

## Table des matières

<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
 <b>Section 1 : Recherche et développement communautaires autochtones dans le domaine du VIH/SIDA</b>	
Introduction pour l'étude 2SHAWLS.....	3
<i>David J. Brennan, Randy Jackson, Georgi Georgievski, Chavisa Horemans, Art Zocole, Tony Nobis</i>	
Résilience chez les hommes bispirituels qui vivent avec le VIH depuis longtemps : résultats d'un examen de la portée .....	5
<i>David J. Brennan, Georgi Georgievski, Randy Jackson, Chavisa Horemans, Art Zocole, Tony Nobis</i>	
Autochtonisation de travaux d'érudition en vue d'examiner la résilience chez les hommes bispirituels séropositifs pour le VIH : Leçons retenues de l'étude sur le bien-être et la longévité des personnes bispirituelles vivant avec le VIH/sida (2SHAWLS, en anglais).....	31
<i>David J. Brennan, Georgi Georgievski, Randy Jackson, Chavisa Horemans, Art Zocole, Tony Nobis</i>	
« Nos dons sont les mêmes » : Parcours de résilience d'hommes bispirituels positifs pour le VIH de longue date, en Ontario (Canada).....	50
<i>Randy Jackson, David J. Brennan, Georgi Georgievski, Art Zocole, Tony Nobis</i>	
 <b>Section 2 : Processus de recherche collaborative</b>	
« Un engagement sacré » à l'égard de l'élaboration d'un projet et d'un partenariat de recherche collaborative dans le cadre d'une approche à double perspective ( <i>etuaptmumk</i> ) : le projet <i>Hope Through Strength</i> de Sanctum 1.5.....	70
<i>Sarah Smith, Lynette Epp, Alexandra King, Katelyn Roberts, Sithokozile Maposa, for the Hope Through Strength research team</i>	
 <b>Section 3 : Commentaires</b>	
Application des concepts de l'approche fondée sur le parcours de vie dans une perspective autochtone globale afin de formuler des recommandations visant à faire face à la complexité du VIH.....	96
<i>Leanne Varney, Meg Miners, Rutendo Madzima</i>	

## « Nos dons sont les mêmes » : Parcours de résilience d'hommes bispirituels positifs pour le VIH de longue date, en Ontario (Canada)

Randy Jackson<sup>1</sup>, David J. Brennan<sup>2</sup>, Georgi Georgievski<sup>2</sup>, Art Zoccole<sup>3</sup>, Tony Nobis<sup>4</sup>

1. École de travail social et Département de la santé, du vieillissement et de la société, Faculté des sciences sociales, KTH-312, 1280 rue Main Ouest, Hamilton (Ont.), 905 525-9140 (poste 27960); jacksr@mcmaster.ca
2. Faculté de travail social Factor-Inwentash, Université de Toronto, 246 rue Bloor Ouest, Toronto (Ont.) M5S 1V4; 416 978-3273; david.brennan@utoronto.ca
3. 2-Spirited People of the 1st Nations, 145 rue Front Est, local 105, Toronto (Ont.) M5A 1E3; 416 944-9300; art@2spirits.com
4. OAHAS (Ontario Indigenous HIV/AIDS Strategy), 7 rue Hayden, local 201, Toronto (Ont.) M4Y 2P2; tony@oahas.org

### RÉSUMÉ

Malgré les nombreux obstacles, bon nombre d'hommes bispirituels vivant de longue date avec le VIH disent bien aller. Cette étude visait à examiner la compréhension que se sont faite ces personnes des compétences, des ressources, des connaissances et des pratiques culturelles auxquelles elles ont puisé pour améliorer leur santé et leur bien-être. Trois cercles de partage ont été organisés : un à Toronto, un à Hamilton et un à Ottawa, en Ontario (Canada). Les participants étaient des hommes se définissant comme Autochtones, gais, bisexuels et/ou bispirituels et ils avaient reçu un diagnostic de VIH 10 ans ou plus auparavant. À l'aide de la roue médicinale, un symbole anichinabé représentant un cheminement de guérison, des questions axées sur les symboles ont été posées pour stimuler le dialogue sur les forces, les atouts culturels et la résilience. Les données qualitatives ont été analysées en utilisant une approche participative axée sur sept voies menant à la résilience. Il s'agit des voies suivantes : (1) Vision du monde; (2) Trouver sa force; (3) Marcher vers l'équilibre; (4) Reconnaître le vrai pouvoir; (5) Mino-bimaadiziwin (Bien mener sa vie); (6) Autogestion de la santé; et (7) Vivre notre vérité. À travers les thèmes, les participants ont discuté de ce que « bien vivre » signifie pour eux en tenant compte des facteurs historiques, biomédicaux, sociaux, spirituels, sexuels et comportementaux qui ont une incidence sur leur santé et leur bien-être. Grâce à un partenariat actif entre communauté et université, ce projet a contribué à dégager des enjeux relatifs à la vie des personnes séropositives pour le VIH, à répondre aux besoins et aux préoccupations des personnes qui vivent de longue date avec le VIH et à suggérer diverses façons d'adapter les services de lutte contre le VIH aux hommes bispirituels.

### REMERCIEMENTS

Nous souhaitons faire part de notre reconnaissance au personnel, aux gardiens du savoir et aux membres du comité consultatif qui ont participé à notre projet : Earl Nowgesic, Chavisa Brett, Doe O'Brien-Teengs, Heather Chierici, Sharp Dopler, Lyndon George, Petanacoot Nenakawekapo, Alita Sauve et Jodi Cotter. Nous avons présenté des ébauches de nos

rapports lors des événements suivants : Wise Practices IV du Réseau canadien autochtone du sida (Saskatoon [Saskatchewan], 2013) et Wise Practices V (Vancouver [Colombie-Britannique], 2015); le congrès Santé arc-en-ciel Ontario (Toronto [Ontario], 2016); la conférence sur les droits de la personne de la WorldPride (Toronto [Ontario], 2014); le congrès de la Society for Social Work and Research (La Nouvelle-Orléans [Louisiane], 2015); la préconférence autochtone internationale sur le VIH/sida (Sydney [Australie], 2014); AIDS 2014 (Melbourne [Australie], 2014); l'Association canadienne de recherche sur le VIH (Toronto [Ontario], 2015); et l'Association for the Social Sciences and Humanities in HIV (Stellenbosch [Afrique du Sud], 2015). Cette étude a reçu le soutien généreux des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) dans le cadre du programme de subventions Catalyseur (subvention n° 492662) et un financement additionnel du Réseau ontarien de traitement du VIH. Enfin, à la place d'honneur, nous souhaitons adresser nos sincères remerciements aux 14 hommes bispirituels qui ont participé à cette étude. La sagesse dont vous avez fait part librement nous aidera à revoir la compréhension que nous avons des hommes bispirituels qui vivent de longue date avec le VIH ou le sida.

### **« Nos dons sont les mêmes » : Parcours de résilience d'hommes bispirituels positifs pour le VIH de longue date, en Ontario (Canada)**

Au Canada, les communautés autochtones<sup>1</sup> sont d'une diversité incroyable; elles reflètent une profusion de traditions, de valeurs et de perspectives culturelles (Jackson, Brennan, Georgievski, Zoccole, & Nobis, 2021). Les Autochtones ont également en commun des expériences difficiles de colonisation qui portent atteinte à leur santé et à leur bien-être (Adelson, 2005; Gracey & King, 2009; King, Smith, & Gracey, 2009). Selon Haddad et ses collègues (2019, p. 308), en 2018, parmi les personnes ayant fourni des renseignements sur leur race et leur ethnicité (n=1 196), 19,3 % des répondants vivant avec le VIH au Canada se définissaient comme Autochtones, alors que les Autochtones représentent seulement 4,9 % de la population canadienne (Statistique Canada, 2017). Cette disproportion des taux d'infection au VIH est accentuée par le fait que les Autochtones sont plus susceptibles que les autres Canadiens séropositifs pour le VIH d'être diagnostiqués plus tardivement (Stokes, Pennock, & Archibald, 2006); d'attendre plus longtemps avant de commencer un traitement antirétroviral (Wood, Kerr, Palepu, Zhang, & Strathdee, 2006); d'avoir moins accès à des médecins ayant une expérience dans le traitement du VIH (Lima, et al., 2006); et par conséquent, les taux de morbidité et de mortalité sont trois fois plus élevés que dans la population générale (Miller, Spittal, Wood, Chan, & Schechter, 2006).

