtones, et sont huit fois plus susceptibles d'être tuées par leur partenaire après la séparation (Statistique Canada 2006). Les résultats de l'enquête sur la santé des Inuits du Nunavik (2004) indiquent que la moitié des femmes sont victimes d'abus sexuels ou de tentatives d'abus sexuels dans leur enfance et qu'une femme sur quatre est victime de la violence sexuelle dans sa vie d'adulte. Les statistiques sur la violence sexuelle contre les femmes dans les Territoires montrent un taux de 3 à 14 fois plus élevé que la moyenne nationale, en plus les femmes autochtones sont deux fois plus susceptibles d'être agressées sexuellement par leur partenaires intimes que les femmes non autochtones (Statistique Canada 2006).

L'exposition des enfants autochtones à des abus sexuels et à l'exploitation est également une préoccupation majeure. Bien que les filles et les garçons sont également affectés par ce problème, les statistiques nationales indiquent que les filles sont deux fois plus susceptibles d'être exposées à des abus sexuels dans l'enfance que les garçons (Comité Badgley, 1988; Trocmé et Wolfe 2001). Il a été rapporté que «jusqu'à 75% des survivants d'agressions sexuelles dans les communautés autochtones sont des jeunes femmes de moins de 18 ans, 50% parmi elles ont moins de 14 ans et près de 25% parmi elles ont moins de 7 ans (METREC 2001).» Selon Pauktuutit (1991), le taux d'abus sexuels contre des enfants dans certaines communautés inuites peut atteindre 80%.

Non seulement les femmes autochtones sont plus susceptibles de subir la violence, mais en plus elles subissent des formes de violence plus graves, potentiellement mortelles. En 1999 et 2004, pour l'enquête sociale générale canadienne (ESG), des femmes autochtones ont déclaré avoir été étranglées ou battues, menacées avec un pistolet ou un couteau ou d'avoir été agressées sexuellement (Statistique Canada 2006). Les violences subies par les femmes autochtones ont également des conséquences plus graves sur l'état de leur santé, telles que «d'avoir subi des blessures, d'avoir reçu des soins médicaux, d'avoir pris congé des activités quotidiennes suite à des agressions, d'avoir subi des agressions répétitives, 10 ou plus de la part du même agresseur, et d'être plus enclines à penser que leur vie est en danger » que les femmes non autochtones vivant au Canada (Statistique Canada 2006: 65). McEvoy et Daniluk (1995) soutiennent que la réponse aux nombreux agressions vécues par beaucoup de femmes autochtones doit être comprise en termes de stress post-traumatique (SSPT) <sup>1</sup>.

Les femmes autochtones sont deux fois plus susceptibles d'être agressées sexuellement par un étranger que les femmes non autochtones (Cohen & MacLean, 2004). La violence non conjugale est également plus fréquente chez les femmes autochtones et elles rapportent plus souvent les agressions commise par une connaissance ou par une personne étrangère. Le taux d'harcèlement est également deux fois plus élevé chez les femmes autochtones que chez les femmes non autochtones (Statistique Canada 2006).

Le niveau actuel de violence commis contre des femmes autochtones au Canada a probablement été sous-estimé, étant donné des erreurs et des restrictions dans les méthodes de collecte de données. Par exemple, l'ESG de 2004 a été menée par téléphone en français et en anglais et par conséquent a exclu des femmes autochtones vivant dans des zones reculées et sans accès au téléphone, ainsi que les femmes qui communiquent plus facilement dans leur propre langue autochtone (Statistique Canada 2006). Il a également été suggéré que les normes culturelles parmi certains peuples autochtones peuvent empêcher les femmes de divulguer des renseignements personnels à leur interlocuteur (idem. 2006).

---

<sup>1</sup>Le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) est un trouble d'anxiété qui peut se développer après une ou plusieurs expériences traumatisantes. Le symptôme peut se manifester par le retour vers le passé, l'engourdissement, l'évitement et le «sentiment d'être tendu» (Centre national de SSPT 2009).



La violence contre des femmes et des jeunes filles autochtones constitue la transgression la plus fondamentale des droits des femmes au Canada. En fait, de nombreux chercheurs ont attribué le taux plus élevé de la violence non-conjugale contre les femmes autochtones, au racisme et au sexisme systémique (Amnesty International 2004; AFAC 2007; Mann 2005; Harper 2006). La perception des femmes autochtones comme cibles faciles et comme personnes de deuxième catégorie - une vue renforcée par la marginalisation socio-économique et sexiste et la politique discriminatoire - a été liée à l'augmentation du risque de violence dans des centres urbains et aux alentours (Mann 2005). La crise a été reconnue par Amnesty internationale dans sa publication fondamentale *Sœurs volées : Discrimination et violence contre les femmes autochtones au Canada* (2004). Ce rapport a suscité un tollé national et international contre le traitement des femmes autochtones au Canada. Au titre d'exemple, 500 femmes autochtones peuvent être portées disparues ou assassinées sans qu'une enquête policière adéquate ou une enquête officielle ne soit faite à ce sujet, ce qui laisse penser qu'il existe une discrimination systémique contre les femmes autochtones (idem. 2004).

Plusieurs facteurs contribuent à l'exposition accrue des femmes autochtones à la violence. La violence dans les communautés autochtones a été liée à des carences économiques et sociales, à une population plus jeune, à un plus grand nombre d'unions de fait, à la toxicomanie et à l'abus émotionnel (Brownridge 2003). La surreprésentation des femmes autochtones dans la prostitution de rue est également considérée comme un facteur de risque, étant donné la violence omniprésente vécue par cette population (Mehrabi et al. 2007). Comme indiqué précédemment, d'autres recherches ont liées la violence aux effets du colonialisme, tel que la destruction de la parentalité saine résultant du système des internats, le racisme et la discrimination systématique contre les peuples autochtones, la dévalorisation du rôle féminin de la femme autochtone, et la perte de cultures traditionnelles et des valeurs (Barlow, 2003; Amnesty internationale 2004; Jacobs et Williams 2008; Pearce et al. 2008; Harper 2006; CRPA, 1996).

## **FEMMES AUTOCHTONES ET EXPOSITION AU VIH**

VIH / sida continue de poser un problème urgent de santé pour les peuples autochtones à travers le pays. Les femmes autochtones, en particulier, font face à un nombre croissant et disproportionné d'infections du VIH (ASPC 2007; Shannon et al. 2008). Selon l'ASPC (2007), les femmes représentaient un taux de 48,1% de test séropositifs dans la population autochtone entre 1998 et 2006, comparativement à 20,7% dans la population non autochtone. Bien que les autochtones ne représentent que 3,8% de la population canadienne, en 2005, on estimait le taux d'infection des autochtones d'environ 7,5% sur l'ensemble d'infections par le VIH (ASPC 2007; Mehrabi et al. 2008). Les femmes et les filles autochtones ont un taux d'infection de plus en plus élevé et les femmes infectées sont plus jeunes et elles sont plus susceptibles d'être diagnostiquées avec le sida que les femmes de l'ensemble de la population (Gatali & Archibald 2003). Les principaux modes de transmission du virus sont : l'utilisation de drogues par voie intraveineuse (64,4%) et les contacts hétérosexuels (34,1%) (ASPC 2007).

Les liens entre la violence spécifique à l'appartenance sexuelle (SAS) et le VIH/sida sont bien établies et parfois dénommée une «double épidémie» (Kathewera-Banda et al. 2005; Mamam et al. 2000). La violence spécifique à l'appartenance sexuelle et le VIH/sida se renforce mutuellement. La violence sexuelle contre les femmes peut conduire à l'infection immédiate par le VIH. Aussi, l'exposition à la violence, en particulier les abus sexuels dans l'enfance, peut détériorer la santé mentale des femmes, qui peut déboucher sur des comportements à risque, tel que la prostitution, les partenaires sexuels multiples et la toxicomanie (Farley et al. 2005; Heise et al. 1999; ONUSIDA 2003). À cause de SAS les femmes peuvent avoir plus de difficultés de négocier des rapports sexuels protégés ou d'adhérer aux traitements thérapeutiques médicaux, elles peuvent aussi être incapables de mener une vie saine et digne. Rajoutons que les femmes séropositives peuvent rencontrer une violence accrue de leurs partenaires, de leurs familles et /ou des communautés en raison de la stigmatisation et de la peur qui entourent leur statut séropositif (idem. 2003).

Les femmes autochtones sont touchées par le VIH d'une façon propre à leur sexe et à leur identité culturelle. Les déterminants issus de l'impact de la colonisation ont créé la pauvreté persistante, la marginalisation sociale et des traumatismes latents, ce qui peut accroître leur exposition au VIH/sida. Pour ces raisons, la position des femmes autochtones à l'intersection de la SAS et du VIH/sida doit être comprise dans le contexte d'un peuple colonisé (Ship & Norton, 2001).

L'analyse des données démographiques du projet Cedar aide à établir des liens complexes entre le traumatisme historique et le risque du VIH chez les jeunes autochtones. Le projet Cedar est une étude en cours d'évolution de

groupes<sup>2</sup> formés de jeunes autochtones (âgés de 14 à 30 ans) qui consomment des drogues et résident dans les villes de Prince George et de Vancouver en Colombie-Britannique. Pearce et al. (2008) ont examiné un échantillon de 543 jeunes autochtones (52 % d'hommes, 48 % de femmes), participant au projet Cedar, afin de déterminer si un traumatisme du passé est associé à des antécédents d'abus sexuels et de la violence sexuelle était un facteur prédictif de l'impact négatif sur la santé et le statut séropositif. Leurs recherches ont révélé que l'implication dans le système de placement familial ou d'avoir au moins un des parents ayant fréquenté un internat étaient associés d'une façon significative au fait d'avoir subi la violence sexuelle. Les abus sexuels ont été associés au statut séropositif, ainsi qu'aux facteurs de risque vis-à-vis du VIH, tels que des problèmes de santé mentale, la consommation de drogue, la prostitution et des partenaires sexuels multiples. Les auteurs attribuent les effets cumulatifs des traumatismes du passé et des traumatismes actuels à l'exposition accrue des jeunes autochtones aux maladies, y compris l'infection par le VIH (idem. 2008). Il est à noter que la majorité de ceux qui ont subi des sévices sexuels dans l'enfance (71%) étaient des filles et des jeunes femmes.

Une étude qualitative menée par Mill (1997) a interprété les données d'interviews de huit femmes autochtones séropositives vivant dans le nord de l'Alberta. Elle montre que le comportement à risque vis-à-vis du VIH représente également des pratiques de survie pour des femmes autochtones. L'analyse de Mill illustre comment un tel vécu transformateur des relations familiales problématiques, de la consommation de la drogue, des abus émotionnels, physiques et sexuels contribuent à la perte de l'estime de soi, ce qui peut conduire à une fugue, à la consommation de la drogue, aux partenaires sexuels multiples, à la prostitution et la victimisation de nouveau. Mill (1997) soutient que de telles réactions sont les techniques de survie pour pouvoir échapper du milieu familial déplorable et comme résultat, les participantes à cette étude ont un risque accru d'exposition au VIH.

Les conclusions de Mill ont été confirmées par une étude qualitative plus récente réalisée par McKeown et al. (2003), qui a constaté que la maltraitance, la négligence et la violence sont souvent associées à l'héritage persistant des internats. En plus, par une ironie cruelle, des abus, la négligence et la violence ont souvent pour le résultat que des jeunes femmes autochtones sont retirées de leur foyer, soit suite à l'intervention gouvernementale ou suite à des fugues. Bien qu'en quittant le foyer familial violent cela règle un problème, mais en même temps en crée un autre, en donnant lieu à un sentiment de perte et d'absence et en soumettant les jeunes femmes à de nouveaux risques et dangers. Ces auteurs affirment que «les impératifs économiques combinés à la vulnérabilité émotionnelle et physique, a conduit à des comportements et des situations qui exposent [les femmes] au risque d'infection par le VIH» (idem. 2003: 403).

Les jeunes femmes autochtones seraient surreprésentées dans la prostitution de rue (Kingsley et Mark 2000; Nixon et al. 2000). Les femmes impliquées dans la prostitution sont très exposées à la violence et à la drogue (Farley et al. 2005; McEvoy & Daniluk 1995; Nixon et al. 2002; Shannon et al. 2008). Shannon et al. (2008) ont examiné le rôle de la violence sociale et structurelle sur le risque par rapport au VIH et des pratiques de prévention des femmes, par le biais de groupes sociaux de discussions menés par des pairs avec 46 femmes impliquées dans la prostitution ou la consommation de drogues injectables (CDI). Sur les 46 femmes ayant participé à cette étude, 57% se sont auto-identifiées comme étant autochtones. Cette étude apporte un éclairage sur la manière dont les relations de pouvoir entre les sexes et la violence systématique et structurelle, affectent directement et indirectement le pouvoir des femmes (la capacité de s'entre aider) et l'accès aux ressources de la réduction des effets négatifs.

Ces auteurs identifient les obstacles au pouvoir féminin au niveau d'entourage proche, y compris les «petits amis dans le rôle de souteneurs et la « violence quotidienne » des mauvaises rencontres», au niveau individuel, y compris «un manque de lieux sûrs pour se rencontrer et les impacts néfastes de la police locale» et au niveau social, tel que « un état de manque et la nécessité de se prostituer pour acheter de la drogue» (idem. 2008: 911).

Ship & Norton (2001) affirment que, en raison de leur sexe et de leur identité culturelle, les femmes autochtones vivent le VIH/sida différemment des hommes autochtones et des femmes non autochtones. Ces auteurs font valoir que de nombreuses femmes des Premières nations atteintes du VIH sont des mères, souvent des mères célibataires vivant en dessous du seuil de pauvreté. Des ressources financières limitées obligent les femmes à choisir entre l'achat de médicaments coûteux ou de nourrir leur famille, ce qui est souvent prioritaire (idem, 2001). Parce que les rôles sociaux des femmes autochtones en tant que responsables de leurs enfants, de leurs maris, de leurs familles

<sup>2</sup>L'étude d'un groupe au cours du temps est une recherche qui suit un groupe sélectionné d'individus pendant une période assez longue





élargies et de leurs communautés, il leur reste peu de temps pour s'occuper d'elles-mêmes.

La stigmatisation des personnes autochtones atteintes et affectées par le VIH/sida existe dans les deux communautés autochtone et non autochtone du Canada (Mill et al. 2008). Alors que certaines communautés acceptent leurs membres séropositifs, de nombreuses communautés font de la stigmatisation et de la discrimination à leur rencontre, motivée par la peur et par un manque général de connaissances sur le VIH (Ship & Norton, 2001). En plus de la stigmatisation qui entoure le VIH/sida, les femmes autochtones subissent également une discrimination sexiste. Le risque d'avoir une étiquette « de femme facile », « de mauvaise mère » ou « de femme qui a bien mérité sa maladie », ainsi que la conviction que la divulgation entraînera la stigmatisation de leurs enfants, ont pour effet que de nombreuses femmes séropositives ne divulguent pas leur statut ou quittent leurs communautés (Ship & Norton 2001: 28). Un manque réel ou imaginaire de la confidentialité au sein des centres autochtones de santé empêche également les femmes autochtones de faire le dépistage du VIH (Matiation 1999; Vernon 2001; RCAS 2005). Le racisme systématique, notamment les attitudes de discrimination dans le milieu des soins de santé, ajoute un troisième niveau de stigmatisation que rencontrent les FAAS (Mill et al. 2008).

## **BARRIÈRES DE SERVICES SOCIO-SANITAIRES**

Les niveaux multiples de la stigmatisation que rencontrent les FAAS créent des barrières par rapport aux services de santé, laissant de nombreux FAAS et leurs enfants sans soutien formel (Santé Canada, 1996; Ship & Norton, 2001). Beaucoup de femmes autochtones ont signalé la discrimination raciale et la perception du racisme dans leurs rapports avec le système de soins de santé (Adelson, 2005; Browne & Fiske 2001; Bucharski et al. 2006; Tang & Browne 2008; Vernon, 2001). Des stéréotypes culturels et d'appartenance sexuelle tels que « drôlesse, salope, sale indienne, [et / ou] pute noire » sont des exemples des expériences négatives des femmes autochtones avec des prestataires de services de soins de santé (Bucharski et al. 2006: 729). C'est aussi une opinion générale que des prestataires de service dans les établissements de santé présument que les femmes autochtones sont des prostituées et des toxicomanes (idem. et al. 2006).

Ship et Norton (2001: 28) affirment que la stigmatisation et les obstacles par rapport aux services de soins de santé rencontrés par les femmes autochtones les poussent dans la position d'un « isolement extrême ». Le rejet par la communauté, le racisme systématique et le sexisme, la marginalisation socio-économique, et des antécédents de traumatisme et de subordination entre les sexes liés au colonialisme ont placé des FAAS dans une situation de marginalité et de vulnérabilité extrêmes.

Un manque de services de soins accessibles et culturellement appropriés représente un obstacle important à l'accès aux services de santé pour un grand nombre d'autochtones atteints par le VIH/sida ; cependant, la nature des barrières aux services traditionnels de santé diffère selon les sexes (RCAS: 2005a; Bucharski et al. 2006 ; Ship & Norton, 2001). Les résultats du rapport du RCAS, Les autochtones canadiens atteints du VIH/sida : les soins, le traitement et le soutien (2005b) suggèrent que les FAAS connaissent moins bien que les hommes autochtones l'existence et la localisation des services de santé autochtones et ont un moindre appui logistique pour accéder à ces services (RCAS 2005a). Il a été suggéré qu'en raison du manque de services de soins culturellement adaptés, des femmes autochtones sont moins inclinées d'effectuer un dépistage précoce (Bucharski et al. 2006; RCAS 2005; Ship & Norton, 2001). Tout au long des dernières décennies, les communautés autochtones ont commencé à contrôler leurs propres services de santé, mais les femmes autochtones ont demandé des analyses selon les sexes (Mann 2005).

Malgré des recherches émergentes qui enquêtent sur les relations entre la consommation de drogues, la prostitution, la violence, le VIH / sida et les traumatismes du passé, très peu d'éléments sont connus sur la façon dont les FAAS vivent et interprètent la violence dans le contexte de leur vie personnelle et de leurs cultures. En plus, les recherches à ce jour ont eu tendance à étudier sur les échantillons de population des centres urbains de l'ouest du Canada, surtout à Vancouver, dans le quartier bien connu de l'est. Ainsi, il est nécessaire de comprendre comment les facteurs liés à l'appartenance sexuelle, à la culture, et à la violence sexuelle affectent des FAAS dans d'autres régions du Canada.

Bien que beaucoup de preuves existent sur la relation entre la violence sexuelle et le VIH/sida, aucune étude nationale et qualitative n'explore les effets de la violence sexuelle sur les femmes autochtones dans le contexte des cultures autochtones et des identités sexuelles. En examinant les expériences vécues par des FAAS, cette étude fournit une analyse complète et détaillée de l'interaction entre le sexe, la culture et le VIH/sida par rapport aux



femmes autochtones qui ont survécu et / ou sont victimes de la violence sexuelle. Conformément aux recherches émergentes qui placent la santé des autochtones au sein du discours plus large des peuples colonisés, cette recherche emploie un cadre d'analyse de la colonisation et la théorie de l'appartenance sexuelle.



# MÉTHODOLOGIE

Cette étude qualitative a exploré les questions liées à la violence sexuelle et au VIH/sida chez les femmes autochtones. En examinant les expériences vécues par des FAAS, cette étude visait à éclairer sur la façon dont des FAAS connectent l'impact de la violence sexuelle à leur infection par le VIH, à leurs réalités sociales actuelles et à leurs expériences de vie passée et comment, dans le cas échéant, ces expériences influencent leur prise en main de soins de santé.

Les objectifs de cette étude étaient les suivants :

- Explorer les moyens par lesquels des FAAS comprennent et font face à la violence sexuelle dans leur vie personnelle et dans le contexte de la culture autochtone.
- Avoir une meilleure compréhension de l'interaction entre la violence sexuelle et la culture.
- Identifier les spécificités de l'expérience féminine autochtone de la violence sexuelle et de l'infection par le VIH.

Pour atteindre ces objectifs, quatre questions de recherche ont été traitées :

1. Comment les facteurs combinés de l'appartenance sexuelle, de la culture et du statut vis-à-vis du VIH/sida touchent les femmes autochtones qui cherchent des services de soins de santé ?
2. Comment les femmes autochtones comprennent et à interprètent la violence sexuelle ?
3. Quels sont les outils culturels, si ils existent, utilisés par de FAAS pour gérer leur santé ? (Exemples : les foyers, les aliments locaux, l'herbe sacrée et la sauge pour l'immaculation, etc)
4. Quelles sont les implications de la politique et des programmes émergents quand on pose des questions de la violence sexuelle, des sexes et de la culture ?

La définition de la violence sexuelle est utilisée dans la conception de cette étude et a été empruntée à la coalition des centres d'aide aux victimes de viol d'Ontario (2005) :

*L'agression sexuelle, y compris toute sorte d'attouchements sans consentement jusqu'à la pénétration ; le viol ; l'harcèlement sexuel, dont les mots, les actions, et d'autres comportements de nature sexuelle qui peuvent amener une personne à se sentir intimidée ; les abus sexuels dans l'enfance ; l'inceste ; les sévices sexuels d'une personne handicapée ; d'autres infractions telles que proférer une menace proférée, la séquestration, la pornographie enfantine et d'autres.*

## CONCEPT D'ÉTUDE : LA RECHERCHE PARTICIPATIVE SUR LES BASES COMMUNAUTAIRES ET PCAP

Cette étude était fondée sur une base communautaire et sur la méthodologie participative dans le respect des principes autochtones de propriété, de contrôle, d'accès et de possession (PCAP). Les principes PCAP représentent « l'autodétermination appliquée à la recherche » de la manière suivante : une communauté autochtone ou le groupe possède les informations collectives, des groupes autochtones ou des individus contrôlent le processus de recherche, de la conception à l'analyse et à la diffusion, les informations et les données sur les autochtones sont accessibles aux autochtones et aux groupes autochtones ou les individus ont le droit de posséder ces données. (extrait de [www.caan.ca](http://www.caan.ca) 2009 ; Patterson et al. 2006).

« Recherche-action participative est une philosophie alternative dans la recherche en sciences sociales [qui est] souvent associée à la transformation sociale » (Kemmis & McTaggart 2000: 568). Le RCAS utilise cette méthode de la recherche de préférence pour sa cohérence avec les principes de PCAP. Le « questionnement » de la recherche est articulé par la communauté canadienne autochtone de lutte contre le VIH et reflète les aspirations de cette communauté pour influencer les changements dans la politique et des pratiques qui peuvent profiter aux problèmes sanitaires.

L'impulsion pour cette étude provient des membres du RCAS qui ont identifié des manques d'information autour des questions de la violence sexuelle, des sexes et de la culture en rapport avec des FAAS. À l'assemblée générale annuelle du RCAS de 2003 tenue à Nakoda Lodge, en Alberta, les membres du RCAS ont demandé à l'organisation de combler cette lacune. Un groupe de discussion préliminaire a été organisé avec des FAAS, qui ont confirmé que la violence sexuelle liée à la pauvreté, la discrimination raciale, les internats et l'absence des services appropriés à la culture et à l'appartenance sexuelle étaient une préoccupation majeure et permanente pour les femmes autochtones atteintes de et affectées par le VIH. Conformément aux principes PCAP, ce processus représente une approche sur la base communautaire et participative de la recherche avec la « problématique » identifiée par la communauté affectée. Par l'intermédiaire du groupe de discussion, la communauté affectée a été en mesure d'influencer sensiblement la forme et la direction de la recherche.

