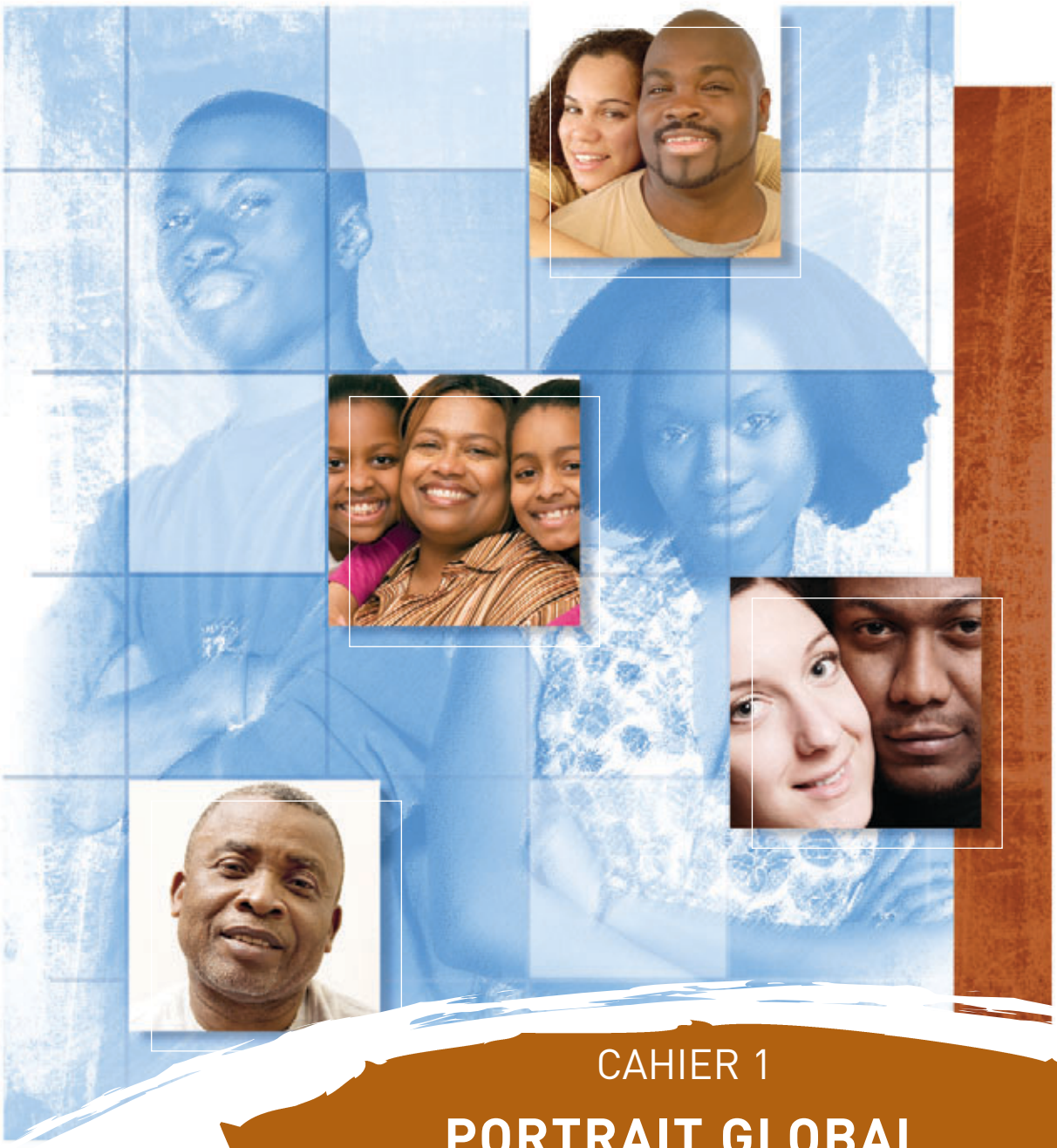
Trousse d'outils pour la prévention et le soutien auprès des Québécois d'origine haïtienne



CAHIER 1

PORTRAIT GLOBAL
DES QUÉBÉCOIS D'ORIGINE HAÏTIENNE

REVUE DE LITTÉRATURE

Intégrer les dimensions culturelles dans l'intervention face au VIH et aux autres infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

DOCUMENT DE RÉFÉRENCE

S.V.P. REPLACER CE DOSSIER DANS LA SECTION APPROPRIÉE DE LA TROUSSE APRÈS UTILISATION.

Trousse d'outils pour la prévention et le soutien auprès des Québécois d'origine haïtienne

CAHIER 1
Portrait global des Québécois d'origine haïtienne

Valérie Lépine

2008

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Québec

gap VIES

COCQ-Sida

La «Trousse d'outils pour la prévention et le soutien auprès des Québécois d'origine haïtienne» est un assemblage de documents de diverses natures et provenances visant à renforcer les interventions en prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang auprès des Québécois d'origine haïtienne (QOH) et le soutien aux personnes vivant avec le VIH. Quatre de ces documents en constituent le cœur de la trousse et ont été spécifiquement conçus en ce sens. Le présent document est l'un de ceux-là.

Trousse d'outils pour la prévention et le soutien auprès des Québécois d'origine haïtienne

- **Cahier 1 - Portrait global des Québécois d'origine haïtienne**

Cahier 2 - Communication parents/adolescents en termes de sexualité

Cahier 3.1/3.2 - Dépistage du VIH counseling pré-test et dépistage du VIH auprès des femmes enceintes

Cahier 3.3 - Grandes lignes du counseling post-test

© Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal;
COCQ-SIDA et GAP-VIES (2008)
Tous droits réservés

ISBN 978-2-89494-761-6
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2008
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2008
Prix : 250,00$ vendue en trousse complète avec documents de provenances diverses

Crédits concernant la trousse d'outils ciblant les Québécois d'origine haïtienne (QOH) et le Portrait global de la communauté haïtienne :

L'élaboration de la trousse d'outils a été rendue possible grâce à la contribution financière de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal dans le cadre de la Stratégie ITSS du MSSS. La trousse s'est construite à la suite d'une étape initiale de recherche (phase 1) financée par les Instituts de Recherche en Santé du Canada (IRSC). Sa production a été possible grâce au financement de la Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-Sida), un organisme subventionné par le Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang (SLITSS). Ce projet n'aurait pas été possible sans la contribution inestimable du personnel du Groupe d'actions pour la prévention de la transmission et l'éradication du sida (GAP-VIES), organisme communautaire qui offre des services de prévention du VIH/sida et du soutien auprès des PVVIH de la communauté haïtienne et leurs proches.

RESPONSABLE DE L'ENSEMBLE DU PROJET (PHASES 1 ET 2)

Dr Alix Adrien — Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

AUTEURE ET COORDONNATRICE DU PROJET PHASE 2

Recherche, conception et rédaction du Portrait global QOH et de l'ensemble de la trousse d'outils

Valérie Lépine — Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

COORDONNATRICE DU PROJET PHASE 1

Recherche, mise en place du partenariat et recension des écrits

Witnisse Mereus — Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

COLLABORATION À LA RÉDACTION SECTIONS 1 ET 2 DU PORTRAIT GLOBAL QOH

Joseph Jean-Gilles — Directeur, GAP-VIES

MEMBRES DU COMITÉ DE PILOTAGE DU PROJET, PARTENAIRES AU PROJET ET VALIDATION FINALE DU CONTENU

Riyas Fadel — Coordonnateurs de projet
Jorge Flores — COCQ-Sida
René Lavoie
Joseph Jean-Gilles — Directeur, GAP-VIES
Dr Carole Morissette — Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

MEMBRES DU COMITÉ DE SOUTIEN À L'ÉLABORATION DE LA TROUSSE ET À LA VALIDATION DU CONTENU

Edith Duterville — Institut thoracique de Montréal (ITM)
Riyas Fadel — COCQ-Sida
Roseline Joltéus — GAP-VIES
Marie-Hélène Luly — GAP-VIES
Guylaine Morin — Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine
Geneviève Nemouthé — GAP-VIES
Fabienne Pierre-Jacques — Bureau de la communauté haïtienne de Montréal (BCHM)
Stéphane Richard — GAP-VIES
Jean-Michel Richard — Maison d'Hérelle
Martine Tate — CSSS St-Michel

VALIDATION EXTERNE

Dr Frantz Raphaël — Médecin, ethnothérapeute au CSSS St-Léonard/St-Michel

CONCEPTION GRAPHIQUE ET MISE EN PAGES

Marie-Judith Langlois — MJL Design

RÉVISION LINGUISTIQUE

Adeline Murat
Emmanuelle Adrien

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

REMERCIEMENTS

La réalisation du « Portrait global de la communauté haïtienne » ainsi que l'ensemble de la trousse d'outils a été possible grâce au soutien exceptionnel de plusieurs personnes clés.