Pour comprendre les disparités en matière de VIH/sida chez les peuples autochtones, il est nécessaire de tenir compte de la colonisation en cours (Adelson, 2005; Gracey & King, 2009;

---

<sup>1</sup> Peuples autochtones est un terme générique qui englobe les Premières Nations, les Inuits et les Métis, qui sont généralement reconnus comme les descendants des premiers peuples du territoire qu'on appelle maintenant « Canada ».

King, Smith, & Gracey, 2009). Par conséquent, les discussions sur le VIH/sida au sein des communautés autochtones mènent souvent à trop insister sur les déficiences sociocomportementales des peuples autochtones sans tenir pleinement compte de leurs atouts culturels (Adelson, 2005; Bond, 2005; Valaskakis, Dion Stout, & Guimond, 2009). De telles études forgent de façon négative l'identité autochtone (Bond, 2005; Reading & Nowgesic, 2002), façonnent la prestation de services de façon à s'attaquer aux déficiences d'un point de vue individuel (Peltier, et al., 2013) et contribuent à l'idée que l'on ne trouve que souffrance et dysfonctionnement dans les communautés autochtones (Lavallee & Poole, 2010).

Du point de vue de nombreux Autochtones (p. ex. les Anichinabés, les Cris) – mais pas de tous (p. ex. les Inuits) –, la santé et le bien-être se vivent dans un cadre équilibré et harmonieux (Isaak & Marchessault, 2008, p. 115) qui intègre l'ensemble des qualités physiques, émotionnelles, mentales et spirituelles d'une personne. Ce modèle de santé est parfaitement illustré par la roue médicinale, et comme le résumait Isaak et Marchessault (2008), « c'est un cadre qui représente la relation de la personne avec sa famille, ainsi qu'avec sa communauté et son monde [...] » *[Traduction]* (p. 115). C'est dans ce contexte que nous avons fixé l'objectif, axé sur la communauté, de notre étude et du présent article : examiner les qualités, les connaissances, les ressources et les compétences fondées sur la culture des hommes bispirituels<sup>2</sup> en Ontario (Canada) dans leur adaptation à une vie à long terme avec le VIH et le sida. Nous, les auteurs du présent article – deux se définissant comme chercheurs colonisateurs (DB et GG), un comme chercheur anichinabé (RJ), et deux comme intervenants communautaires autochtones (AZ et TN) –, croyons que l'accent que nous mettons sur la résilience inscrite dans la culture contribue à une documentation de plus en plus abondante qui, selon Fleming et Ledogar (2008a; 2008b), représente un cadre conceptuel relativement sous-développé.

## RÉSILIENCE AUTOCHTONE : UNE THÉORIE EN DEVENIR

Notre étude repose sur l'hypothèse qu'en dépit de conditions de vie difficiles, les hommes spirituels s'adaptent facilement et font preuve de résilience sur le plan culturel. Bien que les problèmes coloniaux auxquels font face les Autochtones soient bien décrits dans la littérature (Adelson, 2005; Gracey & King, 2009; King, Smith, & Gracey, 2009), les Autochtones font aussi preuve d'une résilience qui s'appuie sur des atouts culturels tout aussi nobles que captivants. Il faut ajouter des mots comme robustesse, ténacité, persévérance et détermination à notre vocabulaire quand vient le temps de décrire la santé et le bien-être des hommes bispirituels. Le fait de ne pas reconnaître les atouts culturels des Autochtones ne permet de brosser qu'un portrait partiel; il y a tout un pan culturel dont il faut aussi tenir compte.

La résilience, cadre conceptuel occidental provenant des domaines de la psychologie et de la psychiatrie, est définie comme étant la capacité d'une personne à « s'adapter positivement en dépit de l'adversité » *[Traduction]* (Fleming et Ledogar, 2008b, p. 47; voir aussi Fleming et Ledogar, 2008a; Kirmayer et autres, 2009; et McGuire, 2010). Cependant, les études autochtones

---

<sup>2</sup> La bispiritualité fait référence aux personnes qui se définissent comme ayant des attributs masculins et féminins. La bispiritualité est un troisième genre, et bien que de nombreuses personnes bispirituelles se définissent comme gaies, lesbiennes, bisexuelles ou transgenres, elle n'est généralement pas considérée comme une orientation sexuelle.

considèrent la résilience comme un concept eurocentrique selon lequel la capacité à guérir repose entièrement sur la personne (Kirmayer et autres, 2009; Lavallee et Poole, 2010; Newhouse, 2006). En fait, on considère que les approches eurocentriques en matière de résilience ne tiennent pas suffisamment compte du contexte social et culturel (Kirmayer et autres, 2009, p. 63).

Les études autochtones portant sur la résilience sont récentes, elles en élargissent la notion occidentale et nous exhortent à aller au-delà de la personne pour mettre l'accent sur les atouts sociaux, culturels et communautaires. Comme l'affirme Newhouse, « le cheminement de guérison consiste en partie à commencer à se voir autrement, à ne plus se voir comme des êtres blessés, mais comme des êtres résilients » [*Traduction*] (2006, p. 2). On reconnaît de plus en plus qu'il faut concevoir les forces collectives autochtones comme découlant de liens plus larges aux ressources culturelles et communautaires, comme la spiritualité et les cérémonies traditionnelles, et de relations avec et dans le temps (p. ex. relations intergénérationnelles) et l'espace (p. ex. liens à la terre) (Peltier, et al., 2013).

La roue médicinale offre un cadre conceptuel qui permet de comprendre les diverses façons dont les Autochtones ressentent le « bien-être spirituel, émotionnel et physique, qui dépend d'un certain nombre de variables, comme le positionnement politique, social et économique des personnes et des communautés autochtones » [*Traduction*] (Martin Hill, 2009, p. 36). Il s'agit d'un outil conceptuel qui reconnaît la résilience comme processus individuel et, en ligne avec les développements dans le domaine de la résilience (Fleming & Ledogar, 2008a), la roue permet de comprendre les facteurs et processus de protection sur le plan individuel dans un contexte plus large (p. ex. liens avec la famille, la communauté, la nation et le monde spirituel). En fait, selon McGuire (2010, p. 123), ces liens « sont ancrés dans la terre » [*Traduction*], et cela nous oblige à comprendre de quelles façons ces relations agissent sur la conscience qu'une personne a d'elle-même, son développement spirituel et sa relation générale avec un contexte culturel plus large qui influe sur la résilience.

Autrement dit, les conceptions autochtones de la résilience détournent l'accent mis sur la personne pour inclure les forces, les atouts et la capacité d'adaptation de la communauté face aux menaces qui pèsent sur la famille, la communauté, la nation et le monde. Comme le définissent Ungar et ses collègues (2008), la « résilience n'est pas seulement la capacité d'une personne à faire face à l'adversité, mais c'est aussi la capacité de sa communauté à lui offrir les ressources en santé nécessaires à la promotion et au maintien de son bien-être, lui donnant ainsi la possibilité d'accéder à des ressources en santé qui tiennent compte de sa culture » [*Traduction*] (p. 2). L'étude d'Isaak et Marchessault (2008) montre qu'avec l'âge il devient plus important pour les Autochtones de faire preuve de résilience et de compter sur les aînés de la communauté qui ont une vision holistique de la santé et qui vivent en conformité avec la roue médicinale (p. ex. le recours à des pratiques cérémoniales et spirituelles, le sentiment d'être soutenu par la communauté).