Conformément aux principes PCAP, l'équipe de recherche de cette étude comprenait des universitaires autochtones et des chercheurs communautaires, chacun apportait son expertise dans les domaines du VIH/sida, de la culture autochtone et de l'appartenance sexuelle. La démarche de la recherche a été développée et améliorée par les membres de l'équipe de recherche (chercheur principal et chercheurs adjoints) qui ont apporté leurs expériences uniques, des perspectives et des compétences dans le domaine du VIH/sida chez les autochtones. Les membres des communautés, y compris des FAAS et des prestataires de services de soins ont collaboré avec la communauté et des chercheurs afin de promouvoir un véritable partenariat entre l'équipe de recherche et la communauté des FAAS. Des organismes communautaires de services de soins de santé ont été sollicités en tant que principaux collaborateurs et notamment les organisations suivantes membres du RCAS : Healing Our Spirit (Guérir notre esprit) à Vancouver, Colombie-Britannique, All Nations Hope (L'espoir de toutes les Nations) à Regina, Saskatchewan, et le Centre d'amitié autochtone de Montréal, Québec.

L'utilisation des chercheurs pairs de terrain issus de la communauté démontre un niveau supplémentaire de l'implication communautaire cohérente avec les principes éthiques pour mener des recherches impliquant des peuples autochtones. L'article 10 des Lignes directrices des IRSC pour la recherche en santé chez les peuples autochtones (2007: 27) stipule : «Les chercheurs devraient, si possible, employer des membres de la communauté» et devrait «inclure une formation en méthodes de recherche et un éthique.» Dans cette étude, nous avons employé des enquêtrices autochtones et non autochtones ayant des âges différents et vivants à Vancouver, à Regina et à Montréal.

Les chercheurs internationaux sur la violence contre les femmes suggèrent que des caractéristiques comme le sexe, l'âge et les habilités interpersonnelles de l'enquêteur affectent de façon significative la volonté des participantes féminines de divulguer leurs expériences de la violence (Jansen et al. 2004). Des recherches ont également montré que si les femmes sont interrogées par des femmes il en résulte une expérience globale plus positive pour les participantes à l'étude et peut réduire le nombre de réponses socialement souhaitables (Jansen et al. 2008; Tang 2002). En employant des femmes autochtones et les jeunes femmes qui connaissent et sont sensibles aux cultures autochtones et aux problèmes sociaux, on a créé un climat de confiance, de respect et de compréhension au cours des entretiens, facilitant la discussion intime sur des sujets sensibles, notamment sur la violence sexuelle.

## **CONCEPT D'ÉTUDE : LA THÉORIE BIEN ÉTABLIE**

Une approche fondée sur la théorie a été utilisée pour cette étude pour mener des recherches sociales et a été décrite comme une stratégie inductive, subjective et orientée vers le processus de recherche (Corbin et Strauss 1998; Creswell 1998). Ce processus commence avec l'acquisition de données représentatives des expériences vécues des participants. La théorie émerge à partir des données dans un mode « du bas vers le haut », plutôt que d'être imposée à l'avance (Berg, 1998, Strauss, 1987). Le but n'est pas d'obtenir des réponses à un ensemble rigide de questions prédéterminées, mais de saisir aussi complètement que possible, le point de vue des participants. Une fois les données collectées, elles sont codées en catégories et en thèmes, qui sont ensuite comparées et confrontées et développées dans une théorie sensée. Le codage est «le processus par lequel les données sont fracturées, mises dans le contexte et intégrées» pour l'analyse (Strauss & Colbin 1990). Étant donné que peu d'informations existent sur la relation entre le VIH et la violence sexuelle dans le contexte des cultures autochtones et de l'identité sexuelle, cette approche qualitative a été jugée la mieux adaptée pour explorer le sujet.

Les méthodes qualitatives (entretiens à questions-ouvertes, en tête-à-tête) a permis une interaction interpersonnelle et la possibilité d'acquérir les descriptions riches et profondes – ce qui est crucial pour



comprendre l'interaction entre la violence sexuelle et le VIH. Cette approche a été conçue pour traiter les données préliminaires du groupe de discussion pour s'assurer « d'un engagement sur la façon des participants d'interpréter et de donner du sens à leurs expériences » (Harrison, 2002: 864). Les entretiens semi-structurés généralement abordent un certain nombre de sujets et de questions prédéterminés, mais les participants sont également encouragés à dépasser cette frontière, à soulever de nouvelles questions et d'aller au-delà des questions abordées. Par conséquent, les instruments de collecte de données n'étaient pas finalisés avant le début des entrevues et des groupes de discussion. Plutôt, ces instruments ont été soigneusement formulés vis-à-vis des paramètres des objectifs de l'étude et de la portée de l'enquête, puis adaptées à chaque situation de collecte de données et le contexte culturel. Dans cette étude, l'environnement des entrevues privées fournit des espaces sûrs pour des FAAS pour qu'elles puissent parler de leurs histoires, parfois pour la première fois.

Le guide d'entretien est orienté sur la violence sexuelle et le VIH / sida, ainsi que sur la gestion de la santé. L'entrevue modèle a été conçue comme un «guide» et un «document vivant», qui a évolué suite à de nouvelles questions soulevées par des participantes. Des questions ouvertes ont permis aux participants de sortir du cadre de ce guide et de soulever de nouvelles questions. Les enquêteurs utilisaient des approches différentes, ce qui a entraîné des changements dans la formulation et dans l'ordre des questions. Bien que les enquêteurs aient été encouragés à sonder les réponses des participantes, il a été laissé à la discrétion de l'enquêteur les questions à inclure et à exclure. Cela a permis à l'enquêteur d'éviter les questions qui auraient pu bouleverser une participante.

## RECRUTEMENT

Les participantes ont été recrutées par une stratégie passive grâce à des affiches d'information discrètes détachables et au format de poche. Des affiches ont été distribuées dans des organisations de lutte contre le sida (OLS), des refuges pour femmes battues et sans-abri, les sites d'échange de seringues, les cliniques communautaires et des hôpitaux à Montréal, à Ottawa, à Vancouver et à Regina. En plus, les travailleurs sociaux, les prestataires de services de soins et les défenseurs des droits des PAAS du RCAS ont aidé en informant des FAAS à propos de cette étude. Pour pouvoir recruter des participantes des régions urbaines et rurales, le recrutement a eu lieu dans les centres urbains où des FAAS des villes et de la campagne se rassemblent.

Les critères d'éligibilité pour la participation à l'étude étaient :

- Les femmes autochtones (auto-identifiée : des Métis, des Inuits et des Premières nations, avec ou sans statut)
- statut séropositif (auto déclaré)
- L'expérience vécue de la violence sexuelle
- Agées de plus de 18 ans
- Domiciliée à Montréal, à Vancouver, à Regina, à Ottawa ou dans leurs environs

Des honoraires en espèces de 25 \$ ont été remis à chaque participante. Les participantes ont été informées qu'elles pouvaient refuser toute question pour une raison quelconque et qu'elles étaient libres de mettre fin à l'entrevue à tout moment sans perdre leurs honoraires.

## COLLECTE DES DONNÉES ET L'ANALYSE

Toutes les entrevues ont été enregistrées en utilisant un équipement audio numérique et des logiciels. Des entrevues ont été transcrites en utilisant Verbatim Services d'Ottawa et l'exactitude des transcriptions a été vérifiée avec des bandes d'enregistrement par le coordonnateur de la recherche. Verbatim Services d'Ottawa ont signé un accord de confidentialité avant de recevoir des données audio brutes. On a effacé des transcriptions toutes les informations d'identification y compris les noms, les lieux, les centres de service ainsi que toute autre information.

Ceux qui ont eu accès aux données brutes étaient les principaux chercheurs, les enquêteurs, la coordonnatrice de recherche, l'assistant de recherche et les transpositeurs. Les données brutes et les transcriptions audio sont stockées dans des armoires fermées à clef à l'office du RCAS. Les formulaires de consentement signés et tout autre

---

<sup>3</sup> (participants from other urban centres were also eligible)

formulaire qui identifient les participantes sont également stockés dans une armoire séparée et verrouillée. Les participantes ont eu le droit de demander que le matériel audio soit détruit à tout moment pendant le processus de recherche. Sauf indication contraire par les participantes, toutes les données seront gardées sous clé pendant cinq ans, puis détruites. Les informations et les données recueillies pour cette étude ne seront pas disponibles à toute autre recherche ou programme, à l'exception de ceux, rendus publics dans ce rapport.

Les données ont été codées à l'aide de ATLAS.ti Scientific Software. Les résultats de codage initial ouvert ont été interprétés individuellement par les membres de l'équipe de recherche. Une série de téléconférences et de réunions d'équipe de recherche en face-à-face a permis aux membres de l'équipe d'intégrer leurs interprétations des codes initiaux dans des schémas et des thèmes plus larges. Une équipe de recherche, dirigée par des autochtones, a permis que des résultats reflètent des réalités les plus pertinentes de l'expérience des FAAS.

## **PROTOCOLE DE L'ÉTHIQUE**

Les considérations éthiques pour cette étude ont été guidées par la déclaration politique du tri-conseil : L'éthique de la recherche avec des êtres humains (IRSC et al. 1998), avec une référence particulière à la Section 6 : Les recherches portant sur les peuples autochtones, et les lignes directrices des IRSC pour la recherche en santé des peuples autochtones (2007). L'examen éthique et l'orientation de cette étude était fourni par le conseil des recherche en sciences éthiques de l'Université de Dalhousie.

Les recherches portant sur la violence contre les femmes présentent des défis uniques et des risques pour les participantes et pour ceux qui sont impliqués dans la recherche (Jansen, 2007). Dans cette étude, ces risques ont été encore plus complexes à cause du maintien de la confidentialité pour une recherche sur les personnes atteintes du VIH/sida (PAAS). Les participantes pouvaient potentiellement courir des risques pour l'état de leur santé affective et mentale associés à la divulgation des expériences personnelles de la violence sexuelle ou en revivant les événements traumatisants (Jansen et al. 2004). En plus, les enquêteurs sont devenus vulnérables à un traumatisme d'autrui suite à des récits détaillés sur les expériences des participantes (Santé Canada 2001).

On s'est également préoccupé de la participation des chercheurs communautaires du terrain, en particulier ceux qui pourraient être associés avec des centres de services de soins utilisés par les participantes potentielles. Il y avait un risque que les femmes puissent se sentir obligé de participer afin qu'elles puissent être assurées d'un accès continu aux services. Les questions de confidentialité sur le statut séropositif et sur la divulgation des expériences de la violence sont d'une importance capitale. L'utilisation des chercheurs communautaires de terrain signifie que des informations sur les participantes pouvaient potentiellement circuler dans leurs communautés.

Plusieurs stratégies ont été utilisées pour éviter et/ou discuter les risques émotionnels des participantes à cette étude. Au moment de l'inscription, une première sélection a été effectuée par le coordonnateur de la recherche pour s'assurer que les participantes étaient au courant des questions qui seraient posées et seraient à l'aise pour parler de leurs expériences. Toutes les participantes devaient lire et signer un accord de consentement informatif, dont le contenu a été discuté en détail avant l'entrevue. Une liste détaillée de contacts des services locaux et gratuits d'orientation pour le VIH/sida et le traumatisme sexuel a été fourni à toutes les participantes. Les listes des services d'orientation comprenaient les services traditionnels curatifs autochtones, des OSS et des agences de conseils de style occidental. Dans la plupart des cas, les entrevues ont été menées dans les centres de service où une aide psychologique immédiate sur place était disponible.

Pour éviter les risques potentiels associés à la recherche communautaire sur le terrain, tous les chercheurs du terrain devaient assister à un atelier de formation formelle organisé par le RCAS. L'atelier de formation de la recherche du terrain : les entretiens approfondis et des femmes autochtones (Ottawa, 25-27 août 2008) comprenait des ateliers sur la vie privée et la confidentialité, la sensibilité au VIH, la recherche impliquant la violence contre les femmes et les aptitudes pour mener des entrevues qualitatives et empathiques avec des FAAS. En outre, les chercheurs locaux ont reçu une formation sur la façon de traiter une participante qui devient émotionnellement débordée et ont reçu des informations sur le traumatisme suite aux expériences subis et racontés par l'autrui. Les deux chercheurs du terrain et le coordonnateur de la recherche ont signé un accord de confidentialité avec le RCAS.





# CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON

Les vingt (20) entretiens avec des FAAS ont été réalisés entre septembre 2008 et février 2009. Les entrevues ont duré entre 20 minutes et un peu plus de deux heures. Toutes les entrevues ont été réalisées dans des cabinets séparés des centres de service de soins de santé, dans des hôtels et dans d'autres lieux choisis par des participantes. L'échantillon comprenait des Inuits, des Métis et des femmes des Premières Nations qui vivent en Colombie-Britannique, en Saskatchewan, au Manitoba, en Ontario et au Québec et sont atteintes par le VIH. Sur les 20 participantes interrogées, la moitié ont indiqué qu'elles vivaient autrefois dans des réserves ou dans des zones rurales. Les participantes étaient âgées de 25 à 55 ans, avec une grande proportion entre 30 et 39 ans (25%) ou entre 40 et 49 ans (35%).

Toutes les participantes ont déclarées d'être mères, dont plusieurs d'entre elles étaient des mères célibataires et d'autres, des grands-mères. La grande partie de l'échantillon (18) se sont identifiées comme hétérosexuels, l'une était bi-spirituelle et une autre transsexuelle. Les participantes ont déclarées leurs professions, leurs loisirs et leurs situations socio-économiques ; le groupe comprenait des professionnels d'horizons divers, ainsi que des femmes sans abri et / ou au chômage.

Treize participantes ont déclaré qu'elles parlaient leur langue autochtone, et presque toutes les participantes ont signalé d'avoir des liens solides avec leur culture et leur communauté. Bien que les participantes n'ont pas été interrogées spécifiquement sur les écoles internats, trois d'entre elles ont déclaré d'avoir fréquenté un internat dans leur enfance, et 18 ont déclaré avoir un ou plusieurs membres de la famille proche qui les ont fréquenté.

# RÉSULTATS

## EXPOSITION À LA VIOLENCE

### SOUFFRANCES DANS L'ENFANCE

Beaucoup de femmes, qui ont participé à cette étude, ont parlé de leur enfance et comment les premières expériences ont façonné leur vie. Presque toutes ont signalé diverses formes d'abus et de traumatismes vécus à partir d'un âge relativement jeune. De nombreuses participantes ont parlé de leurs expériences vécues de la négligence parentale et de la toxicomanie, ainsi que des abus sexuels, physiques et psychologiques au sein de leur famille. Ces souffrances ont souvent eu de profonds effets sur leur santé mentale, tels qu'une sous-estime de soi, l'absence de limites sexuelles, des sentiments d'impuissance, de dépression et des relations violentes.

### TRAUMATISME PSYCHOLOGIQUE

Le traumatisme psychologique subi par les participantes a souvent émergé du comportement de leurs parents ou des abus subis par une des personnes qui se sont occupées d'elles.

*« ...J'ai l'habitude d'aller chercher ma mère dans les maisons machins, vous savez, parce qu'elle voulait cette boisson. Je ne sais pas - je ne l'ai jamais vu embrasser ou toucher un homme ou rien, mais vous savez, elle a eu ses boissons et ça lui montait à la tête, tu sais ... »*

*«Je me suis précipitée dans cette maison à côté de chez mon oncle et je suis entrée là et n'ai vu que du sang, l'homme, étalé sur les murs, et ce lit, ce lit dans lequel ma mère s'est couchée... »*

*« Enquêteur : ...Alors, depuis l'âge de 12 ans, cette relation abusive a commencé. Y avait-il quelque chose avant ça dans votre enfance ou ailleurs ?*

*Participante : Non. J'ai seulement observé mon père avec ma mère. Que, tout au long de ma vie ... Je me cachais sous le lit ... »*

### ABUS SEXUELS

Beaucoup de femmes ont été victimes d'abus sexuels dans leur enfance, elles se sont souvent exposées à de nombreux partenaires abusifs mais elles ne pensaient pas pouvoir être aidées.

*« Et j'ai vu mon père - la façon dont il traitait son frère, mes frères et sœurs ... en brutalisant et euh, ça m'a rendu très nerveuse jusqu'à la panique, j'ai eu peur ... Lui, il m'a couru après, j'ai couru partout, je n'avais aucune place pour me cacher, j'étais au milieu de nulle part. »*

*« Ce que nos aînés nous disent [est] que, parfois, dans ce genre de situations, nous ne sommes pas censées de parler parce que l'homme sera, celui, qui perturbent les filles, et les perdra encore plus, on nous demande de ne jamais parler à propos de choses comme ça. Ça ne change rien ... »*

*« ...J'ai été victime d'abus sexuels à l'époque, mais personne ne le savait. Non pas par mon père, mais par un locataire qui vivait dans le sous-sol qui me gardait et, parce que mon père me battait, je ne disais rien, parce qu'il s'en serait servi contre moi ... »*

### VIOLENCE PHYSIQUE

Toutes les participantes à cette étude ont subi la violence physique. La violence physique a été une expérience en commun entre les participants de cette étude. Très fréquemment les personnes qui s'occupaient d'elles ont abusé d'elles dans leur enfance.

*«J'ai grandi dans une atmosphère de violence. J'ai été emmenée en dehors de mon foyer familial par les services d'Aide à l'enfance la première fois quand j'avais six ans parce que mon père avait l'habitude de me battre. »*

*« Un grand nombre des cicatrices sur mon visage est de lui. De mon père de la famille d'accueil. Et c'est là que j'ai subi*

le premier abus. »

« Euh, ma belle-mère, mon frère, ma sœur comme s'ils abusaient de moi, en train d'abuser de moi. Vois, j'ai une grande coupure par ici. Vraiment abusée. »

## NÉGLIGENCE

Bien que la négligence n'est généralement définie comme l'abus, pour des femmes participant à cette étude, une négligence extrême a été vécue comme un traumatisme, non seulement physiquement, mais aussi bien émotionnellement, les laissant souvent seules dans les moments difficiles.

« ... En gros, je vivais toute seule depuis mes 15 ans et après bien sûr. J'ai rencontré un gars qui a abusé de moi et a été violent, mais moi, je ne l'ai pas su. Je suppose que j'étais tellement habitué à ça que ça ne m'a pas dérangé. Je n'avais nulle part où aller, s'il a continué de me battre et il m'enfermait. Et je n'avais pas de famille ... »

« ... J'ai vécu une vie assez dure. J'ai grandi dans un ... dans le système de placement familial et à l'âge de 11 ans, j'ai été ... Souvent il a eu des procès pour moi car j'étais placée depuis longtemps parce que ma mère a refusé d'arrêter sa consommation d'alcool et de se comporter correctement, et par ailleurs quand tu vois la violence de tes propres yeux, tu sais, et quand tu es un survivant de l'abus sexuel dans ton enfance, j'ai vécu beaucoup de négligence ... »

« ... Nous avons été très souvent négligée et nous nous trouvions dans la maison et il n'y avait pas de nourriture et mes sœurs me disent euh, je ne portais jamais de chaussures ... »

## RÔLES DE LA RESPONSABILITÉ DU FOYER

Les responsabilités pour s'occuper de leurs parents, de leurs frères et sœurs ont aussi été vécues comme une forme de négligence, et donc un traumatisme, par certaines des participantes. Plutôt que d'être prises en charge au point de vu physique et émotionnel, ces femmes ont passé une grande partie de leur enfance à s'occuper du parent, consommateur de drogues et / ou d'alcool.

« ... Mon frère était toujours là. Il était toujours là. Il était, il était comme mon enfant, tu sais, et ma maman elle a poursuivi son chemin [la consommation de drogues], tu sais ... »

« J'en avais assez de toutes ses responsabilités, tu sais ? Ma maman, j'en ai eu assez de m'occuper d'elle, d'être son gardien... »

## LA CONSOMMATION DE DROGUES ET / OU D'ALCOOL PAR DES PARENTS

« ... Ma mère, ma maman serait partie de nombreuses fois, tu sais ... Elle s'est réveillée dans un lit d'hôpital et ils ont dit à ma mère qu'elle était enceinte, qu'elle ferait mieux d'arrêter sa consommation de drogues et d'alcool, parce qu'elle avait un bébé dans son ventre et je remercie dieu merci que je ne suis pas SAF ... les médecins ont dit que je devrais être très malade, comme enfant lent ... »

« ... J'ai été placée à cause de ma mère, ma sœur aînée a quitté la maison avec son petit ami pour commencer sa propre famille et mon père était alcoolique et, mais je vivais bien. Je veux dire, on ne mangeait pas super. Nous avons mangé ... j'ai mangé des toasts et des sardines. Ce fut mon repas de luxe et euh je récupérais avec les bouteilles consignées pour aller au cinéma. Comme euh, à l'époque il était très, très bon marché ... »

## HÉRITAGE DU SYSTÈME DES ÉCOLES INTERNATS

A travers les discussions, il fut clair que plusieurs de ces femmes avaient subi un traumatisme qui était liée au passage de leurs parents à travers le système des internats. Ce fut particulièrement évident pour le traumatisme subi par les femmes dont le(s) parent(s) ne pouvaient pas leur offrir le soutien affectif dont elles avaient besoin dans leur enfance.

« ... Ma mère et moi n'ont jamais ... elle détestait ... comme elle le faisait, elle avait quelque chose contre moi. Je ne sais pas ce que c'était exactement, mais elle et moi n'ont jamais fait un bon ménage. Euh, elle est allée dans un internat, alors elle est probablement passée par ces trucs, mais ... et j'ai fini par payer pour cela ... »

« ...J'ai eu l'impact du système des internats, je n'ai jamais su si l'impact était important parce que ma famille a subi l'impact, j'ai été touchée moi aussi. Euh, et j'ai eu d'énormes problèmes d'abandon à la suite de l'impact [affectif], sur mes frères et sœurs et ça a marqué toute ma famille. »

## PLACEMENT FAMILIAL

Dans de nombreux cas, le placement familial n'offrait pas la sécurité aux femmes qui ont participé à cette étude. En fait, de nombreuses femmes, à plusieurs reprises, ont changé de foyer d'accueil à cause des mauvais traitements, qu'elles ont subi des parents d'accueil.

« ... Je suis devenue une habituée des procès de justice et j'étais déplacée d'un foyer d'accueil à l'autre, dont un a été, euh, dans une réserve, et c'était avec le chef de la réserve, et il abusait sexuellement des filles qui arrivaient et repartaient. Mais, parce que j'étais, comme, toujours en difficulté, mon assistante sociale ne croyait pas que j'étais abusée parce que, bien sûr, il était le chef de la bande et que c'était impensable que ... et que j'étais une menteuse et ... Alors on m'a jeté dehors et j'allais d'un foyer d'accueil à l'autre, mais ensuite je me suis enfui après cela et je me suis enfui .... »

«... Mon père m'a élevé jusqu'à l'âge de 8 ans. Ouais, j'avais huit ans, et puis on m'a retiré et placé dans des foyers d'accueil, foyers de groupe, et c'est là que j'ai été abusée sexuellement et battue et violée ... »

## DÉTERMINANTS SOCIAUX

Au cours des discussions avec les participantes à cette étude, il est devenu clair que les déterminants sociaux tels que la pauvreté, le racisme et la stigmatisation (en particulier dans le système de soins de santé), ainsi que des services sociaux punitifs et le manque de soutien, ont joué un rôle important dans leur exposition au VIH.

## PAUVRETÉ

Un très faible revenu, de mauvaises conditions de logement, le manque de nourriture appropriée, l'itinérance et le faible niveau d'éducation semblent être des facteurs qui se rencontrent tout au long de la vie de nombreuses participantes.