En effet, ce projet est le fruit d'une collaboration précieuse entre une multitude de partenaires incluant des directeurs, des chercheurs, des professionnels de la santé et des intervenants communautaires et sociaux. Nous tenons à les remercier chaleureusement pour leur intérêt, leur présence continue ainsi que leur disponibilité sans faille tout au long de la réalisation de ce projet ciblant les Québécois d'origine haïtienne (QOH).

Au cours du processus de recherche et de rédaction des phases 1 et 2 du projet, nous avons bénéficié du soutien de quatre comités. Un de ces comités avait pour objectif de piloter l'ensemble du projet tandis qu'un autre, à l'aide d'ateliers, a permis de réfléchir aux besoins spécifiques des acteurs terrain. Par la suite, ces besoins ont été transformés en thèmes à insérer dans la trousse d'outils. Finalement, deux autres comités nous ont permis de valider, au fur et à mesure, le contenu des thèmes qui ont été développés.

Nous tenons à remercier spécialement chaque membre pour leur contribution et leur disponibilité durant les différentes étapes de réalisation de la trousse d'outils :

Françoise Barbot	CSSS St-Michel
Maxime Bonneau	Pact de rue
Harry Delva	Maison d'Haïti
Claire Duchesneault	Institut thoracique de Montréal (ITM)
Edith Duterville	Institut thoracique de Montréal (ITM)
Riyas Fadel	COCQ-Sida
Jorge Flores	COCQ-Sida
Keder Hyppolite	Conseil national des citoyens et citoyennes d'origine haïtienne (CONACOH)
Joseph Jean-Gilles	GAP-VIES
Roseline Joltéus	GAP-VIES
Daniel Labesse	DSP Montréal
Elisabeth Lacombe	DSP Montréal
Nathalie Langlais	Pact de rue
René Lavoie	COCQ-Sida
Marie-Hélène Luly	GAP-VIES
Genevieve McCready	CSSS St-Michel
Guylaine Morin	Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine
Dr Carole Morissette	DSP Montréal
Geneviève Nemouthé	GAP-VIES
Fabienne Pierre-Jacques	Bureau de la communauté haïtienne de Montréal (BCHM)
Ninette Piou	Centre NA Rive
Marlène Rateau	BCHM/GAP-VIES
Michel Richard	Maison d'Hérelle
Stéphane Richard	GAP-VIES
Martine Tate	CSSS St-Léonard/St-Michel
Carmen Trottier	L'Association des intervenants en toxicomanie du Québec (AITQ)

Un merci tout particulier aux personnes suivantes pour leur collaboration ponctuelle :

Emmanuelle Adrien	DSP Montréal
Marie-Claude Drouin	Stagiaire en sexologie
Mylène Fernet	UQAM, Département de Sexologie
Chantal Hamel	Projet Relations amoureuses des jeunes
Annie Martel-Grégoire	Stagiaire en sexologie
Sylvie Morand	Agente administrative, DSP Montréal
Claude Isofa Nkanga Bokembya	Centre francophone de Toronto
Maud Pontel	Bouclier d'Athéna services familiaux
Caroline Racicot	Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé (CReCES)
Dr Frantz Raphaël	CSSS St-Léonard/St-Michel
Johanne Samson	Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

Finalement, nous tenons à remercier toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont été impliquées à la réalisation de ce projet lors des phases 1 et 2.

Dr Alix Adrien et Valérie Lépine

AVANT-PROPOS

Depuis 2005, GAP-VIES et la COCQ-Sida sont partenaires de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal dans la réalisation d'un projet de transfert et d'échange de connaissances entre chercheurs et intervenants.

Le but fixé par ce partenariat est de renforcer les interventions en prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) auprès des Québécois d'origine haïtienne (QOH) et le soutien aux personnes vivant avec le VIH. L'un des moyens utilisés afin d'atteindre ce but a été, lors de la phase 1 (2006-2007), de réaliser des entrevues individuelles semi-structurées et des ateliers de discussion et de travail avec des groupes et institutions qui travaillent dans cette communauté afin de clairement définir les enjeux et les résultats attendus du projet. Nous avons par la suite recensé systématiquement, aux niveaux national et international, les données de recherche sur les ITSS dans les communautés ethnoculturelles, en particulier celle d'origine haïtienne. C'est au cours de ces ateliers que les intervenants ont décidé de développer une trousse d'outils soutenant leurs actions autant pour ceux qui travaillent en prévention et au soutien que pour ceux qui œuvrent en milieu de soins.

En 2007-2008, la phase 2 du projet a permis, d'une part, de documenter les pratiques exemplaires priorisées par l'ensemble des partenaires et, d'autre part, d'identifier précisément les outils qui permettent d'intervenir plus efficacement.

Durant cette phase 2 du projet, dans un souci de répondre fidèlement aux besoins exprimés par les décideurs, chercheurs et intervenants, deux groupes de soutien ont été mis en place. L'un était axé sur le volet clinique des interventions liées aux ITSS auprès des QOH. L'autre était plus spécifique à la prévention des ITSS auprès de cette population.

Le but de ces groupes de travail était de s'assurer que les outils développés reflétaient la réalité des pratiques des participants ainsi que celles de nos partenaires.

Tel que mentionné plus haut, durant les ateliers réalisés en 2006, les thèmes spécifiques à développer dans la trousse d'outils ont été identifiés, discutés et finalement priorisés. Parmi ces thèmes, un « Portrait global des Québécois d'origine haïtienne » a été ciblé comme prioritaire, voire essentiel.

Pour terminer, au courant de l'année 2008, un autre objectif à l'origine du projet a été réalisé, celui d'organiser des activités de transfert et d'échange de connaissances.

RÉSUMÉ

Ce portrait global des Québécois d'origine haïtienne (QOH) tente d'adresser les éléments socioculturels qui peuvent influencer la prévention du VIH/sida et des autres ITSS, le soutien et le soin aux personnes atteintes ainsi que tous les thèmes transversaux en lien avec ces problématiques auprès de cette communauté.

En effet, plusieurs thèmes et concepts sont élaborés afin de favoriser la compréhension des spécificités des QOH en lien avec différents sujets d'intervention. Voici en résumé les thèmes abordés :

- **L'impact de l'immigration** et la question du **biculturalisme** vécus par plusieurs membres de la communauté;
- La **place de la spiritualité**, incluant le **rôle du vaudou**, qui peut influencer les rapports hommes/femmes, la sexualité et la représentation de la maladie comme le VIH/sida;
- La **structure familiale** qui est un pilier important où la **famille élargie** peut avoir un pouvoir de décision dans plusieurs sphères de vie des QOH;
- Les **rapports de genre** qui sont parfois inégaux et qui peuvent influencer le pouvoir décisionnel de certaines femmes face à la négociation et à l'utilisation du préservatif;
- La **dynamique de violence** qui peut s'exercer au sein du couple et qui est influencée par des rapports de genre inégaux;
- Le vécu et les perceptions face à **l'amour et la sexualité** chez les jeunes QOH ainsi que la fréquence de l'utilisation du préservatif;
- Les **grossesses hors mariage** des jeunes filles vues par les parents;
- Le **multipartenariat** de certains hommes qui peut avoir un impact sur la transmission des ITSS;
- Les perceptions liées à **l'homosexualité et l'homophobie** qui peuvent être manifestées par des membres de la communauté.