Cependant, la résilience est un phénomène complexe influencé par un grand nombre de facteurs qui la rendent plus difficile à isoler sur le plan méthodologique et à en étudier les composantes. Le degré d'enculturation (défini comme « le degré d'intégration à une culture » (Fleming & Ledogar, 2008b, p. 3)) des personnes, par exemple, a une influence sur la résilience des Autochtones. L'étude de la résilience est particulièrement problématique lorsqu'on tient compte

des Autochtones qui s'identifient tant à la culture traditionnelle qu'à la culture dominante. Il est difficile pour les chercheurs d'aborder les forces culturelles de façon méthodologique et d'évaluer quels facteurs ou processus de protection sont responsables de la résilience; s'agit-il d'un aspect de la culture autochtone ou d'un élément plus ancré dans les façons d'être de la majorité? Néanmoins, Fleming et Ledogar (2008a; 2008b) font remarquer qu'une majorité de chercheurs reconnaissent le rôle particulièrement important que jouent les connaissances, les émotions, les décisions, la connaissance de ses propres capacités et les relations à la famille, aux pairs et à la communauté dans la résilience autochtone. McIvor, Napoleon et Dickie (2009) ont recensé plusieurs autres facteurs de protection qui ont une influence positive sur la santé : un fort sentiment de lien à la terre; l'utilisation de plantes médicinales traditionnelles; la pratique de la spiritualité traditionnelle; la consommation d'aliments traditionnels (p. ex. soupe des trois sœurs, pain bannock, baies); la participation à des activités traditionnelles; l'utilisation de sa langue ou la participation à sa revitalisation.

S'appuyant sur ces nouvelles études autochtones axées sur la résilience, notre étude porte sur la résilience (une fois le diagnostic de VIH posé) des personnes vivant de longue date avec le VIH. À l'instar des limites que connaît la résilience comme cadre conceptuel, les forces sont difficiles à conceptualiser chez les hommes bispirituels étant donné les multiples statuts minoritaires (p. ex. être séropositif pour le VIH, se définir comme gai/bispirituel, être Autochtone). Néanmoins, pratiquement toutes les études consultées dans le cadre d'un examen exploratoire de la résilience des personnes bispirituelles (Jackson, Brennan, Georgievski, Zoccole, & Nobis, 2021) soulignent l'importance des interventions thérapeutiques individuelles ou de groupe adaptées à la culture qui tirent parti du soutien social provenant de la famille, des amis ou de la communauté et qui utilisent les ressources culturelles (accès aux aînés, sueries, cercles de discussion) pour favoriser des réponses de résilience chez les hommes bispirituels. Il est donc largement reconnu que les interventions holistiques, respectueuses de la culture et intégrées constituent le meilleur moyen de favoriser la résilience au sein de cette population.

## MÉTHODES

Utilisant une approche communautaire (Cochran, et al., 2008; Ball & Janyst, 2008) et influencé par les méthodes autochtones et de décolonisation (Smith, 1999), notre projet visait à mieux comprendre les compétences, les ressources, les connaissances et les pratiques qui contribuent à la santé et au bien-être des hommes bispirituels vivant de longue date avec le VIH en Ontario, au Canada. Cette approche nous apparaissait comme un impératif éthique et moral (Brant Castellano, 2000), car ensemble l'approche et les méthodes sont l'expression d'un principe méthodologique qui nous a poussés à nous mettre dans la peau de ceux qui ont d'abord vécu le phénomène (McLeod, 2007, p. 17). Nous nous sommes inspirés des enseignements de la roue médicinale, renvoyant au territoire traditionnel sur lequel cette étude était menée, pour appuyer nos processus de collecte et d'analyse de données. En science *anichinabée*, la roue médicinale s'appuie sur « ce qui était connu par nos ancêtres [... et est utilisé] pour comprendre les idées, pour montrer que tout est vivant et interrelié et comment... les *Anichinabés* sont considérés comme ayant quatre aspects : spirituel, émotionnel, physique et mental » [Traduction] (Dyck, 1996, p. 93). D'un point de vue conceptuel, la roue médicinale va au-delà de la personne pour inclure « toutes les races, toutes les formes de vie, y compris les êtres dotés de deux pattes, de

quatre pattes ou d'ailes, les plantes et les remèdes. Dans cette vision du monde, toutes les choses de la création sont considérées comme sacrées et d'égale importance » *[Traduction]* (Dapice, 2006, p. 251).

La valeur de cette approche réside dans l'accent qu'elle met sur le caractère sacré de l'expérience vécue, un aspect généralement absent des modèles eurocentriques de connaissances ou de guérison (Wenger-Nabigon, 2010). Comme le suggère Graveline (2000), la roue médicinale en recherche qualitative vise à transformer la conscience eurocentrique en combinant les processus de recherche et les enseignements autochtones. L'utilisation que nous faisons de la roue médicinale s'apparente aux approches définies dans la documentation sous le nom de méthode « du cercle » (Lavalée & Poole, 2010), de méthode de la « première voix » (Aveling, 2013), de recherche comme cérémonie (Wilson, 2008) et de justice de la recherche (Jolivette, 2015). Cette approche de la recherche est utile dans les communautés autochtones, car elle « intègre des protocoles adaptés à la culture » *[Traduction]* (Lavalée & Poole, 2010, p. 276), elle agit comme un rappel visuel puissant du pouvoir de la tradition orale enracinée dans divers modes de connaissance (Walker, 2001; Wenger-Nabigon, 2010), et s'attache éventuellement au sens ancré dans une « approche holistique interreliée et interdépendante visant à traiter et à analyser les phénomènes sociaux » *[Traduction]* (Martin Hill, 2009, p. 36).

Dans le cadre d'une collaboration fructueuse avec des organismes communautaires (Stratégie autochtone de lutte contre le VIH/SIDA en Ontario et 2-Spirited Peoples of the 1<sup>st</sup> Nation), nous avons organisé trois groupes de discussion, un à Toronto, un à Hamilton et un à Ottawa, avec un total de 14 participants. Les personnes étaient invitées à participer si elles se définissaient comme hommes, Autochtones, gais, bisexuels et/ou bispirituels et si elles avaient reçu un diagnostic de VIH 10 ans ou plus auparavant. Nous avons posé la question suivante aux participants des groupes de discussion : « Qu'est-ce qui vous permet de bien vivre depuis des années avec le VIH? » S'inspirant du cercle de partage plutôt que de la méthode stricte de groupe de discussion, les participants se sont exprimés chacun à leur tour, réunis autour d'un dessin de roue médicinale placé au sol pour susciter le dialogue sur les forces, les atouts et la résilience. Le choix du cercle de partage pour structurer notre collecte de données témoigne de l'importance qu'accordent les Autochtones à la tradition orale et à la narration (Poff, 2006; Lavellée, 2009; Rothe, Ozegovic, & Carroll, 2009). En choisissant cette approche, nous envoyions également un signal culturel aux participants que notre processus de recherche reposait sur des valeurs d'égalité, de soutien et de conciliation. Les cercles de partage étaient animés par un homme ouvertement bispirituel et séropositif pour le VIH (qui agissait également à titre d'adjoint à la recherche) afin d'inspirer un climat de confiance et de réduire tout déséquilibre éventuel de pouvoir. Avec cette approche, notre objectif principal était de créer une « relation gagnant-gagnant fondée sur le respect mutuel avec la population étudiée, une relation grâce à laquelle l'étude provoque l'enthousiasme chez les participants et est perçue comme constructive par l'ensemble de la communauté » *[Traduction]* (Poff, 2006, p. 28). Tous les participants aux cercles de partage ont reçu une petite rétribution et, pour traduire l'aspect cérémonial des rassemblements autochtones et favoriser la guérison (Kuhnlein, Erasmus, Creed-Kanashiro, & Englberger, 2006), des aliments autochtones (p. ex. soupe des trois sœurs, pain bannock, baies) leur ont été offerts.

Tous les cercles de partage ont été enregistrés sur bande audio et transcrits textuellement. En s'appuyant sur les recommandations d'Onwuegbuzie et autres (2009), notre analyse des données

des cercles de partage s'est déroulée en plusieurs phases que nous avons ancrées dans les enseignements de la roue médicinale dans le cadre d'un processus d'analyse participative et à l'aide de questions axées sur les symboles et adaptées aux Autochtones. Utilisant une approche décrite par Rothe et ses collègues (2009), l'analyse et l'interprétation des données des cercles de discussion ont été réalisées avec les membres de l'équipe provenant du milieu communautaire. Nous avons fourni une formation interculturelle sur les enseignements de la roue médicinale à nos représentants communautaires, tant au sein de notre équipe de recherche que de notre conseil consultatif communautaire. Une fois la formation terminée, la première phase s'est amorcée avec le codage ouvert, c'est-à-dire « la partie de l'analyse qui a tout particulièrement trait à la désignation ou catégorisation des phénomènes grâce à un examen minutieux des données » [Traduction] (Strauss & Glazer, 1990, p. 62). Tout d'abord, à l'aide du logiciel NVivo 10.0<sup>MC</sup>, nous avons établi, sur un mode de collaboration, un cadre de codage, et les plus petites unités de données des cercles de partage aux propriétés similaires ont été regroupées sous chacun des codes attribués (p. ex. divulgation, bispiritualité, amour et intimité, sexualité).