«... Je vois des femmes avec des enfants. Je vois des femmes, des femmes autochtones, comme elles sont tellement malades ou elles ont des besoins élémentaires, comme une paire de chaussettes ou quelque chose comme ça, non ? .. »

« ... Nous étions assez pauvres, très pauvres, et ma sœur elle a dit que maman est partie et m'a laissé ... Je n'ai même pas de nom ... bébé laissé à l'hôpital, mon père a juste pris une journée de congé et lui et ma sœur ... Ma sœur a dû quitter l'école et elle était seulement au niveau quatre. Elle a dû abandonner l'école pour être ma mère. Pour m'élever ... »

«... Parce que tu sais comme quand tu vas à [fournisseur de services autochtone], il y a tellement de femmes autochtones qui y vont et elles n'ont pas de nourriture. Elles n'ont rien eu ... »

«... Euh, en parti c'était à cause de la perte de ma maison quand mon fils avait deux ans. J'ai tout perdu, et euh, mon partenaire a été condamné pour dix ans pour la première fois. J'étais seule. Je n'avais rien. Pas de maison ... »

«... C'est dur, c'est très dur. Je n'ai même pas assez d'argent parce que je vis avec une allocation d'adulte handicapé et je reçois 1300 dollars par mois. Huit cent dollars de cette somme va dans le loyer, puis il faut régler des factures de téléphone et d'Internet, puis l'électricité, faire des courses ... »

## RACISME / STIGMATISATION

Plusieurs de ces femmes ont parlé avec franchise de leur vécu de racisme et de la stigmatisation à cause de leur identité autochtone. Elles ont également exprimé leur frustration, leur tristesse et leur colère face à la discrimination qu'elles ont subie de l'ensemble de la société, ainsi que des services directement liés à leur état sanitaire, tels que le logement, les services de santé, l'éducation, la justice pénale et les soins de santé.

« ... Je n'ai pas été acceptée par les blancs, parce que j'étais brune de peau et je n'ai pas été acceptée par les personnes de peau brune parce que j'étais trop blanche, donc c'était vraiment injuste .. »



« ... Je trouve que les blancs ne rendent pas de bon service, à nous, aux peuples autochtones, c'est comme ça que je le vois. Oui, comme je l'ai dit, nous ne sommes pas, nous ne sommes pas respectés, nous ne traitons pas tout le monde de la même façon, tu le sais, nous sommes tous issus de nations différentes, nous sommes tous des enfants de dieu, tu sais, et la différence toute les nationalités sont toutes différentes. Nous sommes donc tous des enfants de dieu, pourquoi ne pas nous traiter tous de la même façon ? ... »

« ... Je sens parfois qu'il y a beaucoup de racisme, alors pourquoi ne pas réunir plus d'Inuits et de discuter avec nous et apprendre aussi de nous parce que nous aimons, nous aimons rencontrer des gens et ce sont nous, des Inuits que nous sommes, tu le sais, nous sommes faciles, nous aimons, nous aimons tout simplement rencontrer des gens ... »

« ... Mais, oui, je le fais. La société nous a modelés, les peuples autochtones pour obtenir ce que nous sommes aujourd'hui et elle s'est lavée les mains, elle nous condamne et elle nous met en prison - pourquoi ? Tu sais, ils nous ont enseigné et nous ont inculqué que nous étions mauvais, tu sais. Quand nous étions petits enfants, tu sais ... »

## SERVICES SOCIAUX PUNITIFS

Le consensus général parmi les femmes participantes à cette étude était que les services sociaux ont joué un rôle déterminant dans leur vie. En général, les femmes ne se sentent pas servi par le système social, mais elles se protègent de lui pour qu'on ne les attrape pas ou qu'elles ne soient pas «découvertes» par «le système».

« ... Je ne pouvais me débarrasser de la douleur sur mon visage, il était tellement en souffrance, et mon visage était si ... comme s'il a été gonflé. Je pensais aller à l'hôpital et obtenir des médicaments contre la douleur, vrai, et il est comme, non mon cher. Je ne peux pas le faire. Si nous faisons cela, regarde, les services sociaux vont être appelés, les flics vont être appelés. »

« Puis, tout à coup quelqu'un a appelé [les services sociaux] parce que je ne leur ai pas donné de dose [drogue], ils ont appelé les services sociaux pour qu'on s'occupe de moi. J'ai juste fini de me piquer quand les services aux enfants ont frappé à la porte. C'est le jour où ils ont pris mes bébés. »

« J'étais sans le sou. Je n'avais rien à manger à cette époque. La vie continue autour - je devenais de plus en plus dégradée ... et le système ne s'en ait jamais occupé jusqu'au ce jour. »

« Et comme le système social ne me donnait pas de shit et j'ai refusé de me vendre, alors j'ai commencé à monter, mais quand je ne pouvais plus monter suffisamment, j'ai commencé à voler. J'ai appris comment faire et comment il faut être pour commencer à voler. Je n'en suis pas fier. Ce n'est pas quelque chose que je ferais aujourd'hui. J'ai subi les effets de toute une vie de drogues et d'alcool, mon gars, et j'ai compris tout le mal qu'il y a dedans, tu sais ... »

## MANQUE DE POSSIBILITÉS ET DE SOUTIEN

Non seulement la plupart des femmes participant à cette étude ont vécu dans des conditions sociales dégradantes, mais elles ont également connu des difficultés de lutter contre ces conditions. En particulier, elles sont souvent rejetées par leur communauté d'origine, marginalisées dans le milieu de l'éducation, du logement et du travail et sont rejetées par la société en général.

« ... J'ai deux emplois en ce moment et en essayant de, tu sais, m'assurer que mes enfants sont bien ... Etre grand-mère et mère, avoir deux emplois et à s'occuper d'une mère malade ... c'est dur ... »

« ... Je suis allée travailler dans les conserveries quand j'avais 14 ans ... »

« ... Je n'aime pas vraiment le contact avec ce genre de personnes parce que je suis ce que je suis, je suis autochtone et je sens comme je ne trouve aucun soutien grâce à, grâce à eux, ou quelque chose comme ça... »

« ... Alors, ces gens sont censés être tous parents et des trucs comme ça et je suis tellement maltraitée là-bas, alors je reste juste en dehors du territoire de ma mère et du territoire de mon père parce qu'ils m'observent et je n'aime pas ça ... »



*« ..Je veux juste vivre ma vie telle qu'elle me reste comme quelqu'un qui fait ce que chacun fait dans ce monde et c'est d'apprendre et de travailler. C'est ce que je veux, c'est tout et je veux au moins cela. [émotion] ..»*

## **INJUSTICES ENTRE LES SEXES**

Les femmes qui ont participé à cette étude ont beaucoup parlé à propos du rôle que des inégalités entre les sexes ont joué dans leur vie. La plupart des femmes ont laissé entendre que, en tant que femmes autochtones, elles ont été maltraitées par les hommes et par rapport aux hommes. En général, leurs discussions ont été axées autour des hommes dans leur rôle d'auteurs de la violence physique et / ou d'abus sexuels, ainsi que par rapport à l'absence de soutien de leur part.

*«... Je pense que la stigmatisation, tu sais, tu es, tu es déjà traitée comme, en tant que femme autochtone comme tu es, tu ne peux pas descendre plus bas et euh, j'ai eu des hommes qui me disaient ça, tu sais... »*

*« ... C'est comme de me cacher bien de ça seulement pour, seulement pour éviter l'abus que j'ai subi de la part de certaines personnes par ici qui sont atteintes de troubles mentaux et les hommes ne se soucient pas quand ils, euh, agressent des femmes même si c'est parce qu'ils sont malheureux avec le sida aussi, et ce n'est juste pas sûr ... »*

*« ... Parce que quand tu vas quelque part, si tu es faible et ne peux pas te sauver ... Tu es sans défense, tout à fait. Et surtout quand tu es autochtone, ils ne peuvent pas accepter non, même si quand tu essaies de dire non et ils ne peuvent que se débiter ... C'est maintenant, pour tout homme - maintenant – ça n'a pas d'importance ... »*

*« ... Je trouve qu'avec des femmes autochtones, ça n'a pas d'importance, tu sais, si ... ils doivent encore être forts pour ce qu'ils veulent, n'importe quoi ... »*

*«... Je me considère comme un parent célibataire, car même si mon fils a un papa, il n'a jamais pris les responsabilités sur lui. Euh, je l'ai essentiellement euh, élevé seule et l'entretenais seule et, mais je suis contente de la sorte à ce qui est arrivé parce que je sais, et comme je suis en train de partir maintenant et je sais que je pourrai m'occuper de mon fils, je n'ai pas besoin de lui ... »*

## **DÉSÉQUILIBRE DE POUVOIR**

Dans de nombreux cas, les femmes ont raconté comment elles ont perdu le contrôle de leur vie à cause d'un homme. Dans certains cas, les différences de pouvoir provenaient des disparités dans les ressources (l'argent ou la drogue), tandis que d'autres ont parlé des hommes qui essayaient de les contrôler physiquement ou par le biais de drogues.

*« ... Il pouvait me contrôler et avait une emprise sur moi ... Donc, j'ai été juste dans ses bras et il m'a donné une dose de coke. Et je ne me souviens même pas avoir léché cette foutu merde. Tout ce que je savais, c'est que j'étais tout comme lui et qu'il m'aimerait ... »*

*« ... Il m'a fait un tel lavage du cerveau euh, il me faisant croire que c'était de ma faute, que j'étais la salope, tu sais. Euh, c'était moi qui couchais avec tout le monde ... »*

*« ... Mais encore, parfois, même si tu veux contrôler, être responsable de ta propre vie, parfois tu ... tu n'as pas de contrôle. Tu sais ce que je veux dire ? Nous sommes sous le contrôle !... »*

*«... D'après mon expérience, je pense que tous les hommes vont être comme ça ... Ouais ... comme ils contrôlent réellement ... »*

*« ... J'ai été prise au piège, sans dire que j'étais perdue. J'étais coincée, ok ? Et je suis tombé dans la merde et ce [gars] était si sexy. Je l'ai accepté. J'avais peur. Parfois, je ressens encore la peur. Je le fais, et ... il me tenait, et il me donnait de la dope comme si c'était des bonbons. Je ne devais pas faire la rue. Sans oublier qu'il a dit tant de fois qu'il m'aimait ... »*

## **PEUR DES HOMMES**

Le contrôle et des sévices de la part des hommes a inspiré à de nombreuses femmes participant à cette étude la



peur et la méfiance des hommes. Pour la plupart, elles ont peur d'être agressées physiquement ou sexuellement.

« ... Ouais, comme c'est ce qui m'a fait de garder cette relation, une grande peur. Et, euh, comme il m'a menacé plusieurs fois ... »

« Et moi, j'ai en quelque sorte euh, peur des hommes maintenant, même aujourd'hui [émotion] désolée. Um, même aujourd'hui, j'ai peur, parfois, j'ai l'impression que je n'ai pas confiance dans les hommes à cause de ce que j'ai vécu pendant 12 ans et j'ai gardé beaucoup de choses en moi et aujourd'hui encore je, j'aimerais bien avoir des relations avec des hommes mais moi, je ne peux pas parce que moi, je regarde ou je me rappelle de ma vie d'adolescente. C'est comme si, est-ce qu'il va être agressif, est-ce qu'il va être rude, est-ce qu'il va être, est-ce qu'il va être gentil avec moi ? »

« ... C'est le pire. C'est. Ça fait. Ça vous fait sentir comme un animal qui ferait la même chose. Parce qu'elles [les femmes autochtones] seraient battues, battues, battues, battues à bout, battues à bout. Elles juste ... elles ont peur, vous savez comme quand un animal va comme ça quand ... vous savez quand un animal vient de recevoir un coup. Je peux le dire tout de suite parce que j'ai vécu ... Je vis comme un animal. Je sais ce que c'est ... »

« ... Comme je trouvais très difficile de rejeter les hommes et, dans une façon mais euh, je les rejetais, mais j'avais peur de les rejeter parce que certains hommes n'aiment pas être rejetés. Ils sont très agressifs et ils ont dit que quand ils veulent faire l'amour, ils sortent et le cherchent coûte que coûte. Mais j'ai découvert que j'étais comme euh, toujours cette crainte de transmettre, toujours cette peur ... »

## LIEN ÉMOTIONNEL AVEC L'AGRESSEUR

Plusieurs femmes ont parlé avec honnêteté sur leurs relations intimes avec des hommes qui, souvent, ont abusé d'elles émotionnellement, physiquement et sexuellement. Malgré la maltraitance et un meilleur jugement, de nombreuses femmes ont avoué rester amoureuses de ces hommes.

« ... Ah oui, il m'a fait sentir vraiment mauvaise. Je voulais juste me faire du mal, à cause de lui, et ma, comme, mère vient de me dit: « Tu sais quoi? ... S'il ne t'aime pas, il peut aller voir ailleurs. » Mais je ne voulais pas qu'il s'en aille ailleurs ... »

« ... J'avais comme vingt ans plus ou moins après une relation violente avec mon premier amour. Comme, j'ai repris avec lui pendant que le papa de mon bébé était en prison, vrais. Donc, je veux dire - il était passionné par le sexe, mais la jalousie nous a séparé. »

« ... Parce qu'il me mentait. J'ai trouvé une culotte dans son pantalon, il rentrait à la maison avec l'odeur de quelqu'un d'autre et toute cette belle merde qui arrive quand vous aimez quelqu'un si fort. Tu sais, et toutes les saletés que tu dois essuyer pour - en essayant, tu sais, et tu penses que tu vaux, tu sais. »

« Et ça a détruit toute ma dignité et tout mon respect, man. J'ai aimé ce gars-là même plus que moi-même... »

## CONCEPT DE SOI

L'abus, la négligence et l'abandon étaient des thèmes communs dans la vie des participantes à cette étude. Ces expériences vécues ont laissé beaucoup d'entre elles avec une vision de soi détériorée.

« ... Je me sentais comme si j'étais juste en dérive, en dérive toute seule et mes enfants étaient dans les services sociaux à l'époque et je ne savais pas quoi faire. Comme si mon monde s'écroulait ... »

« ... Je sais comment le gérer. Il me semble que je sais quand ça paralyse, ne pas se sentir, parce que j'ai fait toute ma vie, je sais comment couper les cordes émotionnelles en soi ... »

« ... Ah oui, il m'a fait sentir vraiment mauvaise. Je voulais juste me faire mal, tout à cause de lui ...  
... Ouais. Je ne me souciais plus. Seulement baiser me faisait sentir comme, tu sais, comme un animal. Si tu bats un animal ... »

« ... La violence sexuelle touche euh, elle laisse une cicatrice énorme et si c'est plusieurs agressions sexuelles ... Comme si la violence sexuelle initiale remontait et aussi ça touche ta sexualité, ça te touche sexuellement. Soit ça t'arrête soit ça

se manifeste de manière perverse, sexuellement. Tu sais ? Euh, et ça affecte ton estime de soi et donc toutes ces choses, quand tu les mets ensemble ça te rends vulnérable au VIH, toutes ces choses ... »

## DÉTÉRIORATION DE L'ESTIME DE SOI

La détérioration de l'estime de soi est apparue être un thème important dans les histoires des femmes. Si elle résultait d'une relation violente, de la consommation de drogues ou d'alcool, ou d'être stigmatisé vis-à-vis du VIH, presque toutes les femmes participant à cette étude ont parlé de situations et de périodes dans leur vie lorsque le sentiment de leur valeur propre a été détérioré.

« ... Je me détestais ... »

« ... Vous savez, je voulais être aimée, je voulais être embrassée, vous le savez ? ... »

« ... Bon, eh bien, à l'âge de 16 ans, je veux dire 15 ans, man, je suis tombée enceinte, moi avec [nom de l'enfant]. Tu sais, et comme l'enfer, je n'allais pas abandonner ce bébé, tu sais. Mon temps est arrivé pour bien faire les choses et il est arrivé pour avoir quelque chose qui m'aimera en retour, tu sais ... »

« ... Et je me suis perdu ... pour moi, moi, je ne valais rien. J'étais inutile. Je me sentais coupable. Je me détestais. J'étais seule et toute cette merde de mauvais choix de ma vie... »

« ... Comme ça a duré euh, quatre ans, entre quatre et cinq ans. Et euh comme ayant cette relation, ça était, ça a détérioré mon estime de soi.. »

« ... Oh, tu es malade, ne viens pas par ici, oh ne viens pas près de nous, et, et je ne me sens pas désirée, je me sens rejetée, je me sens, tu sais, laissée de côté, je me sens. Donc, je, euh, un peu comme les accepte pour ce qu'ils sont, tu sais, je les laisse être ce qu'ils sont. Au début, j'avais l'habitude de le prendre dur, j'avais l'habitude de pleurer sur mon sort, mais aujourd'hui c'est un peu comme, laissez-les faire, ils apprendront par eux-mêmes comme ce que j'apprenais, ouais ... »

« ... La participante : Elle dit toujours ça aux gens, « Ne la touchez pas, elle a le VIH. »

L'enquêteur : Hum hmm. Comment tu le ressens ?

Participante : Je me sens sale ... »

## MAUVAISE IMAGE DE SON CORPS

Plusieurs de ces femmes ont raconté comment elles ont été atteintes par le VIH et / ou comment elles ont vécu la violence et le racisme tout au long de leur vie ce qui a donné lieu à des sentiments négatifs vis-à-vis de leur corps. Ces sentiments ont parfois été également exprimés par leurs partenaires, ce qui a diminué davantage leur estime de soi et / ou des sentiments plus en plus forts de dénigrement.

« ... Et il continuait à dire que c'était ah, « C'est parce que tu es malade. Comme tu as cette maladie dans ton corps, tu ne tombes pas enceinte. » Alors, mais il ne comprenait pas, tu sais, il ne savait rien au sujet du VIH/sida et j'ai essayé de lui expliquer, mais, tu sais, qu'il avait ça dans sa tête que c'était parce que j'étais malade, que je ne pouvais pas tomber enceinte. »

« La dépression ... Je suis déprimée. Comme parfois, comme n'importe quoi dans mon corps, se passe mal dans mon corps ... c'est comme un rappel ... »

« ... Comme je me sentais si sale. Donc, si sale. Tu veux dire que je vais supporter ce [VIH] le reste de ma vie ? Tu sais ce genre de choses ... »

« ... Je ne m'occupe pas de mon corps de la façon dont mon corps, tu sais, avoir du respect pour mon corps ... »

« ... Il [racisme] a affecté mon estime de soi d'une manière sévère, man, tu sais. Tu sais, mes lèvres étaient trop grosses,



*man, tu sais. Mon nez était - n'était pas comme il faut, tu sais, et ma peau était trop rose, tu sais. J'avais des taches de rousseur, tu sais ... »*

## **AUTO-ACCUSATION INTÉRIORISÉE**

Les sentiments d'auto-accusation, de dégoût de soi qui l'accompagne et de dévalorisation ont été souvent exprimés par des participantes à cette étude. Plutôt que d'accuser les auteurs d'agressions ou le système qui leur a permis de passer à travers, les femmes se sont souvent accusées des abus qu'elles ont subi, de la consommation de drogue et/ou d'alcool qui permet de supporter les agressions, de rechercher l'amour par le sexe et d'être infectée par le VIH.

*« ... Non, mais moi, je m'accuse pour ça, tu sais, comme être en relation avec lui et ... comme il était, il était une personne très bien au premier abord trop ... »*

*« ... J'ai commencé à me chooter tous les jours, man, avec mes amis. Parce que tu sais quoi? Que la déception et la haine de soi me démangeaient et je les soignais. C'est de là que la toxicomanie et l'alcoolisme ont commencé... »*

*« ... Après l'avoir entendu, comme, si souvent, j'ai fini par le croire. Même quand j'ai appris que mon partenaire m'a, euh, infecté, je me croyais toujours mauvaise, tu sais ... »*

*« ... Je ne pouvais pas dire non aux hommes, tu sais. Euh, je savais que le VIH était là, mais je ne pouvais pas, je ne pouvais pas m'exprimer et dire non, tu sais, et j'ai couché avec beaucoup d'hommes ... n'ayant même pas le goût pour le sexe, tu sais, et en entendant que j'étais à risque, je le croyais ... »*

*« ... C'est de ma faute ce qui m'est arrivé ... »*

## **BIEN-ÊTRE ÉMOTIONNEL**

Il est clair que l'environnement général de violence contre des femmes autochtones, y compris les diverses formes de violence sexuelle, affecte le bien-être émotionnel des femmes.

*« J'ai été souvent malade et je m'inquiète constamment du pire, une énorme cicatrice... Je n'ai pas peur de partir dans le monde des esprits, parce que je sais, que le créateur est là-bas et il m'attend et seulement – le plus douloureux pour moi est ma famille. Je n'arrive pas à surmonter cela. Je n'arrive juste pas à surmonter comment les gens sont traités quand ils contractent la maladie. »*

*« ... Ils veulent me placer dans un hôpital – dans un asile psychiatrique, parce que j'ai des comportements suicidaires et je dis seulement pourquoi suis-je là... il n'y a aucune raison pour justifier mon existence sur cette terre à ce moment [émotion]. »*

*« ... Je pense que d'avoir le test positif m'a beaucoup affecté psychologiquement parce que j'ai des troubles de sommeil, donc c'est essentiellement que ... Ce qui m'est arrivé quand j'ai eu le test positif, quelque chose s'est cassé, s'est dérégulé en moi ... »*

*« ... J'ai eu l'habitude de dissocier. C'était comme sortir du corps, une espèce de truc comme ça et tout le monde pensait que j'étais folle. Après mon que père se soit remarié et euh, j'aurais dissocié, parfois même sans le contrôle et euh, donc on m'a placé dans un asile psychiatrique à treize ans. »*

*« Mon dieu, des trucs que j'ai vu, tu sais comme, quand j'avais quatorze ans... Des trucs que j'ai vécu, j'étais comme euh, je ne sais pas, je n'ai jamais pu bien les comprendre, jusqu'à maintenant. Euh, je n'ai jamais pu comprendre que des relations que j'avais avec des hommes étaient très malsaines, parce que je n'étais pas bien... Je ne savais pas vraiment où faut-il mettre des frontières, je, j'ai eu euh, des rapports non protégés, j'ai fait vraiment tout, j'ai consommé des drogues.... »*

## **PENSÉES SUICIDAIRES ET TENTATIVES DE SUICIDE**

Quelques femmes ont parlé franchement de leurs pensées suicidaires et des tentations de suicide dans leur adolescence. La perte de l'innocence, des enfants, des familles, le manque de possibilités et leur état de santé, ont poussé quelques femmes vers le suicide en tant que seule issue.



« ..Oui, je pense que je l'aurais probablement fait. Je pense toujours que je trouve une tonne d'héroïne et je me shoot avec... C'est le plus rapide moyen de s'en aller... »

« ...L'enquêteur :Tu penses toujours à te suicider ou c'est dans le passé ? »

« La participante : Je n'y pense plus, mais ça m'arrive dès fois d'y penser, parce que je –je.. Je suis effrayée de voir les gens et seulement...Je ne le ferai pas, je ne sais pas, j'ai vu trop de souffrances, mais je dois arriver à vivre avec ça, mais.. vrai... »

« Je suis complètement, vraiment honnête avec dieu, par rapport au suicide...J'ai perdu mon fils aîné à cause de [la maladie]. Ça a tué mon âme. C'est comme ça que je me sentais, je m'arrête de vivre, j'en ai assez. Ne plus vivre, tout simplement je n'en peux plus... »

« ...Je me suis mis à sniffer du dissolvant et j'ai essayé de me tuer... »

« ...J'ai fait une tentative de suicide il y a une semaine et je me suis retrouvée à l'hôpital. J'ai failli me retrouver dans le service psychiatrique. J'ai pris un paquet de comprimés, mais ce n'était pas suffisant.... »

## LA NÉGLIGENCE DE SOI

Nombreuses femmes peuvent ne pas avoir suffisamment de temps pour s'occuper d'elles-mêmes, elles n'ont pas encore complètement accepté leur maladie, ou, la violence qu'elles ont subi a créé des obstacles émotionnels d'accès aux soins, surtout pour des soins de santé sexuelle et des soins de santé par rapport à la grossesse.