En intervention, il est recommandé d'adapter votre langage à la population visée par vos messages de prévention. Par exemple, certains QOH vont utiliser le mot « chapeau », « capote », « condom », préservatif ou autre terme. Assurez-vous de parler le même langage qu'eux.

Quelle que soit la situation, il est recommandé d'accompagner la personne QOH vers un bien-être global en tentant de développer un discours qui tient compte de ses schèmes socioculturels tout en lui permettant de se positionner ou de cheminer face à certaines problématiques qu'elle peut être amenée à vivre, telles que : le VIH/sida, les inégalités de genre et la violence dans les relations.

Il n'est pas recommandé de trouver des solutions fondées uniquement sur les valeurs québécoises, mais plutôt de trouver un équilibre entre les schèmes socioculturels haïtiens présentés dans les sections de ce portrait global et les schèmes socioculturels québécois qui influencent les interventions. Il faut donc se baser sur les forces de la personne et de ce qu'elle valorise de sa culture haïtienne afin de prendre sa réalité socioculturelle comme levier pour l'intervention (prévention et soin).

Si on prend la section 6 sur le « multipartenariat » comme exemple, il est préférable de **parler en termes de réduction des comportements sexuels à risque associés au VIH/sida et aux autres ITSS.** L'objectif de prévention est de motiver la personne QOH à développer des comportements préventifs et non de la décourager. Par exemple, face au multipartenariat, mieux vaut qu'une personne réduise le nombre de ses partenaires sexuels plutôt que de ne prendre aucune action préventive. Il est surtout recommandé de faire réfléchir les hommes et les femmes QOH sur le développement de relations égalitaires, saines et respectueuses.

Peu d'études existent sur le rôle des hommes de la communauté haïtienne et leurs perceptions face aux relations amoureuses, aux comportements sexuels, incluant le multipartenariat et les dynamiques de violence au sein du couple. Cette réalité peut expliquer la faible représentation de leur rôle et de leur implication élaborés dans ce présent portrait global. En effet, nous en savons peu sur les stratégies d'intervention les plus efficaces auprès d'eux. Nous tenons à spécifier que malgré l'absence d'études à ce sujet, il nous semble essentiel de **valoriser le rôle des hommes QOH et de les impliquer dans la recherche de solutions et de prévention.**

En effet, si le contexte le permet, lors d'interventions auprès des hommes QOH, il est recommandé de **valoriser le rôle du père comme chef de famille ainsi que celui de conjoint.** En intervention, moins ces hommes se sentent interpellés par leur apport positif dans la famille et dans les relations amoureuses, surtout lors de la période concernant la périnatalité, plus ils se sentiront exclus. Il se peut également qu'ils se sentent dévalorisés de façon durable.[1]

Finalement, les notions à retenir de l'ensemble de cette revue de littérature et des liens avec l'intervention sont les suivantes :

- **Chaque personne issue de cette communauté a un parcours de vie unique et chaque individu a sa façon propre de vivre et d'exprimer sa culture.**
- **Quel que soit le sujet d'intervention, il faut trouver un équilibre entre les visions et perceptions basées sur les schèmes socioculturels québécois comparativement à celles vécues par les QOH.**

[1] Communication personnelle avec Johanne Samson et Guylaine Morin, 4 avril 2008.

TABLE DES MATIÈRES

Carte d'Haïti 13
Introduction 14
Groupes des créoles et des occidentalisés à Montréal 15
Liens avec l'intervention 16

1. **Histoire d'Haïti** 17
1.1. Faits saillants de l'histoire d'Haïti 17
1.1.1. Liens avec l'intervention 19
1.2. La diaspora haïtienne et l'immigration 19
1.2.1. Liens avec l'intervention 20
1.3. Les multiples deuils 20
1.3.1. Liens avec l'intervention 22
1.3.2. Liens avec l'intervention 23
1.4. Impact de l'immigration sur la famille 24
1.4.1. Liens avec l'intervention 25
1.4.2. Liens avec l'intervention 27
1.5. Données démographiques sur les QOH 28
1.5.1. Liens avec l'intervention 29
1.5.2. Liens avec l'intervention 29
1.6. Identités fragmentées 30
1.6.1. Discrimination et racisme 32
1.6.2. Liens avec l'intervention 33

2. **La place de la spiritualité** 34
2.1. Place et rôle du vaudou 35
2.2. Liens avec l'intervention 36

3. **Structure familiale** 37
3.1. La famille… élargie 38
3.2. Les relations affectives des parents/enfants 39
3.3. Liens avec l'intervention 41

4. **Rapports de genre et sexualité** 43
4.1. Rapports de genre 43
4.1.1. Liens avec l'intervention 45
4.2. Sexualité, VIH/sida et inégalité des rapports de genre 46
4.2.1. Liens avec l'intervention 47
4.3. Structure familiale et influence des rôles de genre 48
4.3.1. Liens avec l'intervention 49

5. **Amour et sexualité chez les jeunes QOH** 50
5.1. Influences religieuses et sexualité 50
5.1.1. Liens avec l'intervention 51

6. **Multipartenariat** 53
6.1. Liens avec l'intervention 54
6.2. Liens avec l'intervention 55

7. **L'utilisation du préservatif chez les jeunes QOH** 56
7.1. Liens avec l'intervention 58
7.2. Liens avec l'intervention 59

8. **Parents QOH face à la vie sexuelle et la grossesse hors mariage de leurs adolescentes** 60
8.1. La vie sexuelle 60
8.2. Grossesse hors mariage 60
8.3. Groupes des occidentalisés à Montréal 61
8.4. Groupes des créoles à Montréal 61
8.5. Religion et grossesse hors mariage 61
8.6. Fuir le drame familial 62
8.7. Liens avec l'intervention 62

9. **Orientation sexuelle** 64
9.1. Perception de l'homosexualité 64
9.2. Homophobie et association au VIH/sida 64
9.3. Homosexualité, sida et châtiment divin 65
9.4. Liens avec l'intervention 66

10. **La violence dans les relations amoureuses et familiales** 69
10.1. Liens avec l'intervention 70

11. **Conception de la santé** 72

12. **Perception de la maladie** 72

13. **Représentation de la maladie** 73

14. **Façon occidentale et profane de concevoir la maladie** 74

15. **Représentations, attitudes et sentiments face au VIH/sida** 76

16. **Enjeux de confidentialité** 77
16.1. Liens avec l'intervention 78

Conclusion 80

ANNEXES

Annexe 1 : Texte complet de l'article « Grossesse hors mariage dans les familles haïtiennes » du Dr Frantz Raphaël 82
Annexe 2 : Dimensions de la violence 83
Annexe 3 : Réfléchir sur sa prise de risque 84
Annexe 4 : Stratégies pour maximiser l'utilisation du préservatif 86
Annexe 5 : Lexique créole 87

Bibliographie 93

MA CARTE D'HAÏTI



INCLUANT LE DÉPARTEMENT DE NIPPES

AUPEL
220, rue Edmonton
Gatineau (Québec)
J8V 3X6
CANADA

Distribué en Haïti par :
Yves Lévy
21, Christ-Roi Bourdon
Port-au-Prince, Haïti
Courriel : yves_levy@hotmail.com
Cell. : 551-8566
Tél. : 246-3553

ISBN 2-89466-767-7 (6e édition)
Copyright, Aupel inc. 2006
Tous droits réservés

Cette carte d'Haïti est imprimée au Canada. Toute représentation, reproduction intégrale ou partielle, sans le consentement écrit de l'auteur, est strictement interdite.