À partir des données codées, nous avons choisi des citations clés auxquelles un numéro unique a été attribué et qui ont été mises en correspondance avec des éléments de la roue médicinale aux propriétés équivalentes et conformes aux connaissances *anichinabées*. À la deuxième étape du codage, le codage axial, nous avons « regroupé les codes de façon différente *en établissant des liens entre une catégorie et ses sous-catégories* » [Traduction] (Strauss & Glazer, 1990, p. 97; italique dans l'original). Cette fois-ci, nous appuyant sur les principes de l'analyse participative suggérée par Jackson (2008) et par Flicker et Nixon (2014), les codes et les citations clés correspondantes ont été regroupés et à nouveau mis en correspondance par notre équipe de recherche avec les éléments de la roue médicinale ayant une signification similaire (p. ex. la divulgation a été interprétée comme un processus mental; la sexualité comme un processus physique; l'amour et l'intimité comme un processus émotionnel; la bispiritualité comme un processus spirituel). À la troisième phase, celle du codage sélectif, nous avons établi un thème pour mettre en lumière le contenu de chaque groupe. Le codage sélectif est le processus qui consiste à « sélectionner la catégorie principale, à la mettre en lien avec d'autres catégories, à valider ces relations et à remplir les catégories qu'il faut améliorer et développer » [Traduction] (Strauss & Glazer, 1990, p. 116).

Une fois toutes les données mises en correspondance avec la roue médicinale, les codes ont été à nouveau regroupés à l'aide de la roue selon les relations pouvant être établies entre eux. Par exemple, les codes divulgation, sexualité, amour et intimité, et bispiritualité ont été regroupés et interprétés sous le thème « Vivre notre vérité ». Nous avons associé ces codes et ces groupes de thèmes au moyen de citations des participants dans toutes les couches de la roue médicinale afin d'établir des liens entre soi et la famille, le soutien, la communauté, la nation, la vision du monde et l'univers. Nous avons validé ce travail d'analyse en vérifiant de façon indépendante notre codage les uns avec les autres grâce au processus de participation en groupe décrit précédemment. Nous avons également vérifié nos conclusions provisoires avec notre comité consultatif communautaire composé de gardiens du savoir autochtone, de fournisseurs de services et de personnes vivant avec le VIH, et les avons présentées lors d'un forum national sur le VIH fréquenté par des Autochtones vivant avec le VIH. L'évaluation éthique a été réalisée par l'Université de Toronto et l'Université McMaster. Les membres de notre comité consultatif



communautaire ont également contribué à la conception de l'étude, aux réflexions éthiques et aux interprétations.

## RÉSULTATS

### Participants

Tous les participants disaient avoir vécu avec le VIH durant dix ans ou plus. Des quatorze participants qui ont pris part à l'un des trois cercles de partage, douze se définissaient comme membres des Premières Nations et deux comme Métis. Bien que notre stratégie de recrutement ciblait tous les principaux groupes autochtones (Premières Nations, Métis et Inuits), pour des raisons qu'on s'explique mal (p. ex. peu d'Inuits utilisent les services aux lieux de recrutement; ils ne se sentaient pas à l'aise de participer; les renseignements sur le recrutement n'ont pas été lus), notre échantillon ne compte pas de participants se définissant comme Inuits. L'âge moyen des participants était de 46 ans, avec une fourchette d'âge de 32 à 61 ans. Deux participants n'ont pas fourni leur âge. Les sept voies de la résilience suivantes ont ressorti de notre analyse des transcriptions des cercles de partage : (1) Vision du monde; (2) Trouver sa force; (3) Marcher vers l'équilibre; (4) Reconnaître le vrai pouvoir; (5) Mino-bimaadiziwin (Bien mener sa vie); (6) Autogestion de la santé; et (7) Vivre notre vérité.

### Vision du monde

Pour les participants, leurs croyances et leurs valeurs fondamentales à l'égard du monde influencent leur expérience en matière la santé. Pour nombre d'entre eux, la santé est liée aux efforts déployés pour atteindre un équilibre général qui tient compte de leur culture. Tous les participants ont raconté des histoires similaires qui témoignent de l'importance de faire des efforts pour trouver un équilibre général les aidant à avoir une grande force mentale, à être présents sur le plan émotionnel, en santé physique et équilibrés sur le plan spirituel. Par exemple, un participant a dit ce qui le rend plus fort :

Je ne vois pas la santé comme un élément isolé (c'est-à-dire comme un seul quadrant de la roue médicinale). Je la vois comme un **équilibre entre ces éléments** qui permet de changer les choses, de l'améliorer et de la rendre plus équilibrée en renforçant chacun de ces éléments... *[Traduction]*

Les participants considèrent également que les efforts pour trouver un équilibre général et faire attention à tous les éléments du « soi » sont facilités lorsqu'on établit des liens avec les ressources culturelles disponibles. Ils ont été nombreux à mentionner l'importance de participer à des cérémonies, d'être en lien avec la communauté, notamment avec d'autres hommes bispirituels, de demander conseil à un aîné et de faire des efforts pour entrer en contact avec le monde spirituel. Le recours aux ressources et aux atouts culturels a souvent été mentionné en relation avec les partenaires intimes, la famille, la communauté, la nation, le monde et l'univers. Ces relations s'expriment également par un profond sentiment de lien avec la terre. C'est souvent ce lien plus important qui a précipité le cheminement de guérison et qui en est devenu un élément essentiel. Comme l'a exprimé un participant :

J'aime mes traditions. [...] Lorsque je retourne chez moi, j'ai toujours droit à un festin et à des danses. J'adore ça. Tous mes proches viennent, sans exception. [...] Lorsque je commence à danser, ils viennent tous me rejoindre, et j'adore ça. Je raffole de l'attention qu'on m'accorde. C'est la raison pour laquelle, entouré de mes proches, le VIH n'est pas si grave pour moi, car je reçois le soutien de tout le monde. J'adore ça... *[Traduction]*

Les témoignages cités plus haut expriment collectivement un aspect d'une « vision du monde » autochtone qui a permis à de nombreux participants d'accepter les défis auxquels ils ont fait face et qui les ont aidés à associer leur cheminement de guérison aux forces culturelles. Autrement dit, les visions autochtones du monde ont fourni une carte conceptuelle ou un outil cognitif – une façon de penser, de connaître et d'incarner leurs forces culturelles – qui a permis aux participants de faire face à une épreuve, d'être mieux informés et de s'efforcer d'être en bonne santé.

### **Trouver sa force**

Associé à la vision du monde, le thème « Trouver sa force » est apparu en lien avec les nombreuses façons dont les participants ont décrit leur besoin, en premier lieu, d'accepter leur identité et leur situation de vie (p. ex. être gai/queer, bispirituel, vivre avec le VIH) et de faire preuve d'honnêteté à cet égard. Certains défis mentionnés par les participants étaient en lien avec les effets du racisme et de l'homophobie. Bien que les participants aient parlé d'oppressions intériorisées, comme l'homophobie et le racisme, ces commentaires portaient sur les façons (p. ex. être honnête, être vulnérable face aux autres, s'accepter) dont ils les ont utilisées pour mieux comprendre qui ils sont, comment ils sont intimement liés à leur terre et à leur communauté. Deux participants ont dit ceci au sujet de cette partie de leur cheminement :

C'est comme si, toute ma vie, j'avais essayé de m'aimer, et j'y arrive maintenant. J'ai enfin trouvé comment m'y prendre. J'ai eu besoin d'aide pour y arriver. Il a fallu que je me dévoile, que j'accepte d'être vulnérable face aux autres (dit d'une voix éplorée) et que je voie l'image qui était reflétée de moi pour apprendre à me faire confiance. *[Traduction]*

J'étais queer et j'ai été conditionné à croire que c'est mal d'être queer. J'étais queer et je détestais les queers. Ça a donc été une longue lutte. Mais maintenant, je suis heureux d'être bispirituel. Je suis heureux d'être gai. Je ne voudrais pas être autre chose pour tout l'or du monde. Ça fait partie des raisons pour lesquelles je suis la personne unique que je suis; maintenant, c'est sans doute ce que j'ai de plus précieux [...] une sexualité qui m'est propre. *[Traduction]*