« ...Je n'ai pas de temps pour m'occuper de moi-même, je pense, en tant que, en tant que femme, je m'occupe des autres, c'est seulement quand je suis à bout que je réalise, que je dois faire quelque chose pour moi... »

« ...Et bien nombreuses femmes, comme pour moi-même quand j'en parle, ils parlent des tests. Surtout pour le frotti, qu'il faut le faire tous les six mois, comme c'est très, et bien, parfois c'est euh.... Ce doit être des précautions qu'ils doivent prendre pour, pour euh, pour que la personne qui le fait ne se sente pas être violée. »

« ...Je suis supposée revoir le médecin, mais comme je l'ai dit, je ne m'en suis pas occupée. Je l'ai, comme, évité, parce que je ne veux pas m'en occuper. C'est comme, je sens que peut être, si je ne m'en occupe pas, ça va partir tout seul, mais je sais que ce n'est pas vrai... »

## COLÈRE/RANCUNE/TRAHISON

Les sentiments de la colère, de la rancune et de la trahison étaient communs aux femmes qui ont participé à cette étude. Ces sentiments se sont développés suite aux traumatismes dans l'enfance et d'autres traumatismes suite à la violence sexuelle, à la discrimination, au racisme et à la stigmatisation.

« ...C'est pourquoi je vie comme ça. C'est pourquoi je suis tout le temps en colère. Il y a beaucoup de colère en moi. Ça ne remonte jamais à la surface. Je suis contente, je serais en prison sinon, tu sais. [les rires partagés] Et c'est comme...je ne savais pas qu'il y avait autant de colère en moi pour...mais ça va mieux, comme je passe pas mal de temps avec [un ami]... »

«..Je pense, ouais, à cause de ça, je ne crois plus en personne, surtout aux hommes... »

« ...Tu sais, je suis facile à vivre et, mais ça a complètement changé ma vie par rapport à la discrimination, la haine et aussi la solitude... »

« ...Ma famille pense que je suis mauvaise, car j'ai contracté le VIH, et je [l'émotion] et je les aime tant, mais je...mais ils ne veulent pas que je fasse partie de leur vie... »

« ... Une fois ça a duré trois mois et je ne décrochais pas le téléphone, je n'ouvrais pas la porte, rien. Je me suis sentie si déprimée et si seule et même s'il y avait beaucoup de monde dans les communautés et que j'allais dans les centres





*communautaires, j'allais à, j'étais encore si renfermée que je pensais que je ne pouvais rien faire avec ça maintenant, donc je me suis tout simplement enfermée à la maison et je suis resté là, et toutes mes pensées étaient à propos de ces personnes de misère par là-bas que, tu sais, elles pensent qu'elles sont les seules qui font du mal et qui passent à travers le problème du VIH... »*

## **DÉPENDANCES ET/OU LA PROSTITUTION**

La violence et le traumatisme vécus par de nombreuses femmes participant à cette étude les ont amenées à chercher un répit et une échappatoire dans l'alcool et/ou la drogue. Nombreuses femmes soit n'étaient pas au courant, soit n'étaient pas capables d'accéder à un soutien alternatif pour pouvoir faire face aux traumatismes qu'elles ont subi. Pour certaines femme, la prostitution découlait de la consommation de drogues/d'alcool ou d'impossibilité de satisfaire ses besoins quotidiens élémentaires avec l'allocation des services sociaux ou services pour des handicapés.

# EXPOSITION AU VIH DUE À LA VIOLENCE

Un objectif important de cette recherche consistait à identifier des liens entre la violence sexuelle contre des femmes et des filles autochtones et un taux croissant d'infection par le VIH chez les femmes autochtones du Canada. Pour nous aider à atteindre cet objectif, nous avons demandé à toutes les participantes d'exposer leurs pensées à ce sujet. Les participantes ont identifié des liens multiples entre leur statut séropositif et les nombreux traumatismes qu'elles ont subi. Ces liens étaient directs et indirects.

## LIENS DIRECTS

Nombreuses des FAAS interrogées ont rapporté que la violence sexuelle était directement reliée à leur infection par le VIH. Certaines femmes ont été infectées suite à un viol, d'autres ont été infectées sciemment par leurs partenaires abusifs. Dans tous ces cas, l'infection directe par le VIH due à la violence sexuelle se présentait comme un incident isolé dans le contexte de traumatismes répétés subis par des femmes et des filles autochtones.

*« ... Ça a commencé, euh, quand j'étais une jeune adolescente. Euh, maman et moi faisons plein de fêtes et notre maison était toujours pleine de monde, ils étaient tous étranges... on ne les connaissait pas bien et même les jours de la semaine, c'était tout le temps 24 heures sur 24, et parfois j'étais violée dans ma chambre. Parfois trois ou quatre fois par semaine à des heures différentes par des hommes que je ne connaissais pas et, et quand j'ai montré à ma maman le sang qui coulait elle a dit que c'était des règles et je savais que ce n'était pas parce que... il avait des scratches. Et j'ai contracté le VIH quand j'avais quinze ans, j'étais violée par quatre noirs dans [un jardin public]... »*

*« ... Et bien, j'avais une relation quand j'étais infectée, euh, comme, quand j'y pense après... après d'avoir été infectée par le VIH... comme, quand j'y pense maintenant, pour moi c'est encore, tu sais, comme cette partie aussi était comme, comme était... Je le percevais aussi comme la violence sexuelle... »*

*« ... Euh, ma dernière agression sexuelle était euh, par ce noir d'Afrique. C'était là que je suis devenue séropositive. Mon mari de 17 ans est parti et je me sentais coupable à ce moment. J'étais très vulnérable au moment que je l'ai rencontré. Pour la première sortie ensemble je, tu sais, la même chose. Euh, quand on est sorti ensemble pour la première fois, on a couché, sauf que euh, j'ai insisté pour qu'il utilise le préservatif s'il voulait avec moi parce que je ne sentais pas que je, tu sais, voulais être, voulais se sentir en sécurité grâce à ça. Mais pendant le rapport sexuel, il a enlevé le préservatif et j'ai eu le test VIH positif douze semaines plus tard... »*

## LIENS INDIRECTS

Des FAAS ont aussi décrit des liens indirects entre leur vécu de traumatismes et leur infection par le VIH. Plusieurs facteurs responsables d'une plus grande exposition des femmes autochtones à la violence sont aussi responsables d'une plus grande exposition au VIH. Les participantes ont attribué leur toxicomanie, leur engagement dans la prostitution, leurs difficultés de mettre des frontières sexuelles ou de négocier des rapports protégés à leur mauvaise santé mentale à l'issue des traumatismes. De telles conséquences des traumatismes augmentent l'exposition au VIH et dans certains cas mènent à l'infection par le VIH pour des femmes qui ont participé à cette étude.

*« Bien ça, il y avait toujours le même genre de, euh, types que j'attirais. Et tous ses prédateurs sexuels. Et euh, ouais il y a, il y a définitivement un genre... »*

Des FAAS ont témoigné s'être retirées de leurs foyers à cause de la violence, ce qui les a conduites à leur tour à un risque plus important d'infection par le VIH. Certaines femmes ont été forcées de quitter leurs maisons ou les foyers d'accueil à cause des abus sexuels. D'autres femmes ont fui suite à des relations intimes violentes et n'ont pas réussi à trouver la sécurité et le refuge. Une participante raconte s'être cachée de son partenaire abusif et avoir été infectée par le VIH à cause d'une seringue sale donnée par des personnes avec qui elle partageait le refuge :

*« Oh ouais, dormir. Exactement où je me suis cachée. En essayant de fuir la violence. C'était le seul endroit où je pouvais me cacher, où je pourrais... Ils ont dit, « Et bien, je vais te protéger, ne t'inquiète pas, on fera pour que tu sois ok. Le gars*

*ne te retrouvera pas, je m'en occupe.. » Et ils ont fait, ils s'en sont occupés, il ne le laisserait pas me prendre. Il n'attendra pas dehors pendant une éternité... »*

# EXPOSITION À LA VIOLENCE DUE AU VIH

Pour beaucoup de FAAS qui ont participé à cette étude, la violence et le VIH vont main dans la main. Non seulement la violence provoque une exposition à l'infection par le VIH, mais en plus la séropositivité des femmes les rend vulnérables à de nombreuses formes de violence. Par exemple, certaines FAAS décrivent la violence verbale et émotionnelle en raison de leur statut séropositif. Beaucoup d'entre elles ont témoigné avoir été rejetées par leurs familles et leurs communautés.

*« .. Euh, [soupir] On m'a traité de tous les noms et, euh, la violence verbale, d'être malvenue... essayez d'aller dans un endroit si heureux et ils vont, euh, partir de là. Tu n'es pas la bienvenue ici et tout ça et je pars et je pleure et je marche. [émotion] ... »*

*« ..Vraiment beaucoup, ouais, parce qu'il a pris ma famille. Ma famille pense que je suis une mauvaise personne parce que j'ai contracté le sida et je [émotion] et je les aime tellement, mais je ... mais ils ne veulent que je fasse partie de leur vie depuis et pour toujours et je n'y suis jamais allée. Mes parents sont décédés aujourd'hui. J'ai beaucoup de forces pour mon frère ici et là quand il en a besoin ... il n'est même pas reconnaissant à cause de ma maladie. Par peur ... »*

Certaines des participantes à cette étude ont dit avoir été menacées, harcelées, volées et agressées physiquement par des personnes qui les ont prises pour cible parce qu'ils savaient qu'elles étaient séropositives, et donc physiquement vulnérables.

*« ... Oh ça a été terrible. Gens ... J'ai été volé, j'étais, tu sais, encerclée par les marins parce que je faisais mes courses là et c'était horrible à cause des gens, quand ils découvrent que tu es séropositive, ils vous ciblent pour vous voler vous et des trucs comme ça parce qu'ils savent que tu es très faible. Donc que – qu'une autre chose serait bon pour le centre des femmes autochtones des Premières Nations c'est d'avoir une sécurité et un service d'escorte, en particulier les jours de chèque ... »*

Une autre participante, qui a demandé à ne pas être citée, a décrit une attaque après avoir utilisé un centre de services dans sa région (centre d'échange de seringues). Cette participante se sent qu'elle-même et ses pairs, qui sont aussi des FAAS, sont souvent la cible d'agresseurs sexuels lors de l'utilisation des ressources de réduction des effets négatifs et des refuges pour sans abri, ainsi qu'à la sortie des bars. Elle pensait qu'elles étaient prises pour cible pour trois raisons: 1) parce qu'elles étaient des femmes autochtones, 2) parce qu'elles étaient séropositives et / ou 3) parce qu'elles avaient consommé des drogues ou de l'alcool. Elle croyait que les deux dernières raisons faisaient d'elles des cibles faciles à cause des conditions physiques.

Des FAAS de la présente étude décrivent être souvent condamnées pour avoir amené le VIH au sein de leurs relations intimes et être considérées comme des femmes faciles, par leurs partenaires.

*« ... Ouais, et alors, et euh, il ne veut pas reconnaître que c'est lui qui m'a infecté, et je sais parce que je suis, depuis que je suis avec lui que j'ai, tu sais, je n'ai jamais été avec quelqu'un d'autre, tu sais. Bien sûr que j'ai eu des aventures et il le savait que parce que j'ai partagé certains souvenirs de mon passé avec lui, comment j'ai été avant que je sois avec lui ... Maintenant, je suis encore la salope, je suis encore ... Et je n'ai pas le temps de m'occuper de moi je pense qu'en tant que, en tant que femme parce que je suis occupée à aider les autres. Et je fais ..., tu sais, et c'est enfin quand je suis près de m'écraser en bas que je réalise que je dois faire quelque chose pour moi. Et tu sais, je m'occupe de beaucoup de choses [jeune enfant avec] des problèmes, tu sais ... »*

Beaucoup de femmes pensent que leur statut séropositif pourrait être une des raisons pour laquelle leurs partenaires contrôlent tous et sont devenus très possessifs dans leurs comportements. Une participante a décrit avoir été traquée après la rupture avec son partenaire intime :

*«... Il a commencé à me traquer après, ah, que nous nous étions séparés. Je, je ne pouvais pas bouger de l'endroit où j'étais. Il savait où je vivais. Mais seulement je, tu sais, périodiquement il faudrait que je change de numéro, car il pourra*



*d'un moyen ou d'un autre ... obtenir mon numéro. Et, mais il serait toujours en train de conduire autour de ma maison et tu sais, il ne vient pas à la porte, mais il conduit seulement autour de la maison et une fois il se montrera... »*

Une participante a été menacée par des poursuites judiciaires :

*«... Et tu sais qu'il a été assez en colère, tu sais, comme pendant tout ce temps, tu sais, quand il continuait, tu sais, à m'accuser, et c'était bien, nous nous sommes pas mal disputés à propos de ça et, finalement, tu sais, ça devient, tu sais, de pire et pire, tu sais, comme les arguments et peu de temps après ça, une de mes amies, elle avait ah, elle et une autre dame avait eu un monsieur inculpé que ça a, ah, les infectées et que c'était dans le journal. Et mon partenaire à l'époque, je n'ai pas, je ne lui ai pas dit qui, qui était cette dame, je ne voulais pas qu'il sache, mais quand il a vu cet article dans le journal, un jour il s'approche de moi et montre-moi ce journal et ensuite il me dit, tu sais, il dit: «Si jamais tu me quittes », dit-il, «C'est ce que je vais te faire. Je te mettrai au tribunal. Et je vais dire, je leur dirai que tu m'as infecté ... »*

La violence contre les femmes séropositives peut aussi former un obstacle important à l'autogestion de la santé et à la gestion de la santé globale. Une participante a décrit comment être dans une relation violente a retardé le choc et le processus associé au diagnostic du VIH :

*« ... Eh bien j'ai été, euh, j'ai été, j'étais atteinte de ça depuis, depuis que j'ai rencontré mon partenaire, euh, papa de mon fils, il m'a infectée sciemment. Euh, je ne l'ai su que des années plus tard, quand il est tombé malade et euh ... »*

Cette participante a décrit ensuite comment vivre dans une relation violente affecte négativement sa santé et sa capacité à faire face aux défis de la vie quotidienne :

*“Je pense que cela me touche beaucoup. Juste l'énergie à avoir pour supporter ça, tu sais, comme euh, tu sais, m'occuper de mon fils, et, tu sais, ça, ça, ça, c'est comme si j'avais deux enfants au lieu d'un, tu sais ...”*

Pour de nombreuses FAAS qui ont participé à cette étude, la séropositivité mène à la violence verbale, physique et / ou sexuelle perpétrée par les partenaires intimes actuels et anciens, les membres de la famille et de la communauté et/ou par des étrangers. Il est clair que la violence liée au VIH vécue par ces femmes compromet considérablement leur capacité à gérer efficacement leur maladie du VIH, leur santé globale et leur bien-être.



# RACISME, SEXISME ET LE VIH/SIDA : LES FAAS ET LES SERVICES DE SANTÉ

Cette recherche visait à développer une meilleure compréhension de la façon dont les facteurs de sexe, de la culture et du VIH influencent la capacité des FAAS de faire face à leur maladie du VIH, ainsi qu'à leurs expériences de la violence sexuelle. Les participantes ont été invitées à décrire les défis uniques auxquels elles sont confrontées en tant que FAAS lorsqu'elles tentent d'obtenir l'accès aux services et au soutien pour le VIH et pour la violence sexuelle. Il convient de noter que certaines des FAAS qui ont participé à cette étude, ont raconté des expériences positives par rapport à la prestation de services, en particulier celles qui avaient bâti des relations saines et durables avec des conseillers ou des chefs spirituels. Toutefois, plusieurs participantes ont décrit des expériences négatives de la stigmatisation par rapport au VIH, du sexisme et du racisme envers elles de la part des prestataires de services. La section suivante présente quelques-uns des défis et des obstacles pour la provision des services aux FAAS liés à leur sexe, à leur culture et leur statut séropositif.

Bon nombre des participantes à cette étude considèrent que leur sexe et leur identité culturelle ont affecté la façon dont elles étaient traitées par les prestataires de service. La discrimination à l'égard des autochtones en général et des femmes autochtones en particulier, sont des problèmes communs identifiés par des FAAS. Les stéréotypes culturels fondés sur le sexe, y compris la perception de la femme autochtone comme une «prostituée», «une toxico» et / ou comme «une femme facile» dans les établissements de soins, ainsi que dans d'autres services sociaux essentiels tels que le service du minimum social et le soutien au logement, ont été signalés par plusieurs participantes. Même la perception du traitement raciste et/ou sexiste a suffi pour causer une détresse émotionnelle. La citation qui suit donne un exemple de l'expérience négative d'une participante lors de son séjour à l'hôpital et son interprétation des raisons pour lesquelles elle a été traitée de cette façon :

*« ..J'ai presque terminé dans le service psychiatrique. J'ai pris un tas de pilules, mais ce n'était pas assez, presque. Et, euh, je me suis retrouvée dans un (hôpital local) et c'était juste un hôpital horrible aussi. Tu sais ils seulement ... ça-ça examinez de nouveau, tu sais. Tu sais. Tu sais. Et je pouvais entendre les infirmières dans le fond, tu sais, «Eh bien elle a essayé de finir et, bla, bla, bla, et ils font presque une plaisanterie. Et ils ont perdu mes vêtements. Et puis, ils m'ont demandé si j'étais effectivement venue avec des vêtements, et je veux dire qu'ils n'auraient pas demandé à un blanc, tu sais, une personne, un avocat ou quelqu'un comme ça quelque chose comme ça, tu sais. Ils n'auraient pas perdu tes vêtements. Comme, comment peux-tu perdre des vêtements de quelqu'un et me demander si j'ai effectivement eu des vêtements quand je suis entrée à l'hôpital, tu sais ... ils m'ont trouvé, comme, ces habits affreux. C'était juste, tu sais, comme je ... et je voulais juste sortir et juste prendre plus de pilules, mais je n'avais pas d'argent parce que tout mon argent était dans mes vêtements, parce que je voulais juste finir ça déjà, je ... tu sais. Quand je me suis réveillée à l'hôpital, j'étais juste vraiment déçue de je me réveiller ... »*

La stigmatisation et la discrimination sur la base de leur statut séropositif était un thème commun parmi les témoignages des participantes sur leurs expériences négatives avec des prestataires de service. La citation suivante donne une description d'un scénario cruel d'entendre lorsque l'ignorance d'une infirmière au sujet du VIH a causé à cette participante une détresse émotionnelle :

*« ...J'étais à l'hôpital pour une infection [infection de peau], il y avait une infirmière, elle était infirmière noire et elle est venue pour changer le pansement et, euh, tout allait bien, elle avait tout là-bas et puis euh ... Elle n'avait pas ses gants ou quelque chose, tu sais, et puis elle est allée regarder ma tablette d'info. Dès qu'elle a lu sur ma tablette le VIH et l'hépatite C. D'un seul coup son attitude a changé et j'ai dit: «Tu sais quoi? Décarpille de ma chambre vite, et j'ai commencée à pleurer, car elle m'avait offensé, et euh ils ont envoyé une autre infirmière et ils ont dit: «Eh bien quel est ce problème ? » J'ai dit: «Juste son ignorance totale par rapport à moi, et ça me met en colère. Je ne veux pas d'elle dans ma chambre ... »*

Pour des FAAS de cette étude, la stigmatisation de leur statut séropositif est souvent liée à des attitudes discriminatoires par rapport à leur sexe et leur identité culturelle en tant que femmes autochtones. Parce que le



racisme et le sexisme ne sont pas toujours explicites, des FAAS ont parfois des «sentiments» de la discrimination vécue quand elles utilisent les services de santé.

*« ... Euh, c'est difficile pour, pour moi de le dire parce que euh ... je, je n'ai jamais pensé à propos de ça, tu sais. Je, je me vois juste comme une, comme une femme atteinte du VIH. Je suppose comme la façon dont nous, comme pour moi, je pense que la stigmatisation, tu sais, vous êtes, tu es, tu es déjà traitée comme, en tant que femme autochtone comme tu es, tu ne peux pas tomber plus bas ... »*

*« ... Il y a quelques endroits où vous irez et, euh, ils semblent te regarder comme si tu es de plus en plus sale parce que tu n'es pas seulement autochtone, mais maintenant tu es atteinte du VIH en plus ... »*

*« .. lorsque j'ai fini avec mon test sanguin, euh, je ne sais pas, je seulement ... parce que je ne sais pas si c'est parce que, comme euh, certains des infirmières et des médecins, ils seulement, ils ne font pas, ils sont de sorte que ... je ne peux sentir qu'ils regardent moi parfois, tu sais, comme j'ai eu ce sentiment, même si ce n'est pas, tu sais, ils ne disent pas carrément, je peux le sentir, tu sais. Je pense ça ne me touche pas [d'être une FAAS] parce que, comme, euh, si je n'ai pas ... si je n'étais pas séropositive, je serais probablement mieux traitée. J'aurais été, je pense, tu sais, mais ouais .... Parce qu'ils sont comme toujours oh comment c'est fait ... ils veulent toujours poser la question comme comment t'as fait pour le contracter ? Tu sais, comme il n'est pas tes oignons comment je l'ai eu ... »*

Le traitement des FAAS par la société crée une forme de «triple obstacle» qui contribue à la marginalisation sociale continue et à l'isolement. Ce triple obstacle peut également créer d'importants défis pour que les FAAS puissent gérer leur maladie du VIH, ainsi que de rechercher un soutien pour un traumatisme sexuel. Les témoignages ci-dessus illustrent des catégories fortement reliées entre elles des préjugés fondés sur la race, le sexe et le statut séropositif, qui affaiblissent considérablement la qualité des services de santé en direction des FAAS. Lorsque les prestataires de santé et de bien-être social agissent en ayant ces préjugés, la confiance dans la prestation de services est ébranlée, ce qui peut conduire des FAAS à éviter ces services.

# LA COMPRÉHENSION PAR DES FAAS DE LA SANTÉ ET DES PRATIQUES CURATIVES

Un objectif important de cette recherche était de mieux comprendre comment des FAAS interprètent la santé et les pratiques curatives et d'apprendre quelles sont les stratégies qu'elles emploient dans la gestion de leur santé personnelle. Nous avons également voulu examiner le rôle, s'il y en a un, que la culture et la tradition jouent dans le processus des pratiques curatives pour des FAAS. Pour atteindre cet objectif, nous avons demandé aux FAAS d'identifier des services de santé qui les ont aidées et d'autres services qui ne les ont pas aidées lorsqu'il s'agit à la fois du VIH et de la violence sexuelle. Nous leur avons également demandé de comparer ce qu'elles pensaient de leurs expériences quand elles utilisaient des services de santé autochtones et des services de santé non autochtones.