INTRODUCTION

Depuis déjà quelques décennies, le Québec est le fruit d'un métissage culturel très diversifié et s'est enrichi par la présence de multiples communautés, dont celle d'origine haïtienne. Les Québécois d'origine haïtienne[2] (QOH) ont une histoire et un vécu précieux qui leur sont propres et auprès desquels il est possible de puiser plusieurs recettes de courage et de persévérance.

Selon Immigration et Communautés culturelles du Québec (2007), parmi la population immigrante admise entre 1996 et 2005 au Québec, on compte 14 767 immigrants pour lesquels leur dernière résidence était Haïti.

Les QOH, depuis déjà plusieurs années, font partie des populations avec lesquelles travaillent les intervenants communautaires, les travailleurs sociaux ou les professionnels dans le réseau de la santé et des services sociaux. Par contre, à cause des différences culturelles des deux parties, il n'est pas toujours évident de se comprendre. À la méconnaissance de l'expérience de vie de la personne, s'ajoute le bagage culturel haïtien qui, parfois, peut influencer le déroulement de l'intervention. De plus, peu de données socioculturelles liées au vécu des QOH ont été publiées.

Ainsi, dans un souci de mieux répondre aux besoins exprimés par cette population, sans créer une forme de « ghettoïsation », ce « Portrait global des Québécois d'origine haïtienne » tentera, d'une part, de dresser un portrait global de cette communauté et, d'autre part, d'explorer des éléments du contexte socioculturel qui peuvent influencer la représentation de la maladie par le QOH ou leurs comportements liés aux ITSS incluant le VIH/sida.

Finalement, pour chaque thème abordé, des liens pratiques avec l'intervention sont proposés et des références complémentaires plus spécifiques à « la trousse d'outils QOH » sont recommandées. **Idéalement, le *« Portrait global des Québécois d'origine haïtienne »* devrait être utilisé en parallèle à l'ensemble des différentes sections de la trousse d'outils QOH.**

[2] Nous entendons par QOH toute personne qui s'identifie comme étant d'origine haïtienne née en Haïti ou dont l'un des parents est né en Haïti.

ATTENTION AUX GÉNÉRALISATIONS RAPIDES ET ABUSIVES

Le profil des personnes d'origine haïtienne vivant au Québec n'est pas homogène. Chaque personne issue de cette communauté a un parcours de vie unique et chaque individu a sa façon propre de vivre et d'exprimer sa culture. De plus, certains QOH sont de nouveaux immigrants alors que d'autres sont nés au Québec de parents nés en Haïti[3] avec une proximité différente au milieu socioculturel haïtien.

Le Dr Frantz Raphaël (2006) distingue deux groupes issus de la communauté haïtienne vivant à Montréal : **le groupe des occidentalisés et le groupe des créoles[4]** :

> *« Le passage à l'école, aux institutions universitaires, fait des filles et fils issus de familles créoles de « nouveaux occidentalisés », de « nouveaux Affranchis », des intellos de la petite bourgeoisie, alors que les parents demeurent des Créoles. C'est bien ainsi que l'homme haïtien perçoit l'évolution, la modernité du Créole, comme s'il n'y a pas de reconnaissance formelle d'élites créoles. Ainsi, ceux qui n'ont pas accès aux valeurs occidentales, demeureront des Créoles, notion qu'il ne faut pas négliger dans nos pratiques transculturelles. »*

EN BREF

EN BREF, le niveau d'éducation, le niveau socioéconomique, le lieu de naissance ainsi que la provenance d'une zone rurale ou urbaine en Haïti influencent grandement la réalité des individus qui se présentent dans le réseau de la santé et des services sociaux ou dans les organismes communautaires. L'intervenant doit alors tenir compte de ces facteurs.

NOTE : *Il est fortement recommandé de lire l'intégralité de l'article du Dr Frantz Raphaël (annexe 1) afin de bien comprendre plusieurs concepts en lien avec la communauté haïtienne, tels que :*

- *le biculturalisme*
- *le métissage*
- *les affranchis*

[3] Tableau personnalisé CO-0982, recensement 2006, Statistiques Canada, avril 2008.

[4] Pour des informations approfondies sur le concept des « familles occidentalisées et créoles », veuillez vous référer à l'annexe 1 de ce portrait global des Québécois d'origine haïtienne. Grâce à l'aimable autorisation de la revue Santé mentale au Québec, l'article du Dr Frantz Raphaël se retrouve en intégralité. Voir p. 168-169

LE LANGAGE NON VERBAL ET LES FORMES DE RESPECT DANS LA COMMUNICATION PEUVENT VARIER D'UNE CULTURE À L'AUTRE.



LIENS AVEC L'INTERVENTION[5]

Afin de respecter les réalités des personnes QOH, adoptez l'écoute active, qui peut être utile dans la majorité des interventions.

Par exemple :

- **Expliquez-moi votre perception des choses…**
- **Comment vivez-vous cette situation?**
- **Si je comprends bien, vous dites que… Est-ce exact?**
- **Avez-vous déjà entendu parler de : VIH/sida, violence dans les relations, dépistage, thèmes liés à la sexualité…?**

Ensuite, expliquez le phénomène dont il est question et transmettez votre message de soutien et/ou de prévention en utilisant les mêmes mots clés utilisés par la personne QOH.

Si le contexte vous le permet, **utilisez la famille comme levier pour réfléchir à des solutions** liées à la problématique de la personne QOH. Il est important de l'impliquer dès le début du processus de soutien. D'une part, vous favorisez une alliance thérapeutique* avec la personne QOH qui vient vous voir et d'autre part, avec sa famille, même élargie, qui pourra se joindre aux rencontres tout au long du processus d'accompagnement.

Gardez à l'esprit que tout est une question de processus. Basé sur ce concept, lors d'interventions, il est utile de vous demander :

- **Où se trouve cette personne QOH dans son parcours migratoire, dans son apprivoisement de la culture québécoise?**
- **Comment vit-elle sa double appartenance culturelle, la diversité et les chocs transgénérationnels?**
- **Quel est son parcours de vie?**
- **Quel est son portrait socioculturel, socioéconomique?**
- **Se sent-elle bien dans tous SES processus « d'être et de devenir »?**

Avant d'impliquer des parents, des frères, des sœurs, des oncles, des tantes, des amis ou encore des voisins, il est conseillé de s'assurer que la personne que vous accompagnez entretient de bonnes relations avec ces personnes, surtout lorsqu'il s'agit des thèmes liés au VIH/sida. Par exemple, en lui proposant d'inviter sa famille aux rencontres, laissez-lui le soin de prendre la décision finale.

Alliance thérapeutique :

« La littérature parle d'alliance et de relation thérapeutique pour décrire le lien d'attachement et de collaboration qui s'établit entre le thérapeute et le client au cours du processus d'aide . Plusieurs auteurs parlent également d'alliance de travail et définissent ce concept comme étant l'accord ou la collaboration entre le thérapeute et le client en ce qui a trait aux buts et aux tâches de la relation d'aide, de même qu'au développement d'un lien thérapeutique » (G, Goudreau., Côté, G., 2001) Résumé de l'article en libre accès sur le site Internet suivant : www.rqpsy.qc.ca/ARTICLE/V22/22_3_007.pdf [Site consulté en novembre 2008]



En intervention, la carte d'Haïti ainsi que le lexique créole (annexe 5, p. 87-92) peuvent être de bons outils (brise-glace) pour favoriser le développement de liens de confiance.

[5] La section qui suit est inspirée d'une communication personnelle avec le Dr Frantz Raphaël, médecin et ethnothérapeute au CSSS St-Léonard/St-Michel Montréal. 5 mars 2008

1. HISTOIRE D'HAÏTI

1.1 Faits saillants de l'histoire d'Haïti[6]

Découverte en 1492 par Christophe Colomb, l'île d'Haïti est d'abord dominée par les Espagnols. À partir de 1697, les Français occupent la partie occidentale de l'île (la République d'Haïti).