L'acceptation de soi a permis aux participants de trouver leur force et d'explorer les raisons qui les ont menés à être qui ils sont et à vivre les expériences qu'ils ont vécues lors de leurs interactions avec les autres. Pour nombre de participants, trouver sa force, c'est aussi trouver l'acceptation dans leurs relations avec les autres Autochtones et les organismes communautaires autochtones. En trouvant la force en eux – une réalisation facilitée par leurs liens à la communauté, à la nation et à la vision du monde et à la spiritualité autochtones –, les participants

ont réussi à faire face aux défis de la vie plus efficacement, à continuer leur apprentissage et à grandir. Comme l'a indiqué un participant :

Le joueur de tambour principal a joué sa partie, puis tout le monde s'est tourné vers le joueur bispirituel. Nous nous disions : « Personne ne nous laisse jouer du tambour, nous ne savons pas comment faire. » [...] C'était la première fois que l'un d'entre eux avait le droit de s'approcher du tambour, il n'en reste pas moins qu'apprendre une pièce de tambour, avec à ses côtés deux personnes bispirituelles qui dansent ensemble... ça fait partie de l'aide dont vous parliez. Des choses comme ça, quand l'occasion nous est offerte, pas uniquement les personnes bispirituelles, mais tout groupe de personnes. *[Traduction]*

La résilience dont il est question avec cette voie, Trouver sa force, est celle des participants qui se sont servi des enseignements de la roue médicinale comme d'un guide. La citation précédente l'illustre parfaitement : l'acceptation des défis de la vie fait simplement partie de la vie, et chacun de nous peut trouver sa force à un moment ou à un autre. Comme le résume un participant :

Oui, il y aura toujours des difficultés. Il s'agit de s'y frayer un chemin le plus rapidement possible, de s'en mettre le moins possible sur le dos et de tenter de s'en débarrasser le plus vite possible, car toutes les choses négatives ou sombres auxquelles nous nous accrochons ajoutent à nos souffrances [...] Nous avons tous des dons particuliers, et chacun d'eux est distinct, mais quand on en fait la somme, je crois que ça revient au même; tous nos dons sont les mêmes.  
*[Traduction]*

### **Marcher vers l'équilibre**

« Marcher vers l'équilibre », à l'instar de l'enseignement offert à la phase « *adiniwemaaganidook* » (toutes mes relations), suggère que la volonté personnelle fait partie intégrale de la résilience. Selon les traditions autochtones, ce mouvement n'est pas linéaire, mais circulaire et en spirale; le mouvement et le lien aux autres (p. ex. soutien social) sont les éléments les plus importants de cet équilibre. La « marche vers l'équilibre », en harmonie avec les visions autochtones du monde, englobe le recours aux ressources et aux atouts culturels qui ont aidé les participants à cheminer dans cette voie vers la résilience. Selon les participants, bien que la voie menant à l'équilibre soit individuelle, le cheminement nécessite un sens profond du lien aux amis, à la famille et à la communauté, ainsi qu'une utilisation des services auxiliaires de santé. Comme l'ont confié deux participants :

C'est ce que j'aime de la communauté entourant les personnes vivant avec le VIH, c'est une grande famille. Nous avons ce lien, le VIH, qui nous unit. Oui, sans famille, on est très très seul et c'est très dur. *[Traduction]*

C'est le fait que ce soit là, d'avoir accès à ce soutien. [...] Je crois que si je n'avais pas mes intervenants [dans cet organisme], ce serait la catastrophe. [...] Ils m'ont vraiment soutenu et encouragé à vivre. Oui, je crois que c'est vraiment

important d'avoir ce soutien. Les lignes d'écoute téléphonique ne suffisent pas.  
[Traduction]

Marcher en équilibre ne se fait pas sans difficulté, et les participants ont décrit comment ce cheminement est parfois semé d'embûches. Le fait de sentir ou non un lien avec des amis, des membres de la famille ou la communauté alors qu'ils étaient aux prises avec des problèmes de toxicomanie ou de santé mentale ou avec les effets historiques du colonialisme a eu une influence sur la façon dont les participants ont géré leur vie. Ici, les participants ont décrit comment les difficultés de la vie ont servi de leçons – des événements qui les ont poussés à tenter de mieux vivre. Comme l'ont confié deux participants :

Je crois que tout le monde vit de petites difficultés et chute à l'occasion, mais il faut simplement se relever. Chaque expérience est une occasion d'apprentissage. Il faut tirer des leçons et les partager avec d'autres. C'est une question d'enseignement. [Traduction]

L'atteinte de l'équilibre n'est pas le point d'aboutissement. Le plus important, c'est là où on se trouve aujourd'hui. Il s'agit de chercher à trouver un équilibre. [...] Pour parvenir à un équilibre, il est essentiel de bouger et d'apprendre sans arrêt. [Traduction]

Dans la marche vers l'équilibre, lorsqu'il a été question des notions d'effort, du point de vue d'un équilibre général chez une personne, les participants ont dit être capables plus facilement d'établir un contact à partir d'un endroit plus sacré, « *d'établir un cercle complet* », où ils sont davantage en mesure de saisir que « *ce n'est jamais la fin* », que la marche vers l'équilibre est plutôt un cheminement qui permet d'atteindre une résilience.

### **Reconnaître le vrai pouvoir**

Pour de nombreux participants, la résilience et le bien-être sont également en lien avec l'idée de perfectionner son habileté et sa capacité à « *reconnaître son vrai pouvoir* ». À propos de cette voie, les participants ont souvent dit qu'ils avaient mieux réussi à y entendre un grand nombre de choses positives que les autres avaient à dire à leur sujet. Il s'agit d'admettre que l'on peut avoir du mal avec son identité et d'accepter les défis que nous impose la vie, de « *garder les yeux ouverts* »; de devenir honnête, ouvert et vulnérable face aux autres; et de chercher à s'accepter en s'appuyant sur ses relations et sur les liens entretenus avec la communauté plus large. Comme l'ont dit deux participants :

C'est comme si, toute ma vie, j'avais essayé de m'aimer, et j'y arrive maintenant. J'ai enfin trouvé comment m'y prendre. J'ai eu besoin d'aide pour y arriver. Il a fallu que je me dévoile, que j'accepte d'être vulnérable face aux autres et que je voie l'image qui était reflétée de moi pour apprendre à me faire confiance.  
[Traduction]

J'ai appris grâce à ma capacité à regarder mes problèmes en face et à garder les yeux ouverts (dit d'une voix explorée); ça m'a permis de profiter pleinement de chaque journée, plus que je n'ai jamais su le faire auparavant. [Traduction]

Ce sentiment de « *reconnaissance de son propre pouvoir* » s'acquiert en établissant une relation de confiance avec la terre et la nature. Comme l'ont indiqué les participants, la « *meilleure thérapie* » a été apprise en cultivant des relations dans le monde vivant plus vaste – cet enseignement culturel a aidé les participants à transposer cette expérience à la famille et à la communauté. Comme l'a indiqué un participant :

Pour moi, la meilleure thérapie consiste à entrer en communion avec la nature... les oiseaux communiquent avec moi en chantant. Puis, quelqu'un passe tout près et les oiseaux s'arrêtent. Aussitôt que la personne s'est éloignée, ils recommencent à chanter. [Traduction]

Selon les participants, l'une des voies par lesquelles les personnes vivant de longue date avec le VIH peuvent parvenir à la résilience consiste à cultiver et à « *reconnaître son vrai pouvoir* ». Pour de nombreux participants, le sacré s'exprime par une relation à la terre. Cet enseignement (c.-à-d. apprendre à entrer en contact avec la terre) peut ensuite être transposé aux autres relations, permettant ainsi à la personne d'être ouverte, honnête et vulnérable en apprenant à « *entrer en communion avec la nature* ».