## EGLISE EN TANT QUE SERVICE DE SOINS DE SANTÉ, DOUX FOYER EN TANT QUE SERVICE DE SOINS DE SANTÉ

Des FAAS qui ont participé à cette étude ont rapporté avoir recouru aux diverses pratiques et stratégies globales pour gérer leur santé. Lorsqu'on leur demande quels services de santé ont-elles jugé utiles, les participantes ont identifié une série d'activités, dont des centres de santé autochtones, les cérémonies de guérison, les pow-wow, des rassemblements, l'église et la prière, la purification, la foi dans le Créateur, des Aînés et des chefs spirituels, l'activisme, le conseil du type occidental sur le VIH/sida, le conseil sur la violence contre des femmes, l'écriture, la lecture, d'aller au gymnase et de faire des régimes alimentaires. Certaines participantes ont considéré que revenir à la culture et la tradition sont des éléments importants du processus curatif. D'autres ont mis en avant la religion et la notion de «pardon» comme un élément central de leur récupération. Pour illustrer la diversité des approches de la gestion de la santé employées par des FAAS qui ont participé à cette étude, nous avons sélectionné les citations suivantes :

*« ... Euh, la seule chose que je fais maintenant, c'est comme si je me dope ... et ça m'aide parce que j'ai l'habitude d'avoir de mauvais rêves et tout ça. Puis, quand je ai de mauvais rêves, je me dope, mais dernièrement, je ne la faisais pas, comme ... Euh, je crois que ça a été bon car, comme, euh, quand tu es shootée, et tu es bien, tu laisse tout tomber. Tu sais, tu essaies d'arrêter. Donc, pour moi ça a été bon ... »*

*«... Beaucoup de euh, quand j'ai commencé faire des cures pour la première fois, j'étais euh, je voyageais en tant qu'éducatrice et je suis venue ici [OASS] pour les conférences et pour l'acquisition des compétences et pour participer à des cérémonies de purification et, et, euh, différentes pratiques culturelles. C'était début de ma cure dans le sens que, euh, j'ai commencé, tu sais, de pratiquer des cérémonies de guérison et des méthodes différentes de différentes cultures. Et elles étaient très thérapeutique de la manière donc ça m'a aidé ... »*

*« ... Ouais. Je crois que ma plus grande force vient de, euh, vient de, euh, du lien avec le Créateur, le dieu et c'est de là que ma force vient. Et je peux regarder sur ma vie passée maintenant, euh, et je peux voir tous ces avertissements que je ne voyais pas avant. C'était comme si, euh, c'est comme regarder en arrière sur, regarder en arrière et de voir tous les, les pièges et, que je ne voyais pas et, les avertissements et des indications et c'est comme, de regarder en arrière maintenant, je peux regarder en arrière et, et euh, je me dis, pourquoi je ne l'ai pas vu. C'était comme si mes yeux se sont ouverts quand j'ai eu le lien avec mon Créateur, et c'était comme s'il m'a ouvert les yeux et j'ai pu voir d'un seul coup, euh, c'est lui qui m'a amené à travers tous ça, en toute sécurité ... »*

La majorité des FAAS qui ont participé à cette étude interprètent les «services de santé» comme des services au sens plus large et non uniquement pour répondre aux besoins physiques ou médicaux de santé. Plusieurs des participantes ont décrit des visions globales de la santé et des pratiques curatives, qui comportait des aspects spirituels, physiques, mentaux et émotionnels de la santé, qu'ils, pensaient, n'ont pas été résolus dans leur vie. En fait, plusieurs participantes ont le sentiment que la capacité de gérer efficacement leur santé dépendait de la résolution des problèmes liés aux traumatismes sexuels. La citation ci-dessous a été une réponse donnée par une FAAS lorsqu'on lui a demandé quels services de santé elle avait trouvé utile. La citation illustre une vision de la pratique curative qui attribue une valeur supérieure à certains aspects de sa santé spirituelle, mentale et émotionnelle qu'aux solutions médicales de sa maladie physiologique :



*«...Tout, en commençant par les cercles de guérison jusqu'à, euh, les réunions des alcooliques et des toxicos, jusqu'aux cercles de guérison pour les personnes atteintes du VIH et du sida au (OSS), jusqu'à ces conférences. C'est ce que je considère comme mes services de santé, parce qu'ils sont avec ma vitalité ma longévité (sic), et de ma cure, tu sais. Je n'ai pas besoin que la cure avec cette foutue bouteille. J'ai besoin d'une guérison dans mon cœur et mon âme, tu sais. Eglise, c'est ma santé .... Le doux foyer, ce sont que mes services de santé !... »*

La réponse la plus positive signalée par les participantes à cette étude a été l'engagement des FAAS dans la lutte contre le VIH/sida et la violence contre les femmes. Lorsqu'on leur a demandé quelles activités elles aiment faire ou quels sont leurs passe-temps favoris, de nombreuses participantes ont signalé le militantisme et le travail de soutien communautaire comme une importante source de plaisir et de satisfaction dans leur vie. Quelques-unes ont fait du bénévolat et ont travaillé dans des refuges pour femmes et dans des centres de ressources. Certaines participantes travaillent comme des travailleuses sociales en contact direct avec des clients, en distribuant de préservatifs, des seringues et de la nourriture. D'autres ont raconté le bonheur qu'elles trouvent dans le travail avec les organisations et les comités de lutte contre le VIH/sida aux niveaux local, régional et national. Quelques participantes ont parlé de voyages à travers le pays dans un effort d'éduquer les communautés autochtones, les jeunes et les chefs sur le VIH et le sida. Des FAAS de Vancouver ont parlé de leurs efforts pour organiser et mobiliser des FAAS dans leur communauté.

*« ... Je travaille dans un centre d'accueil, tu sais, et beaucoup de nos clients sont des sans-abris, ceux qui sniffent des solvants, et j'aime travailler là-bas .... mm, mon truc préféré est de travailler à l'accueil libre ... comme pendant quelques années dernières. C'est ce que je préfère. Et ... bien ... je ne devrais pas dire que je le préfère. Etre avec mes petits-enfants c'est ce que je préfère ... »*

Les activités positives dans lesquelles des FAAS ont participé peuvent être considérées comme faisant partie du processus de la cure. La collaboration et la connexion à d'autres PAV et aux organisations des services liés au sida permettent aux FAAS de réduire l'isolement social qu'elles subissent. La chance de participer à la cause du VIH et la violence contre les femmes autochtones a fourni une source d'autonomie pour de nombreuses FAAS qui ont participé à cette étude.

## **PRATIQUES CURATIVES SONT UN PARCOURS TOUT AU LONG DE LA VIE**

En dépit de la résilience illustrée par les récifs des participantes sur leurs réactions positives aux traumatismes, des FAAS qui ont participé à cette étude continueront de faire face au déficit par rapport à la gestion de la santé dans leur vie quotidienne. Dans les citations suivantes, deux FAAS discutent de leurs efforts pour faire face au VIH et aux effets des traumatismes sexuels sur leur vie :

*«...J'ai passé par, euh, j'ai passé par tous les traitements appropriés et ensuite j'ai essayé de commencer avec des cercles de guérison et de toutes les choses positives que je pouvais faire pour moi et que je continue à faire, d'avoir été au bout du rouleau avec des drogues ou d'alcool et jusqu'à ce jour je continue à me remonter la morale et j'ai toujours des bons objectifs que je voudrais atteindre avant de s'en aller dans le monde des esprits, c'est de se sentir productive et importante dans la société ... »*

*«...J'ai en quelque sorte laissé le passé derrière et je suis allée en avant, mais j'ai eu encore des souffrances au fond de moi, tu sais. Toutes les choses que j'ai vécu dans ma communauté, j'ai en quelque sorte essayé des pratiques curatives et j'étais en peine et j'étais en train, tu sais, de pleurer et de me faire mal et il était difficile d'en parler, mais ça, mais ça a été un soulagement. Je me suis soulagée de beaucoup de choses quand je suis allé voir des conseillers, des thérapeutes des psychologues. ...J'ai passé par les services de conseil et de conseil spirituel et je vais reprendre le service de conseils quand je rentrerai chez moi, après [l'activité professionnelle]. Je pense que je dois revenir en arrière et de continuer davantage avec le service de conseils parce que je crois vraiment que le processus de pratiques curatives est un parcours tout au long de la vie, tu sais, le processus de pratiques curatives. Ce n'est pas comme un genre instantané ... »*

Les difficultés que vivent des FAAS par rapport à leur rétablissement et à la gestion quotidienne de santé sont fondamentalement liés à des facteurs structurels responsables de leur isolement social. Les obstacles systématiques, qui exposent davantage des femmes et des filles autochtones à la violence et au VIH, compliquent le processus des pratiques curatives en exposant des FAAS à la violence, à la stigmatisation et à la discrimination. L'apathie et l'indifférence de la société apportent de nouveaux traumatismes aux FAAS compromettant leur santé et leurs efforts curatifs.



# RECOMMANDATIONS DES PARTICIPANTES

Ce projet de recherche a été conçu pour être orienté vers l'action. Les résultats ont été destinés à informer et à influencer les prestataires de services et des décideurs sur la façon de créer un changement positif dans la vie des FAAS qui ont subi ou continuent de subir la violence. Pour prendre des orientations à partir des opinions uniques des FAAS, nous avons demandé aux participantes de formuler des recommandations sur la façon dont RCAS et d'autres prestataires de services peuvent améliorer la situation qu'elles rencontrent. Nous avons également demandé aux participantes sur les messages qu'elles aimeraient partager avec leur communauté et les chefs politiques concernant les questions du VIH/sida et de la violence sexuelle. La section suivante mettra en évidence les recommandations fournies par des FAAS.

## ESPACES SÉCURISÉS

Bon nombre des recommandations formulées par les participantes à cette étude reflètent une forte volonté et un besoin essentiel pour avoir des «espaces sûrs» où des FAAS peuvent se réunir et aborder les divers éléments de leur maladie et de leur vécu traumatique dans un environnement exempt de peur et de jugement.

En fournissant des espaces sûrs, on considère et on pourvoit aux besoins de santé des FAAS spécifiques au sexe. Les conséquences physiques et psychologiques des traumatismes sexuels représentent des barrières pour l'obtention des services par des FAAS. Cette participante suggère des façons dont les prestataires de services pour le VIH pourraient mieux répondre aux besoins des FAAS dans un cadre formel :

*« ... Et il faut faire des réunions, il faut avoir beaucoup de service de soins par rapport au viol, comme si, par exemple si, si une FAAS est handicapée et elle veut et elle est dans un fauteuil roulant, qu'elle devrait être en mesure de venir, si elle va prendre l'avion quelqu'un à l'aéroport devrait venir la chercher et l'emmener ici. Et nous aimerions également avoir des travailleurs de soutien personnel pour nous aider, ou un membre de la famille viendra avec cette personne, mais il faudrait avoir aussi du personnel, quelques travailleurs de soutien personnel disponible pour aider les femmes handicapées à nos réunions. C'est ce que j'ai, je voudrais bien voir parce que je crois que c'est ça, c'est si nécessaire. »*

Pour certaines FAAS qui ont participé à cette étude, un véritable espace de sécurité a été décrit comme l'un sans la présence masculine. De nombreuses participantes ont considéré qu'elles avaient des problèmes avec les hommes en raison de leur vécu de la violence sexuelle. Certaines FAAS ont signalé qu'elles évitaient les services où les hommes étaient présents. De fait que des FAAS évitent des services éducatifs les empêche de s'associer avec d'autres FAAS qui utilisent ce genre de services. Si les hommes sont les prestataires de service, en particulier les services gynécologiques, de FAAS pourraient éviter des services essentiels de santé sexuelle et d'aide à la grossesse.

Des espaces sûrs pourraient offrir des possibilités aux FAAS de faire face à leurs traumatismes, de reprendre le contrôle de leur vie, et de guérir de leur passé. Les participantes ont décrit un endroit à atteindre dans leur démarche curative où elles ont compris, quel est l'impact de la violence sexuelle dans leur vie et quelle est la relation entre les vécus de violence et leur statut séropositif. Certaines de ces femmes ont trouvé la force, l'autonomisation et même, l'illumination spirituelle, dans cette découverte.

*«... Parfois, quand les gens ont le pouvoir ... ils en profitent et pour les gens qui sont si vulnérables, comme les enfants, et il y a tant, tu sais, tant qu'une personne se met en colère, mais nous avons besoin de nous arrêter et de dire à nous-mêmes, c'est arrivé à moi. Maintenant je dois aller en avant ... »*

Une participante a recommandé que plus de séances d'information et de cérémonies de guérison soient disponibles aux FAAS, en particulier pour celles qui n'avaient pas encore fait le lien entre leur expérience de la violence sexuelle et leur infection par le VIH :

*«... Je pense qu'il devrait y avoir plus euh, de sessions de, genre, de guérison, qui se déroulent, euh, à nos rassemblements, comme une combinaison de ce type de euh, d'acquisition de connaissances à propos de, euh, d'un traumatisme sexuel par exemple, et comment il t'affecte, ce genre de choses, car peut-être certaines femmes n'ont pas fait le lien... »*



En plus de permettre des discussions relaxes et confidentielles sur les liens entre la violence sexuelle et le VIH, un espace sûr pourrait fournir un forum sécurisé et confidentiel pour discuter des questions de santé physiologique et sexuelle des FAAS. Des FAAS qui ont subi des violences sexuelles se sentent mal à l'aise de discuter des questions concernant leur corps, la santé sexuelle ou la sexualité dans la présence des hommes. Une participante a suggéré qu'il faut davantage d'informations accessibles aux FAAS sur les effets uniques du VIH sur le corps féminin : «... Et, euh, eh bien je voudrais voir davantage de recherches sur les femmes, sur les femmes autochtones. Comme sur, sur un truc scientifique comme, euh, sur la manière dont le virus, s'il y a des différences dans la façon dont le virus est présent dans notre corps. Et euh, je voudrais voir plus d'informations sur le corps féminin, comme l'anatomie, le fonctionnement du corps ... Je ne pense pas que les femmes comprennent vraiment ça, pourquoi nous sommes si vulnérables au VIH, tu sais, si biologiquement vulnérables au VIH ... »

## ISOLEMENT

Une conclusion parmi les plus importantes de cette recherche identifie le racisme, le sexisme et la stigmatisation de la séropositivité comme la racine d'isolement social vécu par des FAAS. Des sentiments de solitude et d'isolement et le désir de rencontrer, de se réunir et de collaborer avec d'autres FAAS, ont été fréquents chez les participantes.

La période, qui suit immédiatement le diagnostic initial de l'infection par le VIH peut être particulièrement traumatisant et implique souvent un sentiment d'extrême solitude, du désespoir, de la confusion et de la peur. Quelqu'un nouvellement diagnostiqué peut vivre ce qui peut être décrit comme une forme de la «paralysie cognitive» pendant laquelle les activités de la vie régulière et les processus de réflexion sont mis en attente pendant que la personne tente d'analyser ce que cela signifie d'être séropositive. Cette période critique est une occasion unique d'aides des FAAS avec les services et des ressources de conseil post-test culturellement appropriés et adaptés à l'appartenance sexuelle. Des ressources disponibles aux FAAS qui permettent d'identifier et de s'associer avec d'autres FAAS sont extrêmement importants pour la lutte contre le sentiment d'isolement. Une participante a recommandé de fournir un livre avec des histoires des FAAS :

*«... Tu sais que, euh, ce serait bien d'avoir un livre comme ça juste pour les femmes autochtones. Comme même des transsexuels en feront partie. Comme les jeunes femmes, des grand-mères ... Parce que tu sais, comme pour moi, quand j'ai d'abord été diagnostiqué comme je ne voulais pas sortir et rencontrer des gens ou, tu sais, même pour rencontrer la femme séropositive que j'ai rencontré pour la première fois ou je lui ai de parlé au téléphone... .. Mais, tu sais, d'avoir un livre sur d'autres femmes autochtones qui sont séropositives, je pense que cela aiderait beaucoup de femmes. Les femmes autochtones ... »*

Quelques FAAS qui ont participé à cette étude vivaient dans le même secteur de la grande ville. Le désir commun de ces participantes était d'avoir plus d'occasions de s'associer avec d'autres FAAS au sein de leur communauté géographique. De nombreuses participantes ont discuté sur la nécessité d'un centre de ressources conçus spécifiquement et exclusivement à pourvoir aux besoins uniques par rapport au sexe, à la culture et au statut séropositif. Une femme a décrit les femmes autochtones comme possédant une vision du monde unique, qui englobe un langage différent, le sens de l'humour et l'identité sexuelle. Cette participante a considéré qu'elle pouvait mieux s'identifier avec d'autres femmes autochtones qui partageaient sa culture et étaient de même sexe, et si on lui donnait l'occasion, elles pourraient grandement bénéficier de partager son histoire avec d'autres FAAS qui ont un vécu similaire au sien. Les citations suivantes abordent le problème de l'importance d'un centre, d'un espace sécurisé, pour des FAAS dans leur quartier:

*« ... Je voudrais, euh ... ce serait une bonne chose, parce que certaines d'entre nous qui, comme, moi par exemple, sont lentes dans leur apprentissage et j'aimerais vraiment obtenir mon degré 12, et, euh, j'ai juste besoin de soutien, c'est tout ... pour pour les femmes, tu sais. Je sais qu'il ... Je sais que les hommes sont importants qu'ils contractent le VIH aussi bien, mais les femmes sont ... elles sont ... nous avons besoin, un centre communautaire pour les femmes atteintes du VIH et pour les femmes qui sont d'origine autochtone seulement parce que c'est là que nous nous sentirons en sécurité et que je vraiment, je crois vraiment que c'est là que j'aurais un nouveau départ parce que je, je prie tellement pour cela tout le temps et seulement aller, s'il te plaît, ouvres un centre pour les femmes autochtones atteintes du VIH ainsi je pourrais atteindre mes buts et apprendre là et d'avoir un conseiller là-bas et tout dans un seul bâtiment pour-pour les femmes autochtones, c'est ce que ... c'est ce que j'aurais besoin le plus ... .. Ouais, euh, obtenir un centre pour nous les femmes afin que nous puissions avoir quelqu'un à qui parler non seulement sur le VIH, mais aussi sur combien de fois*

*nous avons été battus et agressés sexuellement par des ivrognes ... »*

*« .. Bien, juste un peu plus de groupes de soutien [pour des FAAS]. Des groupes en général. Il n'y a pas, comme ... il y a alcooliques anonymes, il y a ça pour cela, il y a cela pour ça, mais il n'y a pas de groupes de soutien réel pour cela [des FAAS], où vous pouvez vous asseoir en tant que groupe entier et ... ou même tu ne connais que peu de personnes ... »*

*« ... Oui je voudrais, parce que ça a toujours été mon rêve, ouvrir un... Je voulais ouvrir un centre pour femmes autochtones atteintes du VIH ... elles doivent avoir un centre où les femmes pourraient aller là-bas, même si elles veulent s'allonger pendant quelques heures ou quoi que se soit et elles n'ont pas ça par ici, vrai. Je veux ... Je veux ouvrir quelque chose, comme je peux, tu sais, je pourrais louer une grande maison et faire comme ça avec des chambres, vrai, et ... car il y a beaucoup de femmes autochtones qui dorment dans la rue ... Parce que, tu sais, comme quand tu vas vous allez à l'[OSS], il y a tant de femmes autochtones qui y vont et elles n'ont pas de nourriture. Elles n'obtiennent rien. Elles, si elles, elles devraient avoir un endroit comme celui-là où elles peuvent entrer, utilisez le téléphone, prendre un café ... »*

## **FAAS INUIT « JE ME SENS TOUTE SEULE ... »**

Des Inuit FAAS ont exprimé leur désir de voir une plus grande participation des femmes Inuits à des rassemblements des PAAS. Etant minoritaires au sein de la population des FAAS, leurs sentiments d'isolement peuvent être plus intenses :

*« ... Oh, ok. Euh, ouais, j'aurais voulu qu'ils communiquent plus avec des Inuits, comme, euh, contacter cette personne et, euh, la faire participer et, tu sais, les amener, les amener ici ou là où nous avons notre conférence et des trucs comme ça. J'aimerais avoir le, plus d'Inuits impliqués avec ça aussi, parce que parfois, je me sens comme si j'étais la seule, moi, ou [une autre FAAS Inuit], et je me sens comme si nous étions les deux seules, où est le reste ? ... »*

Cette participante a ensuite recommandé la façon dont les fournisseurs de services des PAAS pourraient attirer davantage des FAAS Inuits à leurs événements. Elle a suggéré que la cuisine Inuit traditionnelle et des ateliers d'animation culturelle pourraient tirer plus de FAAS Inuits de rassemblements des PAAS. Elle a également avancé que le retour à la culture et à la tradition pourrait être une source de guérison spirituelle pour les FAAS Inuits.

*«...Tu sais, comme je voudrais avoir plus d'Inuits s'impliquer dans la culture ou dans leurs traditions, en particulier leur euh, leur cuisine traditionnelle, tu sais, ce serait merveilleux parce que nous aimons la nourriture traditionnelle aussi, tu sais. Il est très difficile pour nous dans le sud d'obtenir de la nourriture du pays et ce n'est pas facile, oui. Donc pour moi je trouve que c'est difficile pour nous, les Inuits pour obtenir ces bons outils que nous, nous avons besoin dans la ville, tu sais ce que je veux dire. C'est comme si, oh, je, ça ne me dérange pas d'avoir un enseignant pour nous apprendre comment faire des petits mocassins, des petites mitaines ou des gants, tu l'a dit, seulement pour occuper notre esprit, sortir de notre maladie, tu sais. Je pense que c'est pourquoi beaucoup de gens sont tellement déprimé, tu sais, c'est parce qu'ils n'ont rien à faire dans leur vie, ouais. Donc pour moi ça ne me dérange pas d'avoir la culture ou, tu sais, quelque chose pour nous tenir. Parce que j'ai vu beaucoup d'entre elles restaient dans leur maison, "Pauvre de moi, pauvre de moi, je suis malade, je suis malade, Bla, Bla, Bla ... »*

## **BESOINS BASIQUES**

De nombreuses participantes ont formulé des recommandations sur la façon dont les fournisseurs de services pourraient mieux répondre à leurs besoins de base. La pauvreté enracinée rencontrée par beaucoup de FAAS qui ont participé à cette étude a joué sur la gestion de leur santé et leur bien-être qui est devenu un combat quotidien. Des FAAS dont la principale source de revenu était l'aide sociale ou des prestations d'invalidité se trouvent souvent incapables de joindre les deux bouts. Les besoins de base tels que la nourriture, des vêtements et un abri ont été souvent hors de portée pour certaines participantes. Pour des FAAS qui s'occupaient de leurs jeunes enfants, la situation était encore plus désespérée. Lorsque les services d'approvisionnement sont disponibles, ils sont souvent inadéquats pour répondre aux besoins des FAAS. Par exemple, la gratuité des services de distribution de la nourriture tels que des banques alimentaires et des repas communautaires fournissent la nourriture avec une faible quantité de protéines donc non appropriés pour un besoin diététique important pour une personne atteinte du VIH/sida.

Les gouvernements et les FAAS sont aussi en désaccord sur les services essentiels pour la santé et la dignité



d'une personne. Une participante a partagé sa frustration de ne pas être en mesure de s'offrir les services qu'elle considérerait importants à son bien-être :

*« ... Hm. Je nous donnerai plus d'argent ... eh bien, oui pour la nourriture, pour les factures, je veux dire, ils appellent de luxe câble de luxe, comme si notre câble et notre téléphone étaient un luxe. Comme tu sais. J'aimerais avoir un ordinateur ... »*

Des ressources qui pourraient être considérés comme du luxe par certains peuvent en fait être nécessaire aux FAAS. Les services de communications facilitent l'association avec d'autres FAAS et sont donc des outils importants pour combattre les sentiments d'isolement. Un ordinateur avec accès Internet peut être une source importante d'information sur la santé, sur les services de soutien et d'accès aux ressources d'emploi. Les téléphones sont vitaux pour obtenir des services de santé d'urgence ou pour la prise de rendez-vous médical, sans oublier de parler à la famille et aux amis. Même la télévision peut être une importante source de réconfort pour des FAAS, offrant également une chance de s'échapper.