1517	Traite négrière, autorisée par Charles Quint.
1650-1660	Arrivée des premiers colons français.
1685	Promulgation du code noir par Louis XIV.
1697	Séparation de l'île entre la France et l'Espagne.
1713-1787	Arrivée de 30000 colons français.
XVIII^e s.	L'île d'Haïti, la plus prospère des colonies françaises, devient le premier producteur mondial de sucre et de café. Les esclaves comptent pour 88 % de la population.
1763	La colonisation française importe 30 000 esclaves par année.
1791	Une insurrection éclate à Saint-Domingue dans la nuit du 22 au 23 août. Des esclaves noirs et affranchis revendiquent la liberté et l'égalité des droits avec les blancs. C'est le commencement d'une guerre qui conduira à l'indépendance.
1793	Abolition officielle de l'esclavage par le Parlement français mais, dans les faits, il persiste en Haïti.
1801	Promulgation d'une constitution propre à Saint-Domingue (Haïti) par le général Toussaint Louverture.
1803	**18 novembre 1803** Bataille de Vertières qui oppose les troupes commandées par le général français Rochambeau à celles du général Jean-Jacques Dessalines (né esclave). La victoire finale des révolutionnaires force Rochambeau à se rendre.
1804	Proclamation de l'indépendance après la révolte des esclaves et l'expulsion des Français.
1826	Reconnaissance de l'indépendance d'Haïti par la France contre une indemnité de 150 millions francs.
1915-1934	Occupation par les États-Unis.
1957	Élection du président François Duvalier. Il exercera un pouvoir dictatorial en s'appuyant sur les « tontons macoutes ».
1971-1986	Jean-Claude Duvalier (Baby Doc) succède à son père. La situation socioéconomique ne cesse de se détériorer et les Haïtiens quittent le pays massivement.

[6] Sources combinées: Dorsainvil J C – Histoire d'Haïti, Cours supérieur, Éditions Henri Deschamps (1994); Madiou Thomas - Histoire d'Haïti, Tome 1 à Tome 8, Éditions Henri Deschamps (1989); Moise Claude et al-Dictionnaire historique de la révolution haïtienne 1789-1804, Éditions Images, Éditions di Cidhica-2003; Paquin Raphaël, Brax José-Histoire d'Haïti/History of Haiti 1492-2000, première édition 2002.

1986	Installation d'un premier Conseil national de gouvernement, dirigé par le général Henry Namphy.
1988	**7 février au 19 juin 1988** Lesly F. Manigat est porté au pouvoir à titre de président.
	20 juin au 18 septembre 1988 Coup d'État d'Henry Namphy.
	18 septembre 1988-10 mars 1990 Coup d'État du général Prosper Avril.
1990	**10 mars 1990 au 7 février 1991** Ertha Pascal Trouillot, juge de la Cour de cassation, devient la première femme à accéder à la magistrature suprême
1991-1996	**7 février 1991 au 7 février 1996** Élection du président Jean-Bertrand Aristide qui sera renversé en 1991 par un coup d'État militaire.
	8 octobre 1991 au 19 juin 1992 Pendant le coup d'État et l'exil du président Aristide : Joseph C. Nérette, juge de la Cour de cassation, occupe le fauteuil présidentiel et Jean-Jacques Honorat occupe le poste de Premier ministre.
	12 juin 1992 Formation d'un gouvernement de consensus dirigé par Marc Louis Bazin à titre de Premier ministre
	30 août 1993 Formation d'un gouvernement de concorde dirigé par le Premier ministre Robert Malval.
1996-2001	René Préval occupe la Présidence de la République.
2001-2004	**7 février 2001 au 29 février 2004** Jean Bertrand Aristide redevient président, avec Yvon Neptune comme Premier ministre.
2004	Affrontements, tous camps confondus, causant un millier de morts. Les enlèvements contre rançons sont devenus très fréquents. Démission du président haïtien Jean-Bertrand Aristide (29 février).
2004-2006	Boniface Alexandre, juge de la Cour de cassation devient Président provisoire Gérard Latortue occupe le poste de Premier ministre.
2006	René Garcia Préval redevient Président, avec Jean-Édouard Alexis comme Premier ministre.
2007	**15 février 2007** Les Nations unies prolongent leur mission en Haïti (MINUSTAH)[7] jusqu'en octobre 2007 en fixant à 7200 hommes maximum l'effectif militaire engagé et 1 950 le nombre de policiers civils.

[7] MINUSTAH : Mission des Nations Unies pour la stabilisation en Haïti.



1.1.1 LIENS AVEC L'INTERVENTION

Ce bref portrait historique nous enseigne que depuis déjà plusieurs générations, un nombre important de personnes d'origine haïtienne a traversé des moments très difficiles. Nous pouvons constater que ces moments vécus ont été, entre autres, remplis d'espoir, de colère, de déception, de peur, de violence, de doute, d'inquiétude et surtout de méfiance.

Influencés par l'année d'immigration ou par le fait d'avoir de la famille qui vit toujours en Haïti, ces sentiments peuvent être présents dans l'esprit de la personne QOH qui utilise les services du système de santé ainsi que ceux proposés par les organismes communautaires. En effet, cette réalité de méfiance existe et en intervention, elle doit être prise en compte :

> *« L'intervenant doit être conscient que ces familles sont issues d'un long régime de peur. La méfiance subsiste toujours, elle fut pendant longtemps une garantie de survie face aux « tontons macoutes ». L'ouverture d'un dossier, même clinique, est souvent perçue comme une menace. » (RRSSS de Montréal, CLSC Côte-des-Neiges, 1996).*

1.2 La diaspora haïtienne et l'immigration

L'une des raisons profondes qui a, au début, influencé la diaspora haïtienne était l'éloignement de la dictature politique de Duvalier, devenue une « économie de répression ». Dans les faits, de 1957 jusqu'en 1986, plus d'un million (1 048 000) de personnes issues de la communauté haïtienne ont fui Haïti. De ce nombre, 48 000 sont venus s'installer au Canada (Dejean, 1990).

Concernant certaines raisons qui retiennent plusieurs Haïtiens hors de leur pays d'origine, Dejean (1990) ajoute :

> *« La plupart des Haïtiens ont été forcés de quitter leur pays à cause d'une situation socioéconomique invivable créée par un régime répressif, celui de la dynastie Duvalier.*
>
> *On doit néanmoins convenir qu'un nombre appréciable d'Haïtiens, même désireux de mettre leurs talents ou leur savoir au service du pays qui les a vu naître, ont développé à l'extérieur des attaches et des liens qui les retiendront sans doute définitivement et souvent légitimement en dehors d'Haïti. »*

Notons que depuis 2007, un nouveau phénomène est apparu au Québec, au poste frontalier de Saint-Bernard-de-Lacolle. En effet, basé sur les données du rapport de septembre 2008 de l'Agence des services frontaliers du Canada, plusieurs demandeurs d'asile d'origine haïtienne traversent clandestinement le poste frontalier entre Champlain (New York) et Saint-Bernard-de-Lacolle (Québec).

Plus précisément, le nombre de personnes d'origine haïtienne arrivées au Québec clandestinement a plus que quadruplé. En effet, de janvier 2007 à juillet 2007 on comptait 203 personnes d'origine haïtienne qui se présentaient au poste frontalier de Saint-Bernard-de-Lacolle, alors que de janvier 2008 à septembre 2008, ce nombre s'élevait à 1 118.

Il est fortement recommandé de compléter cette lecture par la section précédente ainsi que la section suivante «Les multiples deuils ».

1.2.1 LIENS AVEC L'INTERVENTION

Dans le cas où une personne arrive clandestinement des États-Unis, il est recommandé de vérifier avec elle son niveau de compréhension du français ainsi que de prendre en considération les impacts potentiels de son parcours migratoire.

1.3 Les multiples deuils

Chaque parcours migratoire est unique en soi mais il est possible d'identifier des émotions et des valeurs communes qui peuvent signifier un déchirement de premier ordre.