### ***Mino-Bimaadiziwin***

*Mino-Bimaadiziwin* – un mot *anichinabé* signifiant « *vivre une bonne vie* » – décrit un parcours qui met l'accent sur la culture active d'un espace personnel au sein de sa vie dans un but de guérison. Pour cette voie à l'intérieur d'un parcours de résilience, les participants ont parlé du lien à la communauté comme relevant d'une action directe. Lorsqu'ils ont parlé des efforts visant à trouver un équilibre général et une harmonie, les participants exprimaient également l'idée que les relations qu'ils cultivent avec eux-mêmes et les autres sont essentielles. *Mino-bimaadiziwin* concerne toutes les autres voies menant à la résilience : *l'importance de la vision du monde, trouver sa force, reconnaître son pouvoir, marcher vers l'équilibre, vivre sa vérité et l'autogestion de la santé*. Au bout du compte, *mino-bimaadiziwin* est quelque chose de sacré, d'ultime, l'objectif global que les personnes disent chercher à atteindre. Parmi nos participants, nombreux sont ceux qui ont décrit comment leurs efforts visant l'atteinte de *mino-bimaadiziwin* ont contribué à leur bien-être et à leur résilience. Plusieurs participants ont fait part des façons dont ils se rendaient responsables de leur propre guérison et de leur propre croissance pour atteindre *mino-bimaadiziwin*. Ils ont parlé de l'utilisation de l'humour et du rire comme mécanismes efficaces d'adaptation, ils ont décrit comment ils sont devenus actifs dans le mouvement en faveur de la santé des personnes bispirituelles et ils ont évoqué l'importance des partenaires intimes, de la famille et de la communauté pour arriver à vivre une bonne vie. Comme l'ont confié deux participants :

Oui, je crois que ce qui apporte la santé ou ce qui rend résilient est différent pour chacun, car il y a l'inné et l'acquis. Il y a ce avec quoi on naît, puis il y a ce que l'on apprend, et enfin, il y a les décisions que l'on prend. [Traduction]

Il s'agit de s'accepter soi et d'accepter les autres là où ils en sont dans leur quête d'une bonne vie (la « réduction des méfaits » n'est pas un nouveau concept chez les Autochtones) : différentes idées de ce qui constitue le succès, les solutions sont différentes pour chacun... le succès vient des efforts déployés dans ce cadre-là et montre comment les Autochtones s'entendent comparativement aux non-Autochtones. [Traduction]

En d'autres mots, en mettant l'accent sur *mino-bimaadiziwin*, les participants décrivaient leur propre façon de concevoir la volonté personnelle comme une expression de l'appartenance à un lieu, à une communauté. En outre, c'est dans le contexte de ce caractère sacré que les participants ont décrit cette quête comme étant associée à l'idéal de ce qui constitue une bonne vie menée, au bout du compte, de manière propre aux Autochtones.

### **Autogestion de la santé**

Le terme « *autogestion de la santé* » a été présenté par nos participants comme le fait de prendre soin de soi au-delà de l'espace personnel (c.-à-d. *mino-bimaadiziwin*). L'autogestion de la santé a été soigneusement définie par les participants comme une sollicitude qui va au-delà de soi. Ils l'associent étroitement au soutien apporté aux autres et à une contribution à la santé et au bien-être de la communauté. Cela peut s'étendre à la famille, aux réseaux d'aide, à la communauté et même à la nation. Autrement dit, *mino-bimaadiziwin* – associé à l'autogestion de la santé – est perçu comme ayant un effet domino. Les participants reconnaissent que leurs gestes pourraient profiter aux générations à venir et ils en tiennent compte. D'un point de vue autochtone, fusionnant les orientations temporelles (passé, présent et futur), les participants ont exercé une forme de savoir traditionnel dont ils se sont inspirés. Pour les participants, il s'agit d'un sens aigu du sacré – une compréhension de la façon dont une personne est liée à l'ensemble de la création, s'en inspire et y contribue – et comment tout cela aide cette personne en retour. À la fin, l'« *autogestion de la santé* » vise à susciter un sentiment de lien et d'humilité, car elle nous fait prendre conscience de notre responsabilité universelle. À l'instar des autres voies favorisant la résilience, l'« *autogestion de la santé* » est liée à une *vision du monde* autochtone, à la *responsabilité*, à la *reconnaissance de son vrai pouvoir*, à la *marche vers l'équilibre*, et à *mino-bimaadiziwin*. En parlant d'autogestion de la santé, les participants ont fait référence à la solitude dans la nature. Pour eux, la communion avec la nature est une façon de se purifier et de s'éloigner des influences négatives. Comme l'ont confié deux participants :

Quand je vais dans le Nord, la première chose que je fais, c'est de me laver dans notre lac. Notre île se trouve en milieu argileux, et je me couvre d'argile de la tête aux pieds, puis je me fais chauffer au soleil. Ensuite, j'entre dans l'eau couvert d'argile et je me frotte le corps pour me nettoyer. Certaines personnes croient que je suis fou, d'autres trouvent que je suis unique. [Traduction]

[...] Ce que j'aime faire, c'est me couvrir de boue et me rincer. J'ai l'impression que tout ce que j'avais en moi se retrouve maintenant dans la boue. Je peux simplement entrer dans l'eau et la regarder se dissiper. Je trouve que c'est bien de laisser un peu d'argile derrière moi... accepter qui je suis et aller de l'avant. Certains comprennent ça, d'autres pas. [Traduction]

Pour apprendre à prendre soin de soi – et étant donné les expériences de colonisation qui ont rompu les liens naturels avec la communauté –, certains participants ont dû d’abord réapprendre les coutumes. Cela a exigé des connaissances et des compétences que les participants ont acquises grâce à leurs liens avec leur famille ou des organismes communautaires. Comme l’un des participants l’a dit :

Je ne savais rien de tout ça avant d’entrer en contact avec [nom de l’organisme]. J’ai été adopté par une famille de Blancs, [... mais] je crois qu’il est important de savoir quelle place j’occupe des années après avoir été adopté par cette super famille. Ce n’est qu’une fois impliqué auprès de [nom de l’organisme] que j’ai commencé à apprendre les rôles traditionnels. J’ai participé à ma première cérémonie de la suerie à Vancouver, et ça a été l’expérience la plus magique que j’ai jamais vécue. [Traduction]

### **Vivre notre vérité**

« *Vivre notre vérité* » est l’aboutissement des sept voies de la résilience qui reflètent le cheminement des participants vers la santé et le bien-être. En venant vivre leur vérité, les participants ont décrit leur parcours du cercle complet – intégrer leur sexualité et leur diagnostic, être à l’aise avec ces réalités et les mettre en lien avec leur sens de la communauté. Comme l’un des participants l’a dit :

... J’avais besoin d’apprendre comment m’aimer. Je savais que si je ne faisais pas cet apprentissage, l’aversion que j’avais pour moi-même allait me tuer. J’ai commencé à apprendre à m’aimer... Je suis heureux d’être bispirituel. Je suis heureux d’être gai. [Traduction]

Cependant, les participants n’ont pas suivi les voies de la résilience dans la séquence que nous présentons. Ils ont plutôt trouvé la séquence qui leur convenait, comme en témoignent les combinaisons décrites précédemment. C’est cet équilibre qui a permis aux participants d’arriver à se dévoiler, à avoir de bonnes relations sexuelles, à accepter l’intimité et à aimer. Le bien-être découlant de la voie « *Vivre notre vérité* » a aidé les participants à devenir résilients. Comme l’indique le participant dans la citation suivante, c’est ce qui leur a permis de grandir.

Il m’a fallu beaucoup de temps pour simplement accepter le fait que j’avais le VIH, mais une fois que j’y suis arrivé, la vie m’a paru un peu plus facile. J’ai commencé à me rendre à [nom de l’organisme] et à participer de cette façon, entre autres à de petits ateliers. [Traduction]

« *Vivre notre vérité* » occupe une place unique parmi les sept voies de la résilience. Bien que la résilience ne soit pas le résultat d’une progression linéaire à travers les voies, « *Vivre notre vérité* » consistait à déterminer si les participants étaient conscients de l’influence de leur vision du monde sur leur façon de percevoir le monde autour d’eux, d’interagir avec celui-ci et d’en tirer des enseignements. Sans égard aux enseignements traditionnels qui ont plané sur leur parcours de vie ou à la culture dans laquelle ils ont grandi, les participants ont dit avoir trouvé

dans ces voies de la résilience un savoir traditionnel inné qui a imprégné leur existence. Ce savoir traditionnel a surgi dans le plus humain de nos comportements, le rire, à la fois expression de joie et mécanisme permettant d'entrer en contact avec notre santé, notre communauté et notre esprit. Ce sentiment, ce lien, témoigne de leur vision autochtone du monde, qui leur est innée, et de sa signification pour la vie des Autochtones. Une vision autochtone du monde est un don que les Autochtones possèdent et qui a le potentiel de les amener à découvrir leur force innée exprimée en lien et en relation avec le monde au-delà de l'ensemble de la création.