Certaines des FAAS qui ont participé à cette étude ont constaté un lien entre leur incapacité à répondre à leurs besoins fondamentaux et des inégalités structurelles qu'elles rencontrent dans la vie sociale. La position sociale marginalisée des FAAS pourrait les empêcher d'obtenir un accès équitable aux ressources et aux connaissances. Une participante a avancé que le traitement inéquitable vécu par des femmes autochtones quand elles accèdent aux services, les empêche d'accéder aux ressources et au soutien dont elles ont besoin :

*« ... Dans mes livres, ce n'est pas [juste], parce que je vois des femmes, tu sais, je vois des femmes avec des enfants. Je vois les femmes, les femmes autochtones, comme elles sont tellement malades ou elles ont besoin, comme une paire de chaussettes ou quelque chose comme ça, non ? Et tu sais, et, moi, tu sais, parce que je travaille là-bas avec les filles qui travaillent. Je fais du social pour un (prestataire de service) et je leur donne les préservatifs, les sandwiches et les jus et beaucoup de ces femmes autochtones travaillent dans la rue parce qu'elles ne peuvent pas vivre de ce qu'elles obtiennent d'une seule aide sociale .... Elles ont besoin d'un lieu où elles peuvent venir et où elles peuvent obtenir, comme, tu sais comment peuvent-elles obtenir gratuitement des vêtements, des chaussures, des comprimés, quoi que ce soit. Parce que, tu sais, que parfois c'est vraiment difficile à ... Certains de ces médecins par ici, par ici, ils ne donnent pas vraiment aux autochtones ... ils ne disent pas aux autochtones quels sont leurs droits aux médicaments .... Et le bien-être, ne dit jamais ce qu'ils, tu sais. Tu es autorisé à cinq, à cinq subvention d'urgence, vrai, je veux dire de subvention et non une subvention, une crise, même si c'est un peu comme les vêtements, la nourriture, mais tu es autorisé à cinq. Et personne ne sais. Ils peuvent, le bien-être vous ne l'inscrivez pas sur un morceau de papier et de dire à vous quels que tes droits sont, mais je, je fais. J'ai participé à un cours pour apprendre à faire des demandes et je sais. Et à chaque fois qu'une femme a besoin de quelqu'un pour aller avec elle au bureau d'aide sociale, j'y vais, vrai ? Et, tu sais, et ils ... Tu sais, j'ai organisé un atelier à l' (organisation de services aux autochtones) à ce sujet. Beaucoup de femmes disent qu'elles veulent ... elles aimeraient savoir ce qu'elles veulent, parce que, parce que beaucoup de gens comme, les gens qui sont malades du cancer, quoi que ce soit, ils ont besoin, ils ont besoin de savoir. Mais ici, si tu ne te lèves pas et ne parles pas, tu ne trouveras pas... »*

## **MEILLEURE COMPRÉHENSION DE L'ASPECT SOCIOCULTUREL PAR LES PRESTATAIRES DE SERVICES**

En réfléchissant sur la manière dont les services reçus pourraient être améliorés, de nombreuses participantes ont suggéré d'avoir une plus grande compréhension et le respect pour des approches autochtones de pratiques curatives traditionnelles et de la médecine. Voici deux exemples de réponses des participantes lorsqu'on leur a demandé si elles croyaient que les fournisseurs de services devraient avoir connaissance de la culture autochtone :

*« ... Je pense qu'ils devraient, comme, comme pour moi, comme d'aller se purifier et, parfois, euh, tu sais, comme je voudrais, euh, euh, comme complément, traditionnel et les médicaments occidentaux, et, tu sais, mais, comme, même avoir des liens avec quelqu'un qui le fait, tu sais. Et comme avoir mon médecin, peut-être travailler avec quelqu'un comme ça, tu sais, de voir comme, tu sais, comment ça va ensemble ou, tu sais, si, si c'est, si c'est bon pour moi c'est à prendre ou, tu sais, les choses comme ça... »*

*« ... La purification ... euh ouais, comme la signification des choses, comme les valeurs. Les quatre directions. L'appréciation des quatre nationalités. Nos-nos animaux ... »*



## **SENSIBILITÉ ACCRUE DES PRESTATAIRES DE SERVICES À LA VIOLENCE SEXUELLE**

Quelques participantes ont exprimé l'importance de la sensibilisation aux problèmes de la violence sexuelle dans le milieu des soins de santé. Les participantes ont avancé que les infirmières et les médecins traitant des FAAS doivent être conscient de l'impact de la violence sexuelle dans leur vie et comment ces traumatismes sexuels affectent leur santé. La citation suivante illustre comment les effets de la violence sexuelle peut dissuader les femmes de solliciter des services de santé sexuelle. Cette participante considère que les expériences antérieures d'un traumatisme sexuel pourrait être l'une des raisons pour lesquelles les femmes autochtones évitent le dépistage du VIH et pourquoi elles ont tendance à être diagnostiqué à un stade plus avancé de la maladie :

*« .... Et bien, beaucoup de femmes, comme même pour moi quand je parle à ce sujet, ils parlent des test-témoins. Surtout pour les frottis et il faut le faire tous les six mois, comme c'est très, et bien, il est parfois, euh ... Si la personne qui, qui fait le frotti n'est pas très sensible par rapport à ces questions alors ça, euh, crée beaucoup d'éléments déclencheurs et les traumatismes et, et, euh, la façon de le faire, surtout quand il s'agit d'avoir à insérer quelque chose à l'intérieur du corps et les femmes ont été physiquement violées avec différents types d'objets, d'avoir été traumatisées c'est, il faut avoir une sorte de mesures progressives qu'elles doivent prendre pour, pour, euh, aider la personne de le faire sans se sentir violée ... »*

D'une manière générale, les participantes ont recommandé qu'il y ait plus des services accessibles qui traitent la violence sexuelle dans le milieu des soins de santé. Certaines participantes ont dit qu'elles aimeraient voir plus de femmes autochtones travaillant comme des infirmières et comme des médecins parce qu'elles pensent que les femmes autochtones auraient probablement une meilleure compréhension et jugeraient moins leur vie. Une participante a dit qu'elle aimerait avoir une femme médecin autochtone mise à disposition par un prestataire de services dans sa région. Une autre participante a proposé que les services de conseil sur le VIH, y compris des services de conseil de pré-tests et de post-tests, devraient traiter les répercussions des traumatismes sexuels sur des patientes.

## **FAIRE PLUS DE RECHERCHE**

On dit souvent que les peuples autochtones sont contre la recherche à la suite des expériences passées avec les initiatives de recherche, qui ont causé plus de tort que de bien dans leurs communautés. Toutefois, quelques FAAS, qui ont participé à cette étude, ont mis en avant un besoin immédiat pour de plus amples recherches sur la violence contre les femmes autochtones, ainsi que davantage de recherches sur le comment le VIH affecte les femmes autochtones différemment des autres PAAS.

*« ... Faire plus d'études et peut-être faire leur savoir comme ce qui, ce qui se passe vraiment ... comme, zut, vraiment étudier ça. Si tu étudies la violence ... si tu le fais vraiment, parce que c'est fou. Parce qu'il y a tant de ... Ouais. Parce que, comme, il y a tant de femmes là-bas qui ne disent rien ... qui ne bougent pas parce qu'elles sont menacées à la maison, tu sais ce que je veux dire? Je sais ce que c'est, crois-moi. Je sais quand je dois me taire. Je me souviens de tous ça ... Je me souviens que je devais me taire et quoi qu'il arrive. Si j'ouvre ma bouche j'aurais ça quand je rentre chez moi et, euh, c'est juste toutes sortes de choses, c'est comme ... et je le crois. Il y a beaucoup de femmes aux alentours qui sont autochtones et elles ne disent rien ... »*

Certaines des FAAS qui ont participé à cette étude considèrent des questions du VIH/sida en tant qu'une composante d'un réseau complexe des facteurs qui influencent leurs conditions de vie. Les participantes ont recommandé que la recherche sur le VIH chez des femmes autochtones doive aborder plus en profondeur les conditions du traumatisme intergénérationnel et la violence sexiste dans les communautés autochtones. La participante citée ci-dessous considère le VIH comme un résultat des expériences vécus de traumatismes et de pertes qui affectent la santé émotionnelle et spirituelle des Autochtones :

*«... Ils auraient dû faire plus d'enquêtes et ils devraient avoir plus de merde comme celui-ci ça ça ... tu sais ... non seulement aux questions précises, mais, comme, étudier les émotions parce que je pense juste que nos émotions et nos sentiments sont si, putain, indispensable pour bien comprendre les questions que tu ... comme, les réponses aux questions que tu as besoin, tu sais. Parce que je veux dire que ce n'est pas, ce n'est pas seulement une question sur le VIH, man, c'est à propos de toute cette putain de merde qui mène à ça. C'est sur tout ... »*



## ARRÊTER LA VIOLENCE «RESPECTEZ NOS FEMMES, ELLES LE MÉRITENT!»

La recommandation la plus fréquente donnée par des FAAS qui ont participé à cette étude était de mettre **fin à la violence contre les femmes et les filles autochtones**. C'était la réponse la plus fréquente à la question: "Que diriez-vous aux dirigeants de votre communauté?" Pour nombreuses FAAS participant à cette étude, la violence qu'elles ont vécu dans leur passé ou dans leur vie quotidienne a été la question la plus importante qu'elles ont confronté et le plus grand défi à la gestion de leur santé personnelle. En plus, de nombreuses participantes ont avancé que, si il n'y avait pas de la violence et des multiples expériences de traumatisme qu'elles ont vécu, peut-être qu'elles ne seraient pas séropositives aujourd'hui. Bien que les participantes aient discuté sur leurs aspirations de voir les dirigeants autochtones de traiter des questions de la stigmatisation et du VIH/sida dans leurs communautés, beaucoup d'entre elles pensent que la question de la violence contre les femmes est de première importance. Le message était "traite d'abord la violence, et après le VIH».

De nombreuses FAAS ont reconnu que la violence qu'elles ont subie et continuent de subir, s'inscrit dans le cadre de l'impact global de la colonisation sur les peuples autochtones. Ils comprennent que la violence qu'ils ont vécue est enracinée dans les impacts intergénérationnels des internats sur leur communauté. Toutefois, la participante citée ci-dessous nous rappelle que quelles que soient les «raisons», il est temps de mettre fin au cycle de la violence:

*« ... Ça ne me regarde pas ce qu'elles ont vécu, mais, tu sais, tout le monde fait ses propres choix dans la vie ... et nous devons arrêter ce cycle. Ouais. Trop de femmes innocentes se font tuer, tu sais, et sont battues sans aucune raison ? Comme, bien sûr il peut y avoir une raison, mais encore, la raison n'est pas assez bonne. Il n'y a aucune raison de nous tabasser. Tu veux tabasser quelque chose ? Va dehors et va chercher une bagarre en ville ou quelque chose ou casse quelque chose, tu sais, ou décharge ta colère sur autre chose ... »*

Certaines FAAS ont parlé des inégalités structurelles et des perceptions sociales négatives de leur sexe et de leur identité culturelle, qu'elles croyaient être en partie responsables de leur exposition accrue à la violence. La participante citée ci-dessous a reconnu que la discrimination et la violence contre des femmes autochtones sont systémiques et fondées sur la présomption selon laquelle la femme autochtone est un objet sexuel :

*«... J'aurais, euh, comme il faut montrer une sorte de respect par le renforcement de la loi, ou les personnes qui, euh, dans le système de justice, en particulier avec la police qui, euh, sont extrêmement violents envers les femmes. J'aimerais voir une sorte d'éducation sur euh, la violence sexuelle et, et plus de violence en étant en confrontation avec, en particulier avec les femmes autochtones, où elles sentent qu'elles doivent être sur la défensive d'une manière que, c'est le seul moyen de survie pour elles. Et euh, je voudrais voir une source de, euh, la sensibilisation autour d'euh, des femmes autochtones qui ont subi les violences sexuelles, la formation de la sensibilisation sur ça. Faites-en une priorité, surtout pour les femmes autochtones ... »*

*«Il y a eu quelques femmes qui ont marché à travers le Canada, la Marche pour la justice, qui s'est rendue à Vancouver ... J'ai perdu une de mes cousines le long de la route des larmes, elle a été assassinée. Parfois je voudrais être là pour la protéger, mais, tu sais, mais je fais beaucoup d'efforts seulement pour me protéger. C'est vraiment comme, tu sais, se trouver avec ces choses que, que nous devons confronter en tant que femmes autochtones et ce n'est pas un chemin facile pour nous. Et nous avons besoin que cette chose change, par rapport à notre image, comme euh, des objets sexuels que, tu sais, à la disposition de n'importe qui, qu'ils soient autochtones ou non autochtones. Nous avons besoin d'une sorte de cure là, avec nos hommes, pour nous montrer une sorte de respect et de montrer à nos femmes, le respect qu'elles méritent ... »*

Quelques participantes ont parlé de la période dans l'histoire des cultures autochtones, où les femmes étaient respectées et honorées - un temps où les hommes protégeaient les femmes. Elles ont parlé de la nécessité de revenir à ce mode de vie. La participante, citée ci-dessous, considère que la dévalorisation de la position féminine au sein des communautés autochtones est liée à l'exposition des femmes au VIH et à la violence sexuelle :

*« ..Une fois des hommes protégeaient des femmes dans notre culture. C'était sur, c'était un partenariat égal. C'est pourquoi nous n'avons pas de mots pour il ou elle dans nos langues, il n'y a pas de séparation entre les sexes, parce que nous étions égaux. Les hommes protégeaient les femmes. Mais ce point de vue est si ébranlé maintenant que notre dirigeant autochtone, même nos dirigeants autochtones pourraient penser que nous sommes des objets jetables, en tant que femmes séropositives, que nous ne sommes pas importantes, que nous sommes numéro 25 sur la liste des priorités*



*des dirigeants. Ou le VIH est le numéro 25 dans cette longue liste de priorités et euh, les femmes autochtones atteintes du VIH sont le numéro 30 dans cette longue liste traité par nos dirigeants. Elle doit être là, le temps qu'on compte jusqu'à cinq, tu sais, la priorité ... Nous avons adopté la pensée patriarcale. Nos hommes l'ont adopté pour les plupart entre eux, le point de vu de, euh, ce point de vue faussée de leurs propres femmes, tu sais, que la violence sexuelle existe et, et parfois ils sont des auteurs aussi. C'est - tant de travail doit être fait, tant de cure ... »*

Bon nombre des FAAS qui ont participé à cette étude ont passé un message fort et clair à leurs dirigeants et aux membres de leurs communauté. Elles veulent qu'il n'y ait plus de visions des femmes autochtones atteintes du VIH comme des objets «jetable». Elles veulent voir l'équilibre naturel et le partenariat entre les femmes et les hommes restaurés au sein de leurs cultures et communautés. Elles veulent être traitées avec le respect qu'elles méritent. Surtout, elles veulent mettre **un terme à la violence contre les femmes et les filles autochtones.**



# DISCUSSION

Les voies qui mènent des expériences abus dans l'enfance à la violence future dans la vie des femmes autochtones atteintes du VIH sont multiples et entrelacées. Toutefois, afin d'élaborer des programmes et des politiques réussies, il faut tenter de comprendre ce réseau complexe de déterminants

## SOUFFRANCES SUBIES AU COURS DE L'ENFANCE

L'abus et la négligence dans l'enfance créent une exposition à la violence future des femmes autochtones, à la fois directe et indirecte. Dans le sens le plus général, l'abus de toute nature endommage l'estime de soi des enfants, leur croyance en un monde juste et leur confiance dans d'autres êtres humains. La recherche dans ce domaine a permis de relier les expériences de violence dans l'enfance, de la victimisation et d'être témoin de la violence contre les autres avec une mauvaise santé mentale en générale et le développement de troubles post-traumatiques en particulier (Choi, Reddy, Liu, & Spaulding, 2009; Martinez, Hosek, & Carleton, 2009; Meade, Kershaw, Hansen & Sikkema, 2009). Selon les chercheurs, les abus physiques et émotionnels peuvent provoquer des perturbations dans le développement de l'estime de soi chez des enfants, qui peut se manifester plus tard dans la vie avec deux extrêmes ; la passivité / l'apathie ou l'agressivité intense, les deux créent une exposition à la violence (Brayden, Deitrich-MacLean, Dietrich, & Altemeier, 1995; Finzi-Dottan & Karu, 2006, Maxwell, 2003; Parker & Benson, 2004).

La violence sexuelle a un impact encore plus profond, détruisant souvent la confiance des enfants, non seulement dans l'agresseur, mais dans les gens en général (Walker, Holman & Busby, 2009). Les enfants qui sont sexuellement abusés, en grandissant, ne peuvent pas apprendre comment établir des limites sexuelles, ainsi, ils continuent à être exposés à l'exploitation sexuelle et à la victimisation. (van Roode, Dickson, Herbison & Paul, 2009). Dans un effort de confrontation à la violence, les enfants se dissocient souvent de leur vécu et peuvent développer des dysfonctionnements dans les pratiques sexuelles pour lesquelles ils assument un rôle passif (Bowyer, 2009; Frost-Pineda, 2008). Le rôle de la négligence dans l'exposition à la violence réside dans sa capacité de diminuer l'estime de soi et de créer un profond besoin d'être aimé et apprécié, parfois, pour l'obtenir, ils tolèrent la violence à venir (Bowyer, 2009; Chambers & Potter, 2009, Merrick, Litrownik, Everson & Cox, 2008).

Le lien entre l'héritage des internats et l'abus des enfants autochtones s'est avéré important et destructif (Cuomo, Sarchiapone, Giannantonio, Mancini & Roy, 2008; Million, 2000). Dans de nombreux cas, la toxicomanie et par la suite, l'abus et la négligence envers les enfants peut avoir ses origines dans le traumatisme vécu par les parents et les grands-parents qui ont fréquenté un internat (MacLachlan, 2007; Miller, 2003). De même, le placement familial, semble constituer une menace potentielle pour le bien-être physique, affective et sexuelle des enfants autochtones, comme beaucoup ont signalé des agressions dans ce contexte (Gramkowski, Kools, Paul, Boyer, Monasterio & Robbins, 2009; Jacobs, 2008; Onyezia, 2009).

En interconnectant l'impact de l'abus et la négligence sur la santé émotionnelle, physique et spirituelle des enfants autochtones, c'est le rôle des drogues et de l'alcool en tant qu'un moyen de composer avec le traumatisme de ces expériences de vie (Chambers, 2005; Hamburger, Leeb & Swahn, 2008; HAYATBAKHSH, et al, 2009; Université de Montréal, 2008). La littérature scientifique a établi une relation forte entre les impacts sur la santé mentale des traumatismes et l'abus de drogues et d'alcool (Haller & Miles, 2003; Haller & Miles, 2004). A titre d'exemple, Walker, Scott et Koppersmith (1998) ont constaté un lien entre la gravité des abus sexuels d'enfants et l'ampleur de l'alcoolisme à venir. D'autres ont découvert qu'étant témoin de comportements de dépendance de l'un, des parents, l'enfant peut banaliser ce comportement, ce qui encourage les enfants et les jeunes à consommer de la drogue et de l'alcool, en particulier pour faire face aux stress de la vie (Holt, Buckley et Whelan, 2008; Werner, Alain Joffe & Graham, 1999).

## DÉTERMINANTS SOCIAUX

Des inconvénients, tels que le manque d'opportunités, la pauvreté, le racisme et les services sociaux punitifs se renforcent mutuellement et augmentent l'exposition des femmes à la violence. Le racisme contre les femmes autochtones perpétue la violence physique et sexuelle à caractère raciste, ainsi que diminue les chances des femmes en matière d'éducation et d'emploi et leur sentiment d'optimisme pour l'avenir (Doyle-Bedwell, 2008; Dylan, Regehr & Alaggia, 2008; Hoagland, 2007; Tyagi, 1999; Wallace, 2007). Le manque d'opportunités peuvent conduire à la pauvreté, à la dépendance des autres, notamment des services sociaux ou des hommes, et à l'implication potentielle

dans la prostitution (Gowans, 2001; Kwesiga, Bell, Pattie & Moe, 2007; Kurz, 1998; Petterson & Friel, 2001; Rice, 2001; Scott, London & Gross, 2007).

Le stress et / ou la dépression causés par ces circonstances, et souvent exacerbés par un traumatisme du passé, incite certaines femmes à consommer de la drogue et de l'alcool (King & Chassin, 2008; Reed, Anthony & Breslau, 2007; Weaver, Haston Turner & O'Dell, 2000). Malheureusement, les services sociaux, destinés à aider les femmes vulnérables, génèrent un stress supplémentaire en créant un environnement répressif, plutôt qu'un environnement amical et chaleureux (Cooper Altman, 2007; Haight, Shim, Linn & Swinford, 2007). Les femmes se retrouvent toutes seules pour tenter de faire face aux traumatismes du passé et du présent, ce qui diminue leur capacité à se prémunir contre des futures violences.

## **INÉGALITÉS DES SEXES**

L'impact physique, économique et sociale des relations de pouvoir inéquitables entre les femmes autochtones et leurs partenaires masculins est bien documenté dans la littérature (Comaskey & Marquis, 2001; Liodakis, 2009; McGillivray, 2001; Stirbys, 2008). Dans le contexte des femmes autochtones atteintes du VIH, en particulier celles qui vivent dans des conditions de pauvreté et/ou de la dépendance, le choix de partenaires peut être limité (Rotheram-Borus, Desmond, Comulada, Arnold & Johnson, 2009). En conséquence, les femmes peuvent se mettre en couple avec des hommes qui ont tendance à être plus violents, qui exploitent des femmes et tentent de les contrôler par l'argent et/ou par la drogue. Dans certains cas, les hommes encouragent leur partenaires à se droguer, facilitant ainsi leur dépendance à terme et peut-être même leur prostitution (Dalla, 2001; Earls et David, 1990; Women of the World, 2004).

La violence interpersonnelle (physique, émotionnelle et sexuelle) de ces relations conduit les femmes au sentiment de la peur des hommes en général et de leurs partenaires en particulier (Avakame, 1998; Haskell & Randall, 1998; Sev'er & Cheryl, 2004). Cette peur facilite de nouvelles violences de deux façons : 1) les femmes sont souvent réticentes à quitter une relation de violence parce qu'elles craignent les représailles de leurs partenaires (Hamby & Gray-Little, 1997; Richards, Rollerson & Phillips, 1991; Shoos, 2003), 2) dans une tentative d'éviter la violence, les femmes peuvent devenir excessivement passives avec les hommes, cette passivité peut engendrer une nouvelle exposition à la violence/l'exploitation par des hommes (Castano, 2006; Ruiz-Perez, Mata-Pariente & Plazaola-Rothenberg, 2003).

L'un des facteurs les plus étrange, qui empêchent les femmes de quitter une relation abusive est l'amour pour l'agresseur, ce qui n'atténue en rien de nouvelles violences. Certains chercheurs et cliniciens croient que cet attachement vient de la négligence dans l'enfance (Feiring, Taska & Lewis, 1998; McGee, Wolfe & Olson, 2001). Les sévices physiques et sexuels dans l'enfance peuvent également augmenter la tolérance des femmes à la violence, les rendant moins susceptibles de quitter un partenaire abusif. Beaucoup de gens ne comprennent pas ce type d'attachement et n'arrivent pas à déterminer le rôle qui joue le passé traumatique de l'enfance dans l'élaboration du concept de soi et des relations des femmes.

## **CONCEPT DE SOI**

Le rôle du concept de soi dans une plus grande exposition de femmes autochtones à la violence ne peut être surestimé. Les traumatismes répétés, en particulier par les personnes qui s'occupent d'elles et par les proches, détruisent souvent l'estime de soi des femmes et les conduisent à l'auto-condamnation. Lorsqu'ils sont liés à des abus sexuels, à la toxicomanie et aux effets des médicaments contre le VIH, les femmes peuvent également souffrir d'une image négative de leur corps (Clark & Griffin, 2008; Price, 2005; Treuer, Koperdak, Rozsa & Furedi, 2005). La colère, l'amertume et la trahison subis par des femmes peuvent conduire à une mauvaise santé mentale et/ou à la toxicomanie, qui, avec l'auto-condamnation, l'image négative de leur corps et l'estime de soi diminuée, peuvent conduire à un manque de soins personnels (par exemple, la santé physique, mentale, spirituelle, sexuelle et affective) (Peltzer Leenerts & Hobbs, 2007). Lorsque les femmes se sentent mal dans leur peau, elles sont plus susceptibles de s'exposer à des hommes violents et sont moins susceptibles d'apprécier leur propre valeur et leur droit à vivre sans exploitation et la violence (Bulanda & Majumdar, 2009; Chuang, Liebschutz, Horton & Samet, 2006; van Roode, Dickson, Herbison & Paul, 2009).