De multiples deuils accompagnent la décision de partir vers un autre pays. Parfois, on y laisse parents, famille, amis, conjoint, biens matériels, statut social, rêves d'avenir, etc. Dans plusieurs cas, ces pertes sont simultanées. De plus, elles sont influencées par l'année d'immigration, le statut dans lequel la personne originaire d'Haïti se retrouve une fois arrivée au Québec, du fait qu'elle soit seule ou accompagnée, etc. À tout ceci s'ajoute la peur de l'inconnu.

Ainsi, pour un nouvel arrivant, plusieurs obstacles peuvent se retrouver sur son chemin. Nommons ici les plus fréquents :

- L'adaptation à une nouvelle langue et/ou un nouvel accent;
- La recherche d'un logement;
- Les démarches d'équivalence des diplômes obtenus en Haïti ou des accréditations de cours;
- L'obtention d'un permis de travail;
- Le développement d'un nouveau réseau social;
- Le développement d'un nouveau rôle familial, social et économique;
- L'existence de chocs post-traumatiques.

À ceci peut parfois s'ajouter :

- Le regret d'être parti (désillusion);
- Le « mal du pays » d'origine et l'idéalisation de ce dernier;
- Les résistances face au pays d'accueil;
- La perte de la famille élargie (grands-parents, tantes/oncles, cousins/cousines, voisins, amis d'enfance, etc.)

La désillusion, selon Raphaël (2006), est l'un des symptômes précurseurs du traumatisme de migration :

> *« L'immigrant arrive avec des projets, des illusions, une nette détermination d'améliorer son niveau de vie tant socioéconomique que professionnel. Dans la grande majorité des cas, la réalité du pays hôte amène la désillusion, un des premiers symptômes du traumatisme de la migration; lequel traumatisme aura des répercussions sur le développement des jeunes nés ici ou venus du pays. »*

Malgré les années qui passent, pour plusieurs personnes d'origine haïtienne, beaucoup de difficultés perdurent et parfois d'autres s'y ajoutent. En effet, parmi ces préoccupations Adrien et coll. (2001) relèvent :

- La précarité économique (dans une société de surconsommation);
- La sous-scolarisation et les statuts incertains (demandeur d'asile politique, immigrant reçu, résident permanent, etc.);
- La désunification temporaire des familles;
- Le changement rapide de la structure familiale (relation parents/enfants, rôles sociosexuels);
- Les relations avec les institutions publiques (écoles, hôpitaux, centre jeunesse);
- Être victime de racisme et de discrimination.

Le vécu en Haïti ainsi que celui lié à l'immigration de certains QOH peuvent être difficiles et laisser des séquelles importantes. Les informations précédentes peuvent être utiles pour plusieurs interventions auprès des QOH. Nous présentons, à titre d'exemple, les interventions en lien avec la violence dans les relations (1.3.1) et avec l'incitation au dépistage volontaire du VIH (1.3.2).

OUTILS

Pour des outils spécifiques d'intervention, veuillez vous référer aux thèmes suivants inclus dans la trousse d'outils QOH :

- *« Relations amoureuses des jeunes et violence »*
- *« Relations amoureuses des adultes et violence »*



1.3.1 LIENS AVEC L'INTERVENTION

Les pertes de repères liées à l'immigration, les changements drastiques possibles dans le rôle socioéconomique et de genre au sein de la cellule familiale peuvent avoir des conséquences sur les comportements des nouveaux immigrants.

Ces pressions extérieures peuvent, par exemple, se manifester à travers des comportements violents où la famille, seul lien, sert de canalisateur (conjoint-e, enfants). L'approche féministe parle de violence groupale, c'est-à-dire que chaque membre de la famille se retrouve dans une dynamique qui peut renforcer une forme de violence psychologique et physique.[8]

En complément, dans le cas d'un mari qui devient violent envers son épouse, plusieurs éléments peuvent l'influencer. Hamel (2007) explique :

> *« Pour les parents, les difficultés à faire valoir leurs compétences professionnelles et à se trouver des emplois viables ainsi que la redéfinition des rôles sexuels créent également de nombreux chocs culturels. Ces contraintes exercent sur les membres des familles immigrantes une pression importante et peuvent engendrer des conséquences négatives comme l'isolement, une plus grande dépendance, des sentiments dépressifs ou l'adoption de comportements problématiques, comme par exemple l'usage de la violence par le mari envers son épouse [...]. »*

EN BREF

Chacun se sent éprouvé et peut le manifester à des niveaux différents qui, parfois, peuvent aller jusqu'à des actes de violence. Si tel est le cas, il est essentiel de référer les personnes QOH concernées vers des ressources spécifiques qui traitent des dynamiques de violence.



Pour quelques ressources et références, veuillez vous référer à la page 67 de ce document.

Pour d'autres informations utiles, en lien avec la santé mentale et la communauté haïtienne, veuillez vous référer au site Internet (en français et en créole) suivant : www.haitisantementale.ca

[8] Communication avec le comité de soutien à l'élaboration de la trousse (volet clinique). 16 novembre 2007.



1.3.2 LIENS AVEC L'INTERVENTION

Dépistage volontaire du VIH : counseling pré-test

Premièrement, comme mentionné plus tôt, répondre au questionnaire d'évaluation des risques peut s'avérer difficile pour certains QOH. En effet, d'Haïti au Québec, lors de l'immigration, ils ont été assaillis de questions de toutes sortes, parfois très intrusives. Les réponses apportées à ces questions pouvaient avoir un impact très grand sur leur vie, leur avenir et celui de leur famille.

De plus, selon le statut d'immigration, dans l'éventualité d'un test VIH positif, une peur d'être renvoyé en Haïti peut parfois influencer la décision d'aller passer ou non le test de dépistage.[10]

Counseling post-test

Concernant les aspects liés au post-test du VIH, tels que le dévoilement de son statut sérologique et le soutien familial, il est important de considérer que certains QOH se sentent seuls et peuvent se sentir isolés. En effet, il est possible que toute leur famille, ou du moins une partie, soit restée en Haïti. Parfois, il s'agit de leur conjoint ou de leur conjointe. Cette situation peut influencer le fait de bénéficier ou non de soutien social, économique ou familial.

D'une part, ces aspects sont importants à considérer lors de la notification aux partenaires face au VIH ainsi que le dévoilement au(x) conjoint-e-s. D'autre part, si la personne vit seule au Québec, lors du soutien médico-psychosocial, il est recommandé de vous assurer qu'elle connaît et qu'elle a accès à toutes les formes de soutien.

OUTILS

Pour des outils spécifiques à l'intervention, veuillez vous référer aux thèmes suivants inclus dans la trousse d'outils QOH :

- *« Cahier 3.1 : Dépistage du VIH : Counseling [9] pré-test »*
- *« Cahier 3.3 : Dépistage du VIH : Grandes lignes du counseling post-test »*

Il est fortement recommandé de faire valoir l'importance des lieux de soutien tels que les organismes communautaires ou d'autres lieux de références qui, rappelons-le, existent aussi pour favoriser la solidarité et briser l'isolement.

Pour une liste actualisée d'organismes pouvant accompagner et soutenir les PVVIH, veuillez vous référer aux annexes 2 et 3 inclus à la fin du cahier suivant, dans la trousse d'outils QOH :

- *« Cahier 3.3 : Dépistage du VIH : Grandes lignes du counseling post-test »*

[9] Le mot counselling, avec deux -L-, se rencontre fréquemment en Europe et au Canada anglais, mais au Québec c'est la graphie avec un seul -L- qui prédomine (Office québécois de la langue française, 2008). Site : www.oqlf.gouv.qc.ca

[10] Communication avec le comité de soutien à l'élaboration de la trousse (volet clinique), 16 novembre 2007.