## ANALYSE

Notre étude avait pour objectif de recentrer l'attention sur les voies utilisées par les hommes bispirituels dans leurs efforts à devenir résilients alors qu'ils vivent de longue date avec le VIH ou le sida. Bien que les facteurs de risque et les disparités en matière de santé chez les Autochtones fassent l'objet d'une attention plus que suffisante dans la littérature scientifique (Adelson, 2005; Gracey & King, 2009; King, Smith, & Gracey, 2009), les capacités de résilience des hommes bispirituels vivant avec le VIH ou le sida n'ont pas reçu la même attention. Une partie de la difficulté tient peut-être au fait que pour connaître la résilience autochtone, il faut un engagement culturel et concret. Chercheuse autochtone s'intéressant à la résilience, McGuire (2010) affirme : « La capacité à dire qui vous êtes est essentielle pour générer des récits autochtones significatifs et nécessaires qui peuvent transformer la vision que nous, Autochtones, avons de nous-mêmes et de la place que nous occupons dans ce lieu appelé Canada » [Traduction] (p. 119). Il s'agit là d'un principe largement accepté en recherche autochtone, particulièrement dans la recherche sur la résilience autochtone (McGuire, 2010), car il évite éventuellement la conceptualisation eurocentrique de la résilience en « loi du plus fort » (Newhouse, 2006, p. 2). Bien qu'elle soit influencée par les conventions eurocentriques de la recherche en sciences sociales, notre étude s'inspire fortement de la vision du monde et de l'épistémologie *anichinabées* comme moyen de tenir compte du territoire traditionnel sur lequel elle a été réalisée. Cette orientation culturelle a guidé la façon dont nous avons recueilli les récits de résilience de nos participants et dont nous leur avons donné un sens.

Concordant avec la documentation sur la résilience autochtone, notre principale conclusion est la suivante : la résilience des hommes bispirituels repose sur un fort désir de réussir sa vie (c.-à-d. *mino-bimaadiziwin*) – de façons qui demeurent liées aux problèmes coloniaux, lesquels continuent d'avoir un effet négatif sur la vie des hommes bispirituels et à influencer leur santé et leur bien-être (McGuire, 2010). Les participants ont parlé de la façon dont leur vision autochtone du monde a façonné leur compréhension de ce qu'est l'épanouissement et la survie au VIH à long terme, de l'influence de cette connaissance sur leur acceptation d'eux-mêmes grâce à leur contribution à la communauté et au bénévolat qu'ils y pratiquent, ainsi que de leurs efforts pour demeurer résilients. Nos conclusions trouvent également écho dans la documentation sur la résilience autochtone et englobent plusieurs concepts clés dans le contexte de la résilience des hommes bispirituels, notamment « la résilience familiale, le capital social, l'identité culturelle et la spiritualité » [Traduction] (Tousignant & Sioui, 2009, p. 43). Les participants ont fait une description de la santé et du bien-être quand on vit de longue date avec le VIH en tenant compte des enseignements sacrés de la roue médicinale. Ils ont décrit les diverses façons qu'ils ont de valoriser et d'interpréter la santé et le bien-être au moyen des enseignements de la roue



médicinale. La santé et le bien-être – et la résilience – sont vus comme des phénomènes complexes influencés par la qualité des interactions dans diverses couches et diverses composantes de l’environnement dans lequel ils vivent (Burack, Blidner, Flores, & Fitch, 2007).

Cela étant dit, et comme nous le suggérons précédemment, nous croyons qu’il y a un besoin urgent de réorganiser les services de santé offerts aux hommes bispirituels vivant de longue date avec le VIH/sida. Nos conclusions suggèrent plusieurs incidences importantes pour le développement des services de santé. Plus particulièrement, les services de santé peuvent être plus efficaces lorsqu’ils intègrent les visions autochtones du monde et offrent des programmes inspirés des ressources culturelles des communautés autochtones (p. ex. accès aux aînés, cérémonies, solutions axées sur la terre). Ce faisant, ils peuvent favoriser une congruence culturelle de façon à faciliter un lien et une relation avec l’environnement plus large – un aspect essentiel de la résilience des hommes bispirituels. À la lumière de nos conclusions, il faut recentrer la prestation de services de santé sur un modèle de soins axé sur les forces plutôt que sur les déficiences.

## LIMITES

Nous avons délibérément recherché des participants capables de parler de leur santé et de leur bien-être, et prêts à le faire. Nous avons également choisi, de façon délibérée, de comprendre les récits de résilience des participants à partir d’une vision scientifique *anichinabée* du monde, privilégiant lorsque nous le pouvions une ontologie et une épistémologie *anichinabées*. Cependant, ce choix de privilégier les connaissances *anichinabées* est susceptible de causer un problème étant donné l’hétérogénéité des cultures autochtones au Canada. Notre interprétation *anichinabée* de la roue médicinale pourrait être limitative ou ne pas tenir compte d’autres groupes autochtones et de la compréhension culturelle qu’ils ont de la résilience. Cependant, nous remarquons, comme d’autres l’ont fait, qu’il « n’y a pas de “bonne” ou de “mauvaise” façon de représenter ou d’utiliser les roues médicinales : elles revêtent toutes une signification particulière selon la nation autochtone tout en véhiculant une compréhension commune de l’interdépendance de toutes les choses et de leur interrelation » [*Traduction*] (Education Canada, 2014).

## CONCLUSIONS

Notre étude a relevé le défi d’explorer les idées de résilience d’une communauté autochtone; l’approche choisie ne passait pas par l’examen des déficiences des hommes bispirituels. Nous avons plutôt cherché à observer et à mieux comprendre la beauté, les forces et la résilience qui s’entremêlent au chaos colonial de la vie des hommes bispirituels qui vivent de longue date avec le VIH ou le sida.

## BIBLIOGRAPHIE

- Adelson, N. (2005). The embodiment of inequity. *Canadian Journal of Public Health = La revue canadienne de santé publique*, 96, S45-S61.
- Aveling, N. (2013). 'Don't talk about what you don't know': On (not) conducting research with/in Indigenous contexts. *Critical Studies in Education*, 54(2), 203-214. doi:10.1080/17508487.2012.724021.
- Ball, J., & Janyst, P. (2008). Enacting research ethics in partnerships with Indigenous communities in Canada: "do it in a good way". *Journal of Empirical Research on Human Research Ethics*, 3(2), 33-51. doi:10.1525/jer.2008.3.2.33.
- Bond, C. (2005). A culture of ill health: Public health or Aboriginality? *Medical Journal of Australia*, 183(1), 39-41. doi:10.5694/j.1326-5377.2005.tb06891.x.
- Brant Castellano, M. (2000). Updating Aboriginal traditions of knowledge. In G. Sefa Dei, B. Hall, & D. Goldin Rosenburg (Eds.), *Indigenous Knowledges in Global Contexts: Multiple Readings of Our World* (pp. 21-36). Toronto, Ontario: University of Toronto Press.
- Burack, J., Blidner, A., Flores, H., & Fitch, T. (2007). Constructions and deconstructions of risk, resilience and wellbeing: A model for understanding the development of Aboriginal adolescents. *Australasian Psychiatry*, 15(Supplement), S18-S23. doi:10.1080/10398560701701148.
- Cochran, P., Marshall, C., Garcia-Downing, C., Kendall, E., Cook, D., McCubbin, L., & Mariah, R. (2008). Indigenous Ways of Knowing: Implications for Participatory Research and Community. *American Journal of Public Health*, 98(1), 22-27. doi:10.2105/AJPH.2006.093641.
- Dapice, A. (2006). The medicine wheel. *Journal of Transcultural Nursing*, 17(3), 251-260. doi:10.1177/1043659606288383.
- Dyck, L. (1996). An analysis of Western, feminist and Aboriginal science using the medicine wheel of the Plains Indians. *Native Studies Review*, 11(2), 89-102.
- Education Canada. (2014). *Teaching by the Medicine Wheel: An Anishinaabe framework for Indigenous education*. Récupéré le 5 janvier 2015 de Education Canada/L'éducation au Canada : <http://www.cca-ace.ca/education-canada/article/teaching-medicine-wheel>.
- Fleming, J., & Ledogar, R. (2008a). Resilience, an evolving concept: A review of the literature relevant to Aboriginal research. *Pimatisiwin*, 6(2), 7-23.