# RECOMMANDATIONS DE CONDUITE (LES PRATIQUES SÛRES)

## 1. SERVICES DE SOINS DE SANTÉ ET DU VIH SÉCURISÉS CULTURELLEMENT ET SELON LES SEXES

La prestation de services par rapport au VIH au Canada a historiquement été conçue pour répondre aux besoins des hommes homosexuels. Par conséquent, les autochtones et les femmes atteintes du VIH se sont retrouvés à la marge des prestations de service par rapport au VIH. Plus récemment, il y a eu l'apparition des prestataires de services sur le VIH spécifiques aux autochtones, qui visent à répondre aux besoins particuliers sociaux et culturels des FAAS. Pourtant des FAAS continuent à affronter des obstacles liés à leur sexe pour la prestation de services sur le VIH fourniture, même au sein des organismes autochtones de service du sida (OASS). Bon nombre de ces obstacles sont directement liées aux expériences de la violence sexuelle des FAAS et à la peur et à la méfiance des hommes qui en découlent.

- Les OASS existantes doivent réévaluer la façon adéquate de leurs organisations et prestataires de services d'examiner des besoins uniques liés au statut sexuel des FAAS et de prendre des mesures énergiques pour répondre à ces besoins. Les OASS doivent demander sur les services qui sont fournis pour aider des FAAS et comment la qualité des services qu'elles reçoivent peut être améliorée. Davantage du personnel féminin, les services de garde d'enfants, des réunions spécifiques aux femmes, des rencontres et des ateliers, des soins aux handicapés et par rapport au viol, les services confidentiels de conseil sur la violence sexuelle et les services d'informations sur les effets uniques du VIH sur le corps des femmes ont été parmi les idées avancées par les participantes à cette étude sur la façon que des OASS pourraient réduire les barrières liés au sexe des services adéquats sur le VIH.

## 2. SENSIBILISATION ACCRUE DES PRESTATAIRES DE SERVICES DES SOINS DE SANTÉ ET DU VIH SUR LE RÔLE DE LA VIOLENCE DANS LA VIE DES FEMMES AUTOCHTONES

Des FAAS qui ont participé à cette étude a parlé de l'influence d'un traumatisme sexuel sur la capacité à gérer leur santé et leur bien-être. Pour des FAAS, l'expérience de violence sexuelle peut constituer un obstacle important dans leur recherche des services de santé. Elles peuvent éviter les services de santé sexuelle et d'aide à la grossesse pour ne pas avoir de stress émotionnellement déclenché par des procédures médicales de routine telles que les frottis ou le dépistage des infections transmises sexuellement (ITS). Ça peut être également la raison pour laquelle des femmes ont moins de chance d'avoir un dépistage précoce du VIH que des hommes autochtones. Lorsque des FAAS sont impliquées dans des relations violentes, leur capacité à s'occuper de leur santé est compromise.

- Des efforts doivent être menés pour éduquer les prestataires de services de santé et du VIH sur le rôle de la violence sexuelle dans la vie des FAAS, notamment comment le traumatisme sexuel peut dissuader une femme de rechercher des services de santé. Les stratégies devraient être développées pour répondre aux effets de la violence sexuelle. Plus précisément, dans le contexte des services de santé sexuelle et reproductive, les procédures doivent être développées pour accueillir les survivantes des traumatismes sexuels. Les cliniques des ITS et du VIH doivent fournir un service d'orientation vers des conseillers et si possible avoir des conseillers sur place ou sur appel. Les ressources d'orientation devraient refléter un équilibre entre le conseil du type occidental et des pratiques curatives traditionnelles autochtones.

## 3. PLUS DE SERVICES EN DIRECTION DES FAAS ET DE LEURS ENFANTS

Des FAAS font face à des défis uniques d'équilibrer leurs besoins personnels par rapport à la santé avec les besoins de leurs familles, pour lesquelles elles sont le plus souvent les personnes principales de soutien. Souvent des FAAS doivent partager des ressources financières très limitées entre elles et leurs enfants. Dans ces circonstances, des FAAS peuvent être contraintes de placer les besoins fondamentaux de leurs enfants avant les leurs.

- Des ressources devraient être disponibles pour aider des FAAS face à ces défis. Plus de disponibilité et d'accessibilité des services à la famille et des ressources telles que la nourriture, des fournitures scolaires,



des vêtements et des logements abordables pour des mères célibataires, va libérer des ressources existantes des FAAS pour leurs propres besoins de santé. Des services de garde d'enfants abordables et culturellement adaptés peuvent également aider en offrant aux FAAS plus de temps pour s'occuper de leur santé et de leur bien-être.

#### **4. SERVICES DE CONSEIL CULTURELLEMENT ADAPTÉS ET SPÉCIFIQUES À L'APPARTENANCE SEXUELLE**

Des FAAS qui ont subi des violences sexuelles sont souvent tenter de faire face à leurs traumatismes en cherchant activement des divers services de consultation. L'aptitude de surmonter les traumatismes passés est souvent liée à la capacité d'une personne à gérer leur maladie du VIH. Alors que certaines FAAS, qui ont participé à cette étude, ont évoqué l'utilité des conseils de type occidental, quelques autres ont utilisés les méthodes et des stratégies curatives traditionnelles autochtones comme leur principale source de soins des traumatismes. Plusieurs FAAS ont déclaré de combiner les approches de santé traditionnelles et occidentales dans le but de faire face à leurs vécus et de gérer la maladie du VIH. La religion a aussi été décrite comme une importante source de réconfort.

- Les services de conseil et les prestataires de services associés aux programmes pour les femmes qui ont connu la violence (y compris, par exemple, ceux qui travaillent dans les refuges pour femmes abusées et dans les programmes de logement sécuritaire) devraient être conscients du rôle potentiel et de l'importance de la culture et des traditions dans la compréhension des FAAS des pratiques curatives. Les prestataires de services devraient également être mis au courant de la transformation et la dévaluation de la position féminine de femmes autochtones dans leurs communautés. La perte de la position féminine traditionnelle par des femmes autochtones peut influencer sur les perceptions de leur valeur intrinsèque et peut entraîner leur dénigrement intériorisé. La santé mentale a une influence significative sur la capacité des FAAS à comprendre et à faire face aux traumatismes sexuels.

#### **5. DONNER LA POSSIBILITÉ AUX FEMMES AUTOCHTONES DE S'OCCUPER D'ELLES-MÊMES ET DE S'ENTRE AIDER : ESPACES SÉCURISÉS**

La discrimination sexiste, les inégalités culturelles et la stigmatisation associée au fait d'être séropositif, ont placé des FAAS dans un isolement social extrême. Des FAAS sont isolées au sein même de la communauté séropositive, où les besoins des hommes et des femmes non autochtones sont prioritaires. Les participantes à cette étude ont décrit de faire face à l'isolement, même dans les centres urbains, où de nombreux centres de ressources pour le VIH sont disponibles.

- Les OASS doivent s'assurer qu'ils sont en mesure d'offrir un "espace sûr" pour des FAAS. Les OASS existantes devraient évaluer dans quelle mesure elles répondent aux besoins spécifiques lié à l'appartenance sexuelle des FAAS, identifier les obstacles fondés sur le sexe empêchant des FAAS d'accéder à leurs services, et consacrer les ressources humaines et financières nécessaires pour combler les lacunes entre les sexes dans la prestation de services. Par exemple, les OASS pourraient offrir des programmes spécifiques aux sexes, comme les événements et les ateliers ouverts uniquement aux femmes, les Ancien-femmes et des femmes guérisseuses, des services de conseil sur la violence contre les femmes et le soutien pour trouver une place en garderie et des transports associés.

- Dans les régions avec une grande concentration des FAAS, les centres de services pour le VIH conçus spécifiquement pour répondre aux besoins spécifiques à la culture, au sexe et à la santé des FAAS sont indispensables car beaucoup de FAAS sont réticentes à utiliser des services de VIH de base et des services de santé autochtones, où les hommes sont présents. Des centres spécifiques aux FAAS pourraient également offrir des possibilités aux FAAS de s'associer et de se réunir, en réduisant leur isolement social et en améliorant, en fin de compte, leur capacité à gérer leur maladie du VIH. En plus, des centres spécifiques aux FAAS fourniront un forum où des FAAS pourraient partager leurs expériences de la violence. En fournissant des espaces sûrs pour des FAAS, des prestataires de services créeront des possibilités pour des FAAS de s'aider eux-mêmes et de s'entraider pour surmonter leurs expériences de traumatismes et de vivre une vie satisfaisante et digne avec le VIH / sida.





## **6. INTÉGRATION DE SERVICES PAR RAPPORT AU VIH/SIDA ET PAR RAPPORT À LA VIOLENCE CONTRE LES FEMMES**

La violence contre les femmes (VCF) et le VIH sont étroitement liés, en particulier pour les femmes autochtones. VCF rend les femmes vulnérables au VIH et le VIH rend les femmes vulnérables à la violence accrue. Cette recherche a également révélé que la VCF a des effets significatifs sur la capacité des FAAS à gérer leur santé et leur bien-être. La violence peut également entraîner des détériorations sociales et des coûts financiers à la famille, ce qui pourrait nuire à la santé et aux pratiques curatives.

Il existe un besoin crucial d'accroître l'intégration de la politique et la programmation par rapport à la VCF et au VIH. L'intégration de la VCF et du VIH signifie de rendre les deux services disponibles dans le même lieu et les présenter en tant que des services complémentaires. Par exemple :

- Des avocats qui travaillent pour mettre fin à la VCF peuvent fournir des renseignements à leurs clientes sur les droits et les services relatifs au VIH/sida ;
- Des travailleurs sociaux de lutte contre le VIH et de la réduction des effets négatifs pourraient fournir des informations sur l'accès aux ressources juridiques pour lutter contre la VCF, ainsi que des informations sur comment la violence est liée au VIH.
- Les services de santé pour les femmes qui ont subies la violence devraient au besoin être en mesure de fournir des trousse de dépistage du VIH, des antirétroviraux (ARV) et des préservatifs.
- Les services de conseil consacrés à la VCF ou au VIH devraient avoir une connaissance suffisante et les compétences pour dispenser des thérapies dans les deux domaines.
- Des services de conseil pré-test et post-test du VIH qui servent des FAAS devraient aussi élaborer des stratégies pour évaluer les risques encourus par les femmes actuellement impliquées dans des relations violentes et aider les clientes à élaborer des stratégies de réduction des méfaits afin de réduire ces risques.
- Les prestataires de services doivent évaluer les risques de divulgation d'un statut séropositif à un partenaire violent et comment la violence peut affecter la capacité des FAAS de gérer leur santé.

# CONCLUSION

Prises dans leur ensemble, il est clair, comment les expériences d'enfance, les déterminants sociaux, les inégalités entre les sexes et le concept de soi négatif rendent les femmes autochtones particulièrement vulnérables à la violence. La violence physique, émotionnelle et sexuelle accentue l'exposition à l'infection par le VIH par la consommation de drogues injectables, par la prostitution et par une incapacité à négocier des rapports protégés.

Les femmes autochtones atteintes du VIH sont parmi les personnes les plus vulnérables de la société canadienne. Pourtant, la violence perpétrée contre elles, est continue et sans entraves. La négligence envers ces femmes doit être considérée comme une tragédie nationale pour laquelle nous devons tous assumer notre responsabilité.

Travaillant en étroite collaboration avec les autochtones atteintes par le VIH et qui subissent la violence, les chercheurs doivent documenter leurs expériences. Les planificateurs des programmes de promotion de la santé doivent également travailler avec des défenseurs des femmes et de la communauté pour élaborer et mettre en œuvre des interventions qui répondent aux besoins réels. Enfin, les dirigeants politiques, à la fois autochtones et non autochtones, doivent exprimer la volonté d'établir des politiques qui soutiennent les interventions communautaires qui pourraient endiguer la vague de cette épidémie de violence contre les femmes autochtones, particulièrement celles atteintes par le VIH.

Cette étude a été conçue pour acquérir une meilleure compréhension des effets de la violence sexuelle sur la vie des femmes autochtones atteintes du VIH/sida, pour explorer l'interaction entre la violence sexuelle et la culture, et pour identifier les traits distinctifs des expériences de la violence sexuelle des femmes autochtones et l'infection par le VIH. La violence sexuelle subie par les FAAS, qui ont participé à cette étude, a eu lieu dans un climat général de violence contre les femmes autochtones, qui commence souvent avec l'exposition à la violence dans l'enfance. En plus, la violence contre les femmes et les filles autochtones est profondément enracinée dans l'héritage de la colonisation, y compris l'expérience des internats. Les conclusions de cette étude indiquent que l'expérience du VIH et de la violence sexuelle se composent et mènent à l'exposition à tous les deux. La violence génère des résultats émotionnels et mentaux négatifs qui peuvent entraîner certaines femmes autochtones d'employer des stratégies de survie qui les exposent à un risque accru d'infection par le VIH. À leur tour, les femmes autochtones séropositives pourraient être plus à risque de la violence des mains de leur partenaire intime, de la famille, des membres de la communauté et de la société dans son ensemble.

Les traumatismes sexuels, la stigmatisation et la discrimination associée au fait d'être séropositif ont des conséquences très graves pour la santé mentale, émotionnelle, physique et spirituelle des FAAS. Les femmes, qui ont participé à cette étude, ont la compréhension diversifiée et globale de la santé et la cure et sollicitent à la fois des pratiques traditionnelles de cure et des approches occidentales de la gestion de santé. Cependant, le racisme et le sexisme ont miné leur santé mentale et ont bloqué l'accès aux services adéquats de la santé et aux services sociaux. Les effets des traumatismes sexuels peut même décourager des FAAS d'utiliser les services de santé, y compris les services de santé reproductive et sexuelle. La culture, l'identité sexuelle et la séropositivité se combinent pour créer un triple obstacle, aboutissant à la marginalisation sociale et l'isolement des FAAS au sein de la société canadienne.

Notre recherche a été conçue pour être orienté vers l'action - d'informer des dirigeants et des membres de la communauté, qui travaillent sur la politique et de la programmation, sur la façon d'améliorer la situation des FAAS. Ce rapport met en avant quelques-unes des nombreuses actions qui pourraient mieux répondre aux besoins uniques liés au sexe et à la culture des FAAS qui ont connu la violence. Par-dessus tout, nous espérons que les conclusions présentées dans ce rapport ont illustré l'urgence de ce problème et nous inspireront et nous aideront dans les efforts pour mettre fin à la violence contre les femmes et les filles autochtones.



# REFERENCES

- Aboriginal Healing Foundation (Fondation autochtone de guérison) (2001). Manuel de la programmation (3ème ed.). Ottawa (ON) :Auteur.
- Aboriginal Nurses Association of Canada (Associations des infirmières autochtones du Canada). (1996). Le VIH/sida et son impact sur les femmes autochtones du Canada. Ottawa (ON): Santé Canada.
- Adelson, N. (2005). Le mode de réalisation de l'inégalité: les disparités en santé dans le Canada autochtone. *Canadian Journal of International Health (La revue canadienne de santé internationale)*, 96(S2), S45-S61.
- Agence de santé publique du Canada. (2007). *Actualités en épidémiologie sur le VIH*. Ottawa (ON):Auteur.
- Amnesty International (2004). *Sœurs volées: La discrimination et la violence contre des femmes autochtones*. Londres, (RU):Amnesty International.
- Avakame, E. (1998). La transmission intergénérationnelle de la violence et l'agression psychologique contre les épouses. *Canadian Journal of Behavioural Science (La revue canadienne des sciences comportementales)*, 30(3), 193.
- Badgley, C. (1988). *L'abus sexuel des enfants au Canada : les analyses supplémentaires du sondage national de 1983*. Ottawa, (ON): Santé Canada.
- Bagley, C. & Young, L. (1987). La prostitution des jeunes et l'abus sexuel des enfants : une étude sur échantillon. *Canadian Journal of Community Mental Health (La revue canadienne de santé mentale communautaire)*, 6, 5-26.
- Benoit, C. & Miller, A. (2001). *Dissipation des mythes et la compréhension de la réalité : des conditions de travail, la santé et des expériences vécues de travailleuses de sexe*. Victoria, (BC): Prostitutes, Empowerment, Education and Resource Society (La société des ressources, de l'éducation, d'autonomisation pour des prostituées).
- Berg, B. (1989). *Des méthodes qualitatives pour des sciences sociales*. Londres, (RU):Allyn & Bacon.
- Bowyer, S. (2009). Les réponses à la maltraitance des enfants. *Community Care (Soins communautaires)*, 1759, 24-25.
- Braitstein, P., Kathy, L., Tyndall, M., Spittal, P., O'Shaughnessy M.V., Schilder, A., Johnston, C., Hogg, R.S. & Schechter, M. (2003). La violence sexuelle parmi des consommateurs des drogues injectables. *Social Science & Medicine (Les sciences sociales et la médecine)*, 57(3), 561-569.
- Brayden, R., Deitrich-MacLean, G., Dietrich, M. & Altemeier, W. (1995). La preuve des effets spécifiques d'abus sexuels dans l'enfance sur le bien-être mental et physique et sur l'estime de soi. *Child Abuse & Neglect (L'abus et la négligence des enfants)*, 19(10), 1255.
- Breno, A. & Paz Galupo, M. (2007).. L'historique de violence sexuelle des jeunes femmes dans le système de protection de l'enfance des Etats-Unis: Un accent sur des croyances liées aux traumatismes et la résilience. *Journal of Child Sexual Abuse (La revue sur des abus sexuels des enfants)*, 16 (2), 97-113.
- Browne, A. J. & Fiske, J. (2001). Des femmes des Première Nations dans le système général de la santé. *Western Journal Of Nursing Research (La revue de recherche sur des soins infirmières de l'ouest)*, 23(2), 126-147.
- Browne, A.J. & Tang, S.Y. (2008). "La race" compte : la division raciale et des discours d'égalitarisme impliquant des autochtones dans le contexte du système de santé canadien. *Ethnicity & Health (Santé et éthique)*, 13(2), 109-127.
- Brownridge, J. (2003). La violence des partenaires masculins contre des femmes autochtones du Canada : une analyse empirique. *Journal of Interpersonal Violence (La revue de la violence interpersonnelle)*, 18, 65-83.
- Bucharski, D., Reutter, L. & Ogilvie, L. (2006). « Tu dois savoir d'où viens-tu » : Les perspectives du conseil et du dépistage du VIH culturellement adapté aux femmes autochtones. *Health Care for Women International (Des soins de santé pour des femmes internationales)*, 27(8), 713-747.
- Bulanda, R., & Majumdar, D. (2009). La perception de relations parent-enfant et l'estime de soi de l'adolescent. *Journal of Child and Family Studies (La revue de l'enfant et d'études familiales)*, 18 (2), 203-212.

- Canadian Institutes for Health Research (Instituts canadiens de recherche en santé) (2007). Des lignes directrices pour la recherche en santé des autochtones. Ottawa (ON):Auteur.
- Castellano, M. B. (2004). L'éthique de la recherche autochtone. *Journal of Aboriginal Health (La revue de la santé des autochtones)*, 1 (1), 98-114.
- Chambers, J. (2005). La volonté pour faire face aux conflits familiaux. *Reclaiming Children and Youth (La réhabilitation des enfants et des jeunes)*, 14 (2), 107-111.
- Chambers, R., & Potter, C. (2009). Des besoins familiaux dans les cas de négligence des enfants: une analyse de groupe. *Families in Society (Les familles dans la société)*, 90 (1), 18.
- Chester, B., Robin, RW, Lopez, J. & Goldman, D. (1994). Des grands-mères déshonorée : La violence contre les femmes par leurs partenaires masculins dans les communautés autochtones d'Amérique. *Violence & Victims (La violence et les victims)*, 9 (3), 249-258.
- Choi, K., Reddy, L., Liu, N., & Spaulding, W. (2009). La mémoire en tant que lien dans la relation entre l'abus sexuel d'enfant et le fonctionnement inadapté chez les personnes atteintes de maladie mentale grave. *Journal of Nervous and Mental Disease (La revue des maladies mentales et des maladies du système nerveux)*, 197 (4), 282.
- Chuang, C., Liebschutz, J., Horton, N. & Samet, J. (2006). Le lien entre la victimisation due à la violence et l'utilisation irrégulière du préservatif chez les personnes séropositives. *AIDS and Behavior (Le sida et le comportement)*, 10 (2), 201-7.
- Clark, L., & Griffin, M. (2008). L'image du corps et le vieillissement: les femmes âgées et le mode de réalisation d'un traumatisme. *Women's Studies International Forum (Le forum international d'études des femmes)*, 31 (3), 200.
- Cohen, M. & Maclean, H. (2004). La violence contre les femmes canadiennes. *Women's Health (La santé des femmes)*, 4 (1), S22-S44.
- Cooper-Altman, J. (2007). Des besoins normalisés par rapport aux besoins ressentis chez les femmes dans l'ère de la réforme de l'aide sociale. *Affilia*, 22 (1), 71-83.
- Corbin, J. & Strauss, A. (1998). Les bases de la recherche qualitative: Techniques et procédures d'élaboration de la théorie empirique. Thousand Oaks (Les mille chênes) (CA): Sage Publications.
- Creswell, J. (1998). La recherche qualitative et la conception de la recherche. Thousand Oaks (Les mille chênes) (CA): Sage Publications.
- Cuomo, C., Sarchiapone, M., Giannantonio, M., Mancini, M. & Roy, A. (2008). Agressivité, l'impulsivité, les traits de personnalité, et les traumatismes d'enfance de prisonniers, consommateurs de drogues et toxicomanes. *L'American Journal of Drug and Alcohol Abuse (La revue américaine sur l'abus de drogues et d'alcool)*, 34 (3), 339.
- Dalla, R. (2001). Et tu brute? *Journal of Family Issues (La revue des problèmes familiaux)*, 22 (8), 1066-1085.
- Doyle-Bedwell, P. (2008). «Avec les qualifications appropriées » Les peuples autochtones et l'équité d'emploi. *Canadian Woman Studies (Les études sur les femmes canadiennes)*, 26 (3 / 4), 77-89, 14.
- Duran, B., Bulterys, M., Iralu, J., Graham, C., Edwards, A. & Harrison, M. (2000). Les amérindiens avec le VIH/sida : la santé et les besoins en services sociaux, les obstacles aux soins et la satisfaction des services dans une tribu de l'Ouest. *Journal of American Indian and Alaska Native Mental Health Research (La revue de recherché sur la santé des amérindiens et des peuples natifs d'Alaska)*, 9 (2), 22-36.
- Dylan, A., Regehr, C. & Alaggia, R. (2008). Et la justice pour tous ? Les autochtones, victimes de violence sexuelle. *Violence Against Women (La violence cotre des femmes)*, 14 (6), 678.
- Earls, C. & David, H. (1990). Le début de la famille et les expériences sexuelles de prostitués homme et femmes. *Canada's Mental Health (La santé mentale du Canada)*, 38 (4), 7-11.