1.4 Impact de l'immigration sur la famille

Selon Dieudonné (1996), avec les étapes d'immigration, il y a une transformation des relations entre les membres de la famille qui peut déstabiliser les dynamiques relationnelles :

> *« Les étapes d'immigration de la famille haïtienne (immigration en escalier) avec les diverses étapes du processus d'adaptation, qui se fait à des niveaux et des temps différents pour chacun des membres, sont souvent venues déstabiliser les dynamiques relationnelles. En effet, les assises de l'autorité parentale, les rapports dans le couple, la relation de fratrie ainsi que le respect hiérarchique entre les grands-parents et les petits-enfants, tels que connus et vécus en Haïti, se trouvent transformés. Il arrive parfois que des tensions et des conflits importants laissent la famille sous le choc, complètement désorientée. Les causes peuvent être de plusieurs ordres. »*

Lors d'immigration, parmi les causes à la base des tensions et des conflits vécus par la famille d'origine haïtienne, Dieudonné (1996) parle, entre autres, de problèmes de communication :

- Le choc culturel face au Québec;
- Problème de communication;
- Difficultés à établir ou rétablir la relation avec le conjoint et/ou avec les enfants après une longue séparation;
- Rejet des méthodes éducatives et de l'autorité du parent retrouvé;
- Émancipation sociale et économique de la mère et des enfants;
- Conflits intergénérationnels;
- Réaction des parents et des grands-parents aux comportements des adolescents dans un contexte de biculturalisme;
- Révolte des enfants face aux résistances des parents dans un contexte de biculturalisme.

Adrien et coll. (2001) complètent les propos de Dieudonné (1996) en ajoutant que :

> *« […] l'enfant de l'immigration est marqué par de nouveaux lieux de socialisation et d'éducation qui ne relèvent pas du milieu familial (école, quartier, loisirs, médias, les pairs, etc.) et qui sont en quelque sorte, en dehors de son contrôle. L'enfant est donc amené à s'approprier un nouveau cadre de références ce qui a entre autres pour conséquence, de déstabiliser la famille et de générer des conflits en son sein. En effet, les répondants affirment rencontrer des parents qui ne comprennent pas ce qui arrive à leurs enfants (changements de valeurs, d'attitudes et de comportements, et des enfants qui se plaignent de la trop grande rigidité des parents. »*

Parmi d'autres problèmes d'intégration au Québec et qui ont un impact sur la famille, on peut noter un changement des rapports entre les hommes et les femmes au sein du couple, pouvant ainsi troubler leur identité sociosexuelle (Adrien et coll., 2001) :

> *« [...] les valeurs et le fonctionnement social de la société d'accueil affectent l'identité des hommes et des femmes. Il en découle des tensions et des crises qui peuvent amener le couple à remettre en question leur union et qui encore une fois, menacent la structure familiale. »*

En plus de l'adaptation à tous ces changements, un autre phénomène sous-jacent peut, en partie, expliquer la difficulté pour certains parents de s'intégrer au pays d'accueil (Dieudonné, 1996) :

> *« L'expérience de travail a permis de constater que souvent dans son discours en entrevue, le parent d'origine haïtienne espère toujours regagner son pays; consciemment ou inconsciemment, il se considère de passage au Canada, même s'il y finira ses jours. Dans sa logique, il immigre pour permettre à ses enfants de réaliser ce que son pays n'a pu lui offrir personnellement : études, profession, réussite sociale, pour ensuite repartir en Haïti.*
>
> *On dit que « après 15-17-20 ans, sa valise est toujours à moitié défaite ». « On croit qu'un jour, la situation politique ou économique s'améliorera et qu'on pourra retourner dans son pays natal. » Il est venu ici adulte avec toutes ses connaissances, ses valeurs et tient à les transmettre telles quelles à ses enfants. Il oublie que son enfant n'a pas vécu aussi longtemps que lui en Haïti, que l'intégration de celui-ci se fait plus rapidement que lui et ce de façon plus tranchée, ce qui provoque la principale source de conflits, surtout avec les adolescents. »*



1.4.1 LIENS AVEC L'INTERVENTION[11]

Les informations précédentes peuvent expliquer en partie le fait que certains QOH résistent à un engagement thérapeutique, base d'un plan d'intervention. En fait, plus une personne rêve consciemment ou inconsciemment de retourner dans son pays d'origine, plus la probabilité que cette dernière ne s'engage pas dans sa vie au Québec, à court ou à long terme, est élevée.

Un autre impact de ce désengagement peut se manifester dans le fait de ne pas se sentir concerné par les messages de prévention du VIH/sida. La personne QOH qui se dit seulement de passage ne s'identifie pas à la culture d'accueil et par conséquent ne se sent pas vraiment concernée par les messages véhiculés.

[11] Communication avec le comité de soutien à l'élaboration de la trousse (volet clinique), 16 novembre 2007.

En complément[12 13]

Raphaël (2006) explique les différents impacts de l'immigration sur les relations familiales, de multiples adaptations importantes à considérer :

« Lorsque les parents n'arrivent pas à surmonter les difficultés de l'adaptation, la famille est fragilisée, elle est incapable de jouer son rôle de portage pour ses membres et de les contenir. Les progénitures se trouvent alors en situation de vulnérabilité, sans protection.

Elles deviennent des proies faciles pour des groupes marginaux, avec bien entendu des risques élevés de grossesse non désirée. Il convient certes de ***différencier les jeunes qui ont vécu un certain temps en Haïti de ceux qui sont nés en terre étrangère.*** *Souvent, les premiers arrivent dans des conditions particulières :* ***grosse peine en rapport à la séparation avec les grands-parents qui ont été parfois des substituts durant plus de dix ans, les oncles, les tantes et les amis d'enfance.***

Le cadre de la nouvelle famille en terre d'accueil est anxiogène dans certains cas. L'enfant, à son arrivée, ne connaît pas son père ou sa mère biologique ou encore, il doit ***s'adapter à un beau-parent ou se créer une place parmi d'autres enfants de lits différents.*** *Autant de situations susceptibles d'occasionner des conflits intra-familiaux, un manque d'affiliation, une incapacité de se faire une identité personnelle ou culturelle, et, en fin de compte, de se retrouver dans des contextes où la possibilité de grossesse non-désirée est encore plus propice.*

Quant à ceux qui sont nés ici, ils n'arrivent pas à se retrouver dans les valeurs traditionnelles de la culture haïtienne portée par les parents. *La langue créole comme langue parlée à la maison est repoussée, l'éducation par la correction physique, les pratiques religieuses sont considérées comme arriérées.*

[…] Ainsi les divergences culturelles entre parents et enfants sont fréquemment à l'origine de la complexité de leurs relations. Les communications entre adultes et enfants sont bien spécifiques en Haïti : ***un regard peut tout dire et l'enfant exécute sans réplique.*** *La décision parentale ne se discute pas. Par contre,* ***ici, les jeunes veulent des explications*** *: pourquoi? L'argumentation est de mise. Pourquoi ne puis-je pas dormir ailleurs comme le font mes amis québécois?*

L'éloignement du jeune de la culture haïtienne engendre de véritables chocs culturels intra familiaux qui varient en intensité avec l'âge. *Les filles sont désavantagées dans la résolution de ces conflits par rapport aux garçons. Contrairement aux gars pour leurs copines, les « chums » des filles entre 10-15 ans ne sont pas bien vus. De là, commencent les petits secrets : cigarettes, drogue, alcool, les amourettes cachées susceptibles de causer des accidents de parcours sérieux : des grossesses précoces.*

La gestion de ces évènements varie également selon l'appartenance culturelle des parents, selon qu'ils sont plus ou moins proches de la culture occidentale.

[12] Grâce à l'aimable autorisation de la revue Santé mentale au Québec ainsi que l'auteur lui-même, le texte qui suit dans l'encadré est intégral. Il n'est pas en italique afin de faciliter la lecture.

[13] Grâce à l'aimable autorisation de la revue Santé mentale au Québec, l'article se retrouve en intégralité à l'annexe 1.VOIR pages 170-171. Article du Dr Frantz Raphaël : Grossesse hors mariage dans les familles haïtienne, Revue Santé mentale au Québec, vol XXX1, no 2, automne 2006, pages 165-178.



1.4.2 LIENS AVEC L'INTERVENTION

En complément au texte du Dr Frantz Raphaël, les informations précédentes peuvent être utiles lorsqu'il est question de la communication parents/adolescents en termes de sexualité.