- Fleming, J., & Ledogar, R. (2008b). Resilience and Indigenous spirituality: A literature review. *Pimatisiwin*, 6(2), 47-64.
- Flicker, S., & Nixon, S. (2014). The DEPICT model for participatory qualitative health promotion research analysis piloted in Canada, Zambia and South Africa. *Health Promotion International*, 29(1), e1-e9. doi:10.1093/heapro/dat093.
- Gracey, M., & King, M. (2009). Indigenous health part 1: Determinants and disease patterns. *The Lancet*, 374, 65-75. doi:10.1016/S0140-6736(09)60914-4.
- Graveline, F. (2000). Circle as methodology: Enacting an Aboriginal paradigm. *Qualitative Studies in Education*, 13(2), 361-370.
- Haddad, N., Robert, A., Weeks, A., Popovic, N., Siu, W., & Archibald, C. (2019). Le VIH au Canada – rapport de surveillance, 2018. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 45(12), 304-312. doi:10.14745/ccdr.v45i12a01 [Consulté en anglais].
- Isaak, C., & Marchessault, G. (2008). Meaning of health: The perspectives of Aboriginal adults and youth in a northern Manitoba First Nations community. *Canadian Journal of Diabetes*, 32(2), 114-122. doi:10.1016/S1499-2671(08)22008-3.
- Jackson, R., Brennan, D., Georgievski, G., Zoccole, A., & Nobis, T. (2021). "Our gifts are the same": Resilient journeys of long-term HIV-positive two-spirit men in Ontario, Canada. *Journal of Indigenous HIV Research*.
- Jackson, S. (2008). A participatory group process to analyze qualitative data. *Education & Action*, 2(2), 161-170. doi:10.1353/cpr.0.0010.
- Jolivette, A. (2015). *Research Justice: Methodologies for Social Change*. Bristol, UK, California, Illinois: Policy Press at the University of Bristol.
- King, M., Smith, A., & Gracey, M. (2009). Indigenous Health Part 2: The Underlying Causes of the Health Gap. *The Lancet*, 374, 78-85. doi:10.1016/S0140-6736(09)60827-8.
- Kuhnlein, H., Erasmus, B., Creed-Kanashiro, H., & Englberger, L. (2006). Indigenous peoples' food systems for health: Finding Interventions that work. *Public Health Nutrition*, 9(8), 1013-1019. doi:10.1017/PHN2006987.
- Lavallee, L., & Poole, J. (2010). Beyond recovery: Colonization, health and healing for Indigenous peoples in Canada. *International Journal of Mental Health Addiction*, 8, 271-281. doi:10.1007/s11469-009-9239-8.
- Lavellée, L. (2009). Practical application of an Indigenous research framework and two qualitative Indigenous research methods: Sharing circles and Anishnaabe symbol-based reflection. *International Journal of Qualitative Methods*, 8(1), 21-40.

- Lima, V., Kretz, P., Palepu, A., Bonner, S., Kerr, T., Moore, D., . . . Hogg, R. (2006). Aboriginal status is a prognostic factor for mortality among antiretroviral naive HIV positive first initiating HAART. *AIDS Research and Therapy*, *18*(8), 1-9. doi:10.1186/1742-6405-3-14.
- Martin Hill, D. (2009). Traditional medicine and restoration of wellness strategies. *Journal of Aboriginal Health*, *5*(1), 26-42. doi:10.3138/ijih.v5i1.28976.
- McGuire, P. (2010). Exploring resiliency and Indigenous ways of knowing. *Pimatisiwin*, *8*(2), 117-131.
- McIvor, O., Napoleon, A., & Dickie, K. (2009). Language and culture as protective factors for at-risk communities. *Journal of Aboriginal Health*, *5*(1), 6-25.
- McLeod, N. (2007). *Cree Narrative Memory: From Treaties to Contemporary Time*. Saskatoon, Saskatchewan: Purich Publishing Ltd.
- Miller, C., Spittal, P., Wood, E., Chan, K., & Schechter, M. (2006). Inadequacies in antiretroviral therapy use among Aboriginal and other Canadian populations. *AIDS Care*, *18*(8), 968-976. doi:10.1080/09540120500481480.
- Newhouse, D. (2006). Editorial: From woundedness to resilience. *Journal of Aboriginal Health*, *3*, 2-3.
- Onwuegbuzie, A., Dickinson, W., Leech, N., & Zoran, A. (2009). A qualitative framework for collecting and analyzing data in focus group research. *International Journal of Qualitative Methods*, *8*(3), 1-21. doi:10.1177/160940690900800301.
- Peltier, D., Jackson, R., Prentice, T., Masching, R., Fong, M., Shore, K., & Committee, C. A. (2013). When women pick up their bundles: HIV prevention and related service needs of Aboriginal women in Canada. In J. Gahagan (Ed.), *Women and HIV Prevention in Canada: Implications for Research, Policy, and Practice* (pp. 85-109). Toronto, Ontario: Canadian Scholars' Press.
- Poff, D. (2006). The importance of storytelling: Research protocols in Aboriginal communities. *JERHRE*, *1*(3), 27-38.
- Reading, J., & Nowgesic, E. (2002). Improving the health of future generations: The Canadian Institutes of Health Research Institute of Aboriginal Peoples' Health. *American Journal of Public Health*, *92*(9), 1396-1400.
- Rothe, J., Ozegovic, D., & Carroll, L. (2009). Innovation in qualitative interviews: "Sharing circles" in a First Nations community. *Injury Prevention*, *15*, 334-340. doi:10.1136/ip.2008.021261.

- Smith, L. (1999). *Decolonizing Methodologies: Research and Indigenous Peoples*. New York, New York: Zed Books Ltd.
- Statistique Canada. (25 octobre 2017). *Les peuples autochtones au Canada : faits saillants du Recensement de 2016*. Récupéré le 13 février 2018 de : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/daily-quotidien/171025/dq171025a-fra.pdf?st=Z8wXuCDu> [Consulté en anglais].
- Stokes, J., Pennock, J., & Archibald, C. (2006). Factors associated with late HIV diagnosis in Canada. Toronto: International AIDS Society.
- Strauss, A., & Glazer, C. (1990). *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*. Newbury Park, California, SAGE Publications, Inc.
- Tousignant, M., & Sioui, N. (2009). Resilience and Aboriginal communities in crisis: Theory and interventions. *Journal of Aboriginal Health*, 5(1), 43-61.
- Ungar, M., Brown, M., Liebenberg, L., Cheung, M., & Levine, K. (2008). Distinguishing differences in pathways to resiliency among Canadian youth. *Canadian Journal of Community Mental Health = Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 27(1), 1-13. doi:10.7870/cjcmh-2008-0001.
- Valaskakis, G., Dion Stout, M., & Guimond, E. (2009). Introduction. In G. Valaskakis, M. Dion Stout, & E. Guimond (Eds.), *Restoring the Balance: First Nations Women, Community, and Culture* (pp. 1-9). Winnipeg, Manitoba: University of Manitoba Press.
- Walker, P. (2001). Journeys around the Medicine Wheel: A story of Indigenous research in a Western university. *Australian Journal of Indigenous Education*, 29(2), 18-21.
- Wenger-Nabigon, A. (2010). The Cree Medicine Wheel as an organizing paradigm of theories of human development. *Native Social Work Journal*, 7, 139-161.
- Wilson, S. (2008). *Research is Ceremony: Indigenous Research Methods*. Winnipeg, Manitoba: Fernwood Publishing.
- Wood, E., Kerr, T., Palepu, A., Zhang, R., & Strathdee, S. (2006). Slower uptake of HIV antiretroviral therapy among Aboriginal injection drug users. *Journal of Infection*, 52(4), 233-236. doi:10.1016/j.jinf.2005.07.008.