- Farley, M, Lynne, J. & Cotton, A. (2005). La prostitution à Vancouver: la violence et la colonisation vis-à-vis des femmes des Premières Nations. *Transcultural Psychiatry (La psychiatrie transculturelle)*, 42 (2), 242-271.
- Feiring, C., Taska, L. & Lewis, M. (1998). Le rôle de la honte et de la dépression dans l'adaptation des enfants et des adolescents à la violence sexuelle. *Child Maltreatment (La maltraitance des enfants)*, 3 (2), 129-142.
- Finzi-Dottan, R. & Karu, T. (2006). De la violence psychologique durant l'enfance à la psychopathologie à l'âge adulte : un chemin tracé par des mécanismes de défense immatures et un mauvais estime de soi. *Journal of Nervous and Mental Disease (La revue des maladies mentales et des maladies du système nerveux)*, 194 (8), 616-621.
- Fiske, J. & George, E. (2006). La recherche d'alternatives au projet de loi Cc-31: du traumatisme culturel à la revitalisation culturelle par le droit coutumier. Ottawa (ON): Status of Women (Le statut de la femme).
- Fournier, S. & Crey, E. (1997). Volés de notre étreinte: l'enlèvement d'enfants des Premières nations et le rétablissement de communautés autochtones. Vancouver (C.-B.), Douglas & McIntyre.
- Frost-Pineda, K. (2008). Toxicomanies et la volonté d'enfantement : Comprendre le pourquoi derrière le quoi. Ph.D. Dissertation. University of Florida (Le doctorat de l'université en Floride), États-Unis.
- Gatali, M. & Archibald, C. (2003). Des femmes et le VIH : le rapport de surveillance de la santé des femmes. Ottawa, (ON): Santé Canada.
- Gemme, R., Murphy, R., Bourque, M., Nemeh, M. & Payment, N. (1984). Un rapport sur la prostitution au Québec. Working papers on prostitution and pornography, report No. 11 (Documents de travail sur la prostitution et la pornographie, Rapport No. 11). Ottawa (ON): Ministère de la Justice.
- Glaser, G. & B. Strauss, A. L. (2008). La découverte de la théorie empirique : des stratégies pour la recherche qualitative. Londres, (GB): Aldine Transaction.
- Gowans, P. (2001). Les guerriers du bien-être font un tour des entreprises locales qui profitent de l'évolution sociale. *Off Our Backs (Cassez-vous)*, 31 (7), 16.
- Gramkowski, B., Kools, S., Paul, S., Boyer, C., Monasterio, E. & Robbins, N. (2009). Le comportement à risque pour la santé des jeunes en famille d'accueil. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing (La revue de soins psychiatriques des enfants et des adolescents)*, 22 (2), 77-85.
- Haight, W., Shim, W., Linn, L., & Swinford, L. (2007). Des stratégies des mères pour protéger les enfants contre les maris violents: les perspectives des femmes battues, impliquées dans les services de protection des enfants. *Child Welfare (La protection sociale des enfants)*, 86 (4), 41-62.
- Haller, D. & Miles, D. (2003). La victimisation et la perpétration chez les toxicomanes périnatales. *Journal of Interpersonal Violence (La revue sur la violence interpersonnelle)*, 18 (7), 760-780.
- Haller, D. & Miles, D. (2004). Des troubles de la personnalité chez les femmes toxicomanes: le lien avec d'abus dans leur enfance. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse (La revue américaine sur l'abus de drogues et d'alcool)*, 30 (2), 269-286.
- Hamburger, M., Leeb, R., & Swahn, M. (2008). La maltraitance dans l'enfance et la consommation précoce d'alcool chez les adolescents à haut risque. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs (La revue d'études sur des drogues et l'alcool)*, 69 (2), 291-5.
- Hamby, S. & Gray-Little, B. (1997). Les réponses à la violence du partenaire: l'abandon des modèles de déficit. *Journal of Family Psychology (La revue de la psychologie familiale)*, 11 (3), 339-350.
- Harrison, B. (2002). La vision des mondes de la santé et de la maladie. L'utilisation de méthodes visuelles en sociologie de la santé et de la maladie : une étude méthodologique. *Sociology of Health and Illness (La sociologie de la santé et de la maladie)*, 24 (6), 864.



- Haskell, L., & Randall, M. (1998). La politique de la sécurité des femmes : la violence sexuelle, la peur des femmes et la séparation public / privé [Le projet de sécurité des femmes]. *Resources for Feminist Research (Des ressources de la recherche féministe)*, 26 (3 / 4), 113-149.
- Hayatbakhsh, M. Najman, J., Jamrozik, K., Mamoun, A., O'Callaghan, M. & Williams, G. (2009). L'abus sexuel dans l'enfance et la consommation de cannabis chez le jeune adulte : les résultats d'une étude australienne des groupes de naissance. *Archives of Sexual Behavior (Des archives du comportement sexuel)*, 38 (1), 135-42.
- Heise, L., Ellsberg, M., & Gottemoelle, M. (1999). Mettre fin à la violence contre les femmes. Des rapports sur la population, série L (11). Baltimore (MD): Population Information Program, Johns Hopkins University School of Public Health (Le programme d'information de la population, l'université de Johns Hopkins, l'école de la santé publique).
- Hoagland, S. (2007). Les droits indivis: des femmes de couleur créent un organisme national pour la justice et la politique en matière de reproduction : la race, le sexe, et la criminalisation / La Conquête : la violence sexuelle et le génocide des amérindiens. *Hypatia*, 22 (2), 182-188.
- Holt, S., Buckley, H., & Whelan, S. (2008). L'impact de l'exposition à la violence domestique sur les enfants et les jeunes: une revue des publications. *Child Abuse & Neglect (L'abus et la négligence des enfants)*, 32 (8), 797.
- Hylton, J. (2002). La délinquance sexuelle des autochtones du Canada. The Aboriginal Healing Foundation (La fondation autochtone de pratiques curatives). Consulté le 16 octobre 2008. <http://www.ahf.ca/publications/research-series>.
- Jacobs, B. (2008). La réponse aux excuses du Canada aux survivants des internats indiens. *Canadian Woman Studies (Des études canadiennes des femmes)*, 26 (3 / 4), 223-225.
- Jacobs, B. & Williams, A. (2008). L'héritage des internats : des femmes autochtones disparues ou assassinées. De la vérité à la réconciliation : la transformation de l'héritage des internats indiens. Ottawa, (ON): Aboriginal Healing Foundation (La fondation autochtone des pratiques curatives).
- Jansen, HAFM, Watts, C., Ellsberg, M., Lori Heise, L. & Claude, G. (2004). La formation des enquêteurs à l'OMS étude multi-pays sur la santé des femmes et la violence domestique. *Violence Against Women (La violence contre les femmes)*, 10, 831-848.
- Jansen, HAFM (2007). Les femmes d'abord: des recommandations d'éthique et de sécurité pour la recherche sur la violence contre les femmes. Consulté le 19 juillet 2008. [http://www.gfmer.ch/PGC\\_RH\\_2005/pdf/Putting\\_women\\_first.pdf](http://www.gfmer.ch/PGC_RH_2005/pdf/Putting_women_first.pdf).
- Kathewera-Banda, M., Gomile-Chidyaonga, Hendriks, S., Kachika, T., Mitole, Z. & White, S. (2005). La violence sexuelle et la vulnérabilité des femmes à la transmission du VIH au Malawi : un problème de droits. *International Social Science Journal (La revue internationale des sciences sociales)*, 57 (186), 649-660.
- Kemmis, S. & McTaggart, R. (2000). Recherche-action participative. Dans NK Denzin & Lincoln, YS (Eds.), *Handbook of qualitative research (Un carnet de recherche qualitative)*. Londres : Sage Publications.
- King, K., & Chassin, L. (2008). Le stress et la psychopathologie des adolescents et la dépendance des jeunes adultes : une étude préliminaire. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs (La revue d'étude sur les drogues et sur l'alcool)*, 69 (5), 629-38.
- Kingsley, S. & Mark, M. (2000). Des vies sacrées: les enfants canadiens et les jeunes autochtones parlent de l'exploitation sexuelle. Ottawa, (ON): Save the Children Canada (Sauvez des enfants Canada).
- Kurz, D. (1998). Les femmes, le bien-être et la violence domestique. *Social Justice (La justice sociale)*, 25 (1), 105-122.
- Kwesiga, E., Bell, M., Pattie, M. & Moe, A. (2007). L'exploration des publications sur les relations entre les rôles des sexes, la violence entre partenaires intimes, la situation professionnelle, et les avantages de l'organisation. *Journal of Interpersonal Violence (La revue de la violence interpersonnelle)*, 22 (3), 312-326.
- Lavoie, F., Fraser, S., Boucher, O. & Muckle, G. (2007). L'enquête sur la santé des Inuits à Nunivak 2004 Le résumé: Le taux et la nature de la violence sexuelle à Nunivak. QC : Nunivak Regional Board of Health and Social Sciences (La régie régionale de la santé et des sciences sociales de Nunivak).

Liodakis, N. (2009). La classe sociale et les différences entre les sexes au sein des groupes autochtones au Canada: 1995-2000. *Canadian Issues (Des questions canadiennes)*, 93-98.

MacLachlan, A. (2007). Le chemin vers la guérison: partager la douleur des internats. *The Presbyterian Record (Une note presbytérienne)*, 131 (2), 16-22, 31.

Mann, M. (2005). Les femmes autochtones: la sortie d'un document d'information. Préparé pour la condition féminine du Canada. Consulté le 10 mars 2009. [http://www.swccfc.gc.ca/pubs/ges\\_aboriginal/index\\_e.html](http://www.swccfc.gc.ca/pubs/ges_aboriginal/index_e.html).

Martinez, J., Hosek, S., & Carleton, R. (2009). Le dépistage et l'évaluation de la violence et les troubles de santé mentale dans une bande des jeunes séropositifs de quartiers défavorisés entre 1998-2006. *AIDS Patient Care & STDs (Des soins du sida et des MST)*, 23 (6), 469.

Matiation, S. (1999). Le dépistage du VIH et la confidentialité: les enjeux pour la communauté autochtone (2ème ed.). Montréal (QC): The Canadian HIV/AIDS Legal Network and the Canadian Aboriginal AIDS Network (Le Réseau juridique canadien du VIH/sida et le Réseau canadien autochtone du sida).

Maxwell, J. (2003). L'empreinte la violence physique et émotionnelle de l'enfance : Une étude de cas sur l'utilisation de l'EMDR pour traiter l'anxiété et un manque d'estime de soi. *Journal of Family Violence (La revue de la violence familiale)*, 18 (5), 281-293.

McEvoy, M. & Daniluk, J. (1995). Les plaies de l'âme: les expériences des femmes autochtones survivantes d'abus sexuels. *Canadian Psychology (La psychologie canadienne)*, 36 (6), 221-235.

McGee, R., Wolfe, D. & Olson, J. (2001). Les maltraitements multiples, l'attribution de reproche, et l'ajustement chez les adolescents. *Development and Psychopathology (La psychopathologie et le développement)*, 13 (4), 827-846.

McGillivray, A., Comaskey, B. & Marquis, G. (2001). Des yeux au beur noir tout le temps : la violence conjugale, les femmes autochtones et le système de justice. *Journal of Canadian Studies (La revue des études canadiennes)*, 36 (1), 166-179.

McIntyre, S. (1995). Le plus jeune métier : la plus ancienne oppression. Doctoral dissertation, Department of Law, University of Sheffield (La thèse de doctorat au département de droit de l'université de Sheffield).

McKeown, I., Reid, S. & Orr, P. (2003). Les expériences de violence sexuelle et la délocalisation dans la vie des femmes infectées par le VIH au Canada. *Circumpolar Health (La santé circumpolaire)*, 63 (S2), 399-404.

Meade, C., Kershaw, T., Hansen, N., & Sikkema, K. (2009). La corrélation à long terme de la violence dans l'enfance chez les adultes atteints de maladies mentales graves: la victimisation des adultes, la toxicomanie et les comportements sexuels à risque. *AIDS and Behavior (Le sida et le comportement)*, 13 (2), 207-16.

Mehrabadi, A., Craib, K., Patterson, K., Adam, W., Moniruzzaman, A., Ward-Burkitt, B., Schechter, M. & Spittal, P. (2008). Le projet Cedar: Une comparaison des vulnérabilités liées au VIH parmi les jeunes femmes autochtones dépendantes et qui travaillent dans le commerce du sexe dans deux villes canadiennes. *International Journal of Drug Policy (La revue internationale de la politique vis-à-vis des drogues)*, 19, 159-168.

Merrick, M., Litrownik, A., Everson, M. & Cox, C. (2008). Au-delà de l'abus sexuel : l'impact des expériences de mauvais traitements sur les comportements sexuels. *Child Maltreatment (La maltraitance des enfants)*, 13 (2), 122.

Mill, J. (1997). Les comportements à risque par rapport au VIH deviennent les techniques de survie pour les femmes autochtones. *Western Journal of Nursing Research (La revue de l'ouest de recherche sur des soins)*, 19 (4), 466-489.

Mill, J. (2000). Décrire un modèle explicatif de la maladie du VIH chez les femmes autochtones. *Holist Nursing Practice (Des pratiques des soins globaux)*, 15 (1), 42-56.

Mill, J., Austin, W., Chaw-Kant, J., Dumont-Smith, C., Edwards, N., Graft, J., Houston, S., Jackson, R., Leonard, L., MacLean, L. & Reintjes, F. (2008). L'influence de la stigmatisation sur l'accès aux services de santé par les personnes atteintes du VIH. Ottawa (ON): Canadian Aboriginal AIDS Network (Le Réseau canadien autochtone du sida).



- Miller, J. (2003). Un héritage trouble : une histoire des internats autochtones. *Saskatchewan Law Review* (La revue légale de Saskatchewan), 66 (2), 357-382.
- Million, D. (2000). Dire des secrets: le sexe, le pouvoir et le récit dans l'histoire des internats indiens. *Canadian Woman Studies* (Les études canadiennes des femmes), 20 (2), 92-104.
- National Center for Post Traumatic Stress Disorder (Le centre national pour le syndrome du stress post-traumatique) (2009). Qu'est-ce que le syndrome de stress post-traumatique? (SSPT) : la fiche d'information. Consulté le 20 avril, 2009. [http://www.ncptsd.va.gov/ncmain/ncdocs/fact\\_shts/fs\\_what\\_is\\_ptsd.html](http://www.ncptsd.va.gov/ncmain/ncdocs/fact_shts/fs_what_is_ptsd.html).
- Neron, C. & Roffey, R. (2000). Le VIH, la violence sexuelle et les femmes autochtones. *Native Social Work Journal* (La revue du travail sociale chez les autochtones), 3 (1), 57-72.
- Nixon, K., Tutty, L., Downe, P., Gorkoff, K., et Ursel, J. (2002). Le lot quotidien : la violence dans la vie des filles exploitées par la prostitution. *Violence Against Women* (La violence contre des femmes), 8 (9), 1016-1043.
- Ontario Coalition of Rape Crisis Centres (Une coalition de centres de lutte contre le viol d'Ontario). (2005). Rendre ma communauté sûre: halte aux violences sexuelles. Fiche d'information 2005 : la violence sexuelle. Consulté le 23 avril 2005. <http://www.ocrcc.ca/infosheet.pdf>.
- Onyezia, N. (2009). Des traumatismes complexes dans le système de protection de l'enfance : présentation clinique initiale et la réponse au traitement. Ph.D. Dissertation. Northwestern University (La thèse de doctorat de l'université de Nord-Ouest), (Illinois) Etats-Unis.
- Parker, J. & Benson, M. (2004). Les relations parent-adolescent et le comportement de l'adolescent : l'estime de soi, la toxicomanie et la délinquance. *Adolescence*, 39 (155), 519-30.
- Pauktuutit. (1991). Plus de secrets – la reconnaissance du problème de l'abus sexuel d'enfants dans les communautés Inuits : le premier pas vers la guérison. Ottawa (ON):Auteur.
- Pearce, M., Christian, W., Patterson, K., Norris, K., Moniruzzaman, A., Craib, K., Schechter, M. & Spittle, P. (2008). Le projet Cedar : le traumatisme historique, l'abus sexuel et le risque de VIH chez les jeunes autochtones consommateurs de drogues injectables et non injectables dans deux villes canadiennes. *Social Science and Medicine* (Le sciences sociales et la médecine), 66, 2185-2194.
- Peltzer, J. & Hobbs Leenerts, M. (2007). La spiritualité comme une composante des pratiques de soins globaux et autonomes des femmes séropositives qui ont des antécédents des agressions. *Holistic Nursing Practice* (Des pratiques globales de soins), 21 (3), 105-112.
- Petterson, S., & Friel, L. (2001). La détresse psychologique, le désespoir et l'aide sociale. *Women & Health* (Des femmes et la santé), 32 (1 / 2), 79.
- Prentice, T. (2004). Le VIH/sida et des femmes autochtones, des enfants et des familles : une prise de position. Ottawa (ON): Canadian Aboriginal AIDS Network (Le Réseau canadien autochtone du sida).
- Price, C. (2005). Une thérapie orientée vers le corps dans une récupération suite à des violences sexuelles sur enfant : Une étude d'efficacité. *Alternative Therapies in Health and Medicine* (Des thérapies alternatives de la santé et la médecine), 11 (5), 46-57.
- Projet commun des Nations Unies sur le VIH / sida [ONUSIDA] (2003). Le sexe et le sida, des fiches d'information : la table des matières. Consulté le 17 mars 2009 [http://data.unaids.org/Topics/Gender/factsheettableofcontents\\_en.pdf](http://data.unaids.org/Topics/Gender/factsheettableofcontents_en.pdf).
- Reed, P., Anthony, J., & Breslau, N. (2007). L'incidence des problèmes de drogues chez les jeunes adultes exposés à un traumatisme et le syndrome de stress post-traumatique. *Archives of General Psychiatry* (Les archives de la psychiatrie générale), 64 (1), 1435.
- Rice, J. (2001). La pauvreté, l'aide sociale, et le patriarcat : comment des changements globaux dans les politiques sociales peuvent aider les femmes à faible revenu. *Journal of Social Issues* (La revue sur des problèmes sociaux), 57 (2), 355-374.



- Richards, L., Rollerson, B. & Phillips, J. (1991). Les perceptions de la soumission: les implications pour la victimisation. *The Journal of Psychology (La revue de la psychologie)*, 125 (4), 407.
- Rothenberg, B. (2003). "Nous n'avons pas le temps pour le changement social": des compromis culturels et le syndrome de la femme battue. *Gender & Society (La société et des sexes)*, 17 (5), 771-787.
- Rotheram-Borus, M., Desmond, K., Comulada, W., Arnold, E. & Johnson, M. (2009). La diminution des comportements sexuels à risque et de la consommation de drogues chez les adultes sans-abri, ou qui ont été sans-abri, atteints par le VIH. *American Journal of Public Health (La revue américaine de santé publique)*, 99 (6), 1100-7.
- Ruiz-Perez, I., Mata-Pariente, N. & Plazaola-Castano, J. (2006). La réaction des femmes à la violence du partenaire intime. *Journal of Interpersonal Violence (La revue sur la violence interpersonnelle)*, 21 (9), 1156-1168.
- Santé Canada. (2001). Guide sur le traumatisme délégué : Des solutions recommandées pour les travailleurs sociaux luttant contre la violence. Family Violence Prevention Unit (Le service de prévention de la violence familiale), Ottawa, (ON):Auteur.
- Scott, E., Londre, A., & Gross, G. (2007). "J'essaie de ne dépendre de personne, mais seulement de moi": Des perspectives des femmes dépendantes d'aide sociale sur l'autosuffisance, sur le travail, et sur le mariage. *Sociological Inquiry (Une étude sociologique)*, 77 (4), 601-625.
- Seidman, I. (2006). Une enquête en tant qu'un moyen de la recherche qualitative : les chercheurs dans l'éducation et les sciences sociales. (3ème ed.). New York (NY): Teachers College Press (La press collégiale des enseignants).
- Sever, A. & Cheryl, G. (2004). Fuyant la maison des horreurs: les femmes qui ont quitté des partenaires violents. *Canadian Woman Studies (Les études canadiennes des femmes)*, 23 (3 / 4), 213.
- Shannon, K., Bright, V., Gibson, K., Tyndall, M. (2007). La vulnérabilité sexuelle et due à la consommation des drogues par rapport à l'infection par le VIH parmi les femmes engagées dans la prostitution de survie à Vancouver, Canada. *Canadian Journal of Public Health (La revue canadienne de santé publique)*, 98 (6), 465-469.
- Shannon, K., Kerr, T., Allinott, S., Chettiar, J., Shovellar, J., Tyndall, M. & Mark, W. (2008). La violence sociale et structurelle et les relations de pouvoir dans la diminution des risques du VIH des femmes consommatrices de drogues dans la prostitution de survie. *Social Science & Medicine (Les sciences sociales et la médecine)*, 66, 911-921.
- Ship, J. & Norton, L. (2001). Le VIH/sida et les femmes autochtones au Canada. *Canadian Women Studies (Des études canadiennes des femmes)*, 21 (2), 25-31.
- Shoos, D. (2003). Représenter la violence domestique: l'ambivalence et la différence dans ce que l'amour a à voir avec elle. *NWSA Journal (La revue ANEF)*, 15 (2), 57.
- Statistique Canada (2006). Mesurer de la violence contre les femmes: des tendances statistiques 2006. Catalogue no. 85-570-XIF. Ottawa (ON):Auteur.
- Stirbys, C. (2008). L'ACS et des visions du monde différentes. *Canadian Woman Studies*, 26 (3 / 4), 138-145.
- Strauss, A. (1987). L'analyse qualitative des sciences sociales. New York (NY): Cambridge University Press (La press universitaire de Cambridge).
- Tang, N. (2002). L'enquêteur et l'enquêté les relations entre femmes. *Sociology (La sociologie)*, 36, 703-721.
- Treuer, T., Koperdak, M., Rozsa, S. & Furedi, J. (2005). L'impact de l'abus physique et sexuel sur l'image corporelle dans les troubles alimentaires. *European Eating Disorders Review (La revue européenne sur les troubles alimentaires)*, 13 (2), 106-111.
- Trocmé, N. & Wolfe, D. (2001). La maltraitance des enfants au Canada : l'étude canadienne sur la fréquence de la violence aux enfants et de la négligence : quelques résultats. Ottawa, (ON): Minister of Public Works and Government Services (Le ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux) Canada.



Tyagi, S. (1999). L'appeler par son nom : le témoignage sur l'inceste et les femmes de couleur. *Canadian Woman Studies* (Les études canadiennes des femmes), 19 (3), 173-177.

Université de Montréal (2008). La violence sexuelle: la foi peut réduire au silence les victimes ou les reconforter. *News-Rx Health & Science* (La santé et la science), 204.

van Roode, T., Dickson, N., Herbison, P., & Paul, C. (2009). L'abus sexuel des enfants et des comportements sexuels à risque pendant l'âge adulte : les résultats d'un groupe de naissance. *Child Abuse & Neglect* (L'abus et la négligence des enfants), 33 (3), 161.

Vernon, I. (2001). *Nous tuer tranquillement : les amérindiens et le VIH / sida*. Lincoln (N.-B.): University of Nebraska Press (La presse de l'université de Nebraska).

Walker, E., Holman, T., & Busby, D. (2009). L'abus sexuel dans l'enfance, d'autres facteurs liés à l'enfance, et des parcours vers la qualité de relation des survivants adultes. *Journal of Family Violence* (La revue sur la violence familiale), 24 (6), 397-406.

Walker, G. Scott, P. & Koppersmith, G. (1998). L'impact de l'abus sexuel des enfants sur gravité de la dépendance: une analyse du traitement des traumatismes. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services* (La revue des soins psychosociaux et des services de santé mentale), 36 (3), 10-8.

Wallace, J. (2007). La hiérarchie équitable et le travail des administratrices scolaires au sein de l'Etat multiculturel. *EAF Journal* (La revue FAE), 18 (1 / 2), 147-170.

Walters, K. L. & Simoni, J. M. (1999). Le traumatisme, la consommation des drogues et le risque de VIH parmi les femmes amérindiennes dans le milieu urbain. *La diversité culturelle et la psychologie des minorités ethniques : Des effets du VIH / sida chez les femmes des minorités ethniques, des couples, des familles et des communautés* [Numéro spécial], 5, 236-248.

Weaver, G., Haston Turner, N. & O'Dell, K. (2000). Des symptômes dépressifs, le stress et l'adaptation chez les femmes se rétablissant de la dépendance. *Journal of Substance Abuse Treatment* (La revue sur des traitements de la toxicomanie), 18 (2), 161-167.

Werner, M., Alain Joffe, A. & Graham, A. (1999). Le dépistage, l'identification précoce, et l'intervention clinique auprès des enfants et adolescents vivant dans des familles de toxicomanes. *Pediatrics* (La pédiatrie), 2, 103 (5), 5, 1099-112.

Women of the World (Des femmes du monde). (2004, Mars). *Off Our Backs* (Laissez nous tranquilles), 34 (3 / 4), 8.

World Health Organization (L'Organisation mondiale de la santé). (2009). La violence contre les femmes: l'aide-mémoire N ° 239. Consulté le 19 avril, 2009. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>.