En effet, considérant que certains parents sont nés en Haïti et peuvent aussi être d'immigration récente, dans certains cas, selon le niveau socioéconomique et socioculturel, les valeurs liées au domaine de la sexualité peuvent être plus traditionnelles. Ces éléments contextuels peuvent avoir une influence sur les discussions en matière de sexualité.

D'autres parents sont venus lors de la première vague d'immigration et sont au Québec depuis un bon moment. Mais il demeure que sur certains thèmes liés à la sphère sexuelle, il peut parfois y avoir un souci de transmettre à leurs jeunes des valeurs haïtiennes auxquelles ils croient et qui sont importantes à leurs yeux. Ainsi, il est fortement conseillé d'explorer ces valeurs avec eux. **Il est surtout conseillé de ne pas insinuer que les valeurs québécoises sont meilleures que les leurs.**

En intervention, il est donc préférable de laisser les parents identifier leurs propres valeurs et d'agir sur les aspects similaires entre la culture haïtienne et québécoise au lieu de mettre une emphase sur les différences.[14]

De même, il est fortement recommandé de ne pas laisser transparaître que les valeurs des parents sont « trop » traditionnelles mais plutôt, si tel est leur désir, les soutenir et les accompagner afin de les amener à ouvrir un dialogue avec leur jeune.

Le sujet de la sexualité est tellement délicat dans la communauté haïtienne que certains parents QOH ont beaucoup de difficulté à parler avec leur jeune et lorsqu'ils le font, c'est avec beaucoup d'inconfort et de malaise.[15]

Tout comme plusieurs parents d'autres cultures, cet inconfort peut aussi être influencé par le fait qu'ils ne se sentent pas assez outillés.

Sans insister, encouragez les parents QOH à devenir un vecteur d'information positif en termes d'éducation sexuelle pour leur adolescent!

OUTILS

Pour des outils spécifiques à l'intervention veuillez vous référer au thème suivant inclus dans la trousse d'outils QOH :

- *« Communication parents/adolescents en termes de sexualité».*

ÉVITER D'INSISTER

Il vaut mieux cibler une autre personne pour parler de thèmes liés à la sexualité que d'insister et faire pression sur un parent qui n'est pas prêt. L'adolescent peut sentir le malaise, le jugement ou les interdits et l'effet désiré d'une ouverture au dialogue pourra, au contraire, renforcer le silence autour de la sexualité.

De plus, s'il y a une résistance de la part des parents, il est fortement conseillé de ne pas s'immiscer dans leur vie intime, vie privée!



Si le contexte vous le permet, les films, les discussions de groupe entre parents ainsi que plusieurs entretiens individuels demeurent très pertinents et appréciés par les parents.

OUTILS

Pour des outils à distribuer aux parents, veuillez vous référer au thème suivant inclus dans la trousse d'outils QOH :

- *« Communication parents/adolescents en termes de sexualité ».*

Plus spécifiquement, pour des outils facilitant la discussion adultes/jeunes sur le sujet de la sexualité (brise-glace), veuillez vous référer aux films/DVD « Scénarios d'Afrique »inclus dans la trousse d'outils. Une fiche spécifique sur ces petits films se trouve sous le thème « Communication parents/adolescents en termes de sexualité ».

[14] Rencontre de validation avec Joseph Jean-Gilles, Directeur de l'organisme communautaire GAP-VIES. 7 novembre 2007.
[15] Rencontre de validation avec Joseph Jean-Gilles, Directeur de l'organisme communautaire GAP-VIES. 7 novembre 2007.

1.5 Données démographiques sur les QOH

Au Québec, en 2006, 73 410[16] personnes, tous âges confondus, se sont déclarées d'origine ethnique haïtienne. Pour la majorité de ces personnes, il s'agit d'une origine unique (haïtienne) et non multiple (ex. : Haïtien/Français), 18 495 d'entre elles sont nées au Canada.

Parmi les QOH nés ici et ceux nés à l'étranger, 75 % des personnes âgées de 15 ans et plus sont de première génération, c'est-à-dire nées à l'étranger et 22,4 % sont de deuxième génération, c'est-à-dire nées ici mais de parents nés à l'étranger[17].

La majorité des Québécois d'origine haïtienne âgés entre 15-49 ans habitent à Montréal. En effet, selon un tableau personnalisé du recensement de Statistique Canada (2006)[18], à Montréal, dans cette tranche d'âge, on compte 51 960 personnes d'origine haïtienne.

Concernant l'état matrimonial, à Montréal[19] :

- 13 300 hommes, soit 47,95 % sont célibataires (jamais mariés);
- 14 440 femmes, soit 52,05 % sont célibataires (jamais mariées);



- 8 760 hommes, soit 48,30 % sont mariés ou en union libre;
  9 370 femmes, soit 51,67 % sont mariées ou en union libre;



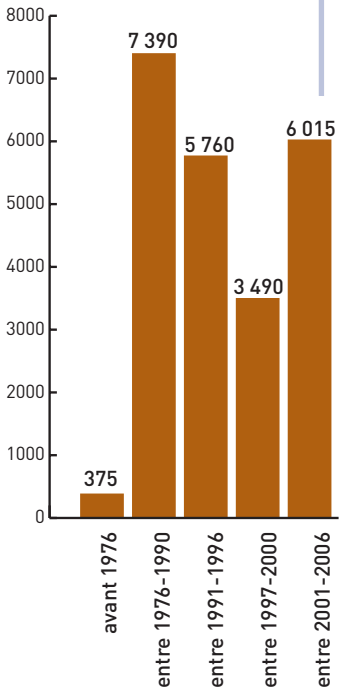
- 1 670 hommes, soit 29,30 % sont divorcés ou séparés;
  4 035 femmes, soit 70,79 % sont divorcées ou séparées;



- 95 hommes sont veufs, soit 24,68 %;
  290 femmes sont veuves, soit 75,32 %.



Concernant le nombre de personnes, par année d'immigration, qui sont arrivées à Montréal[20] :



- 375 personnes, âgées de 15 ans et plus, sont arrivées avant 1976;
- 7 390 personnes, âgées de 15 ans et plus, sont arrivées entre 1976-1990;
- 5 760 personnes, âgées de 15 ans et plus, sont arrivées entre 1991-1996;
- 3 490 personnes sont arrivées entre 1997-2000;
- 6 015 personnes sont arrivées entre 2001-2006.

Sur le plan de la scolarité, à Montréal, selon le tableau personnalisé du recensement de Statistique Canada (2006), 11 885 personnes d'origine haïtienne, âgées entre 15-49 ans, n'ont ni certificat ni diplôme. Cela correspond à 6 050 hommes et 5 835 femmes.

[16] Statistique Canada. Recensement 2006. Disponible sur : www12.statcan.ca/francais/census06/analysis/ethnicorigin/pdf/97-562-XIF2006001.pdf

[17] Les données démographiques du recensement de 2006 n'étant pas encore disponibles, par conséquent, nous utiliserons celles de 2001 du « Portrait statistique de la population ethnique haïtienne recensée au Québec en 2001 », Immigration et communautés culturelles, Gouvernement du Québec, 2005.

[18] Tableau personnalisé CO-0982, recensement 2006, Statistiques Canada, avril 2008.

[19] Ibid.

[20] Ibid.



1.5.1 LIENS AVEC L'INTERVENTION

Concernant la distribution de dépliants

Les informations concernant le niveau de scolarité des QOH peuvent guider dans le choix des dépliants/brochures d'accompagnement ou de prévention à distribuer à la population QOH.

En effet, s'il y a trop de texte, certains QOH, comme les parents ou les jeunes qui ont quitté l'école plus tôt, peuvent avoir des difficultés à lire et à assimiler une trop grande quantité d'information.

Concernant la communication en général

Selon Dieudonné (1996), même si une langue commune existe entre le Québec et Haïti, la communication n'est pas toujours aussi claire que l'on croit :

> *« Attention au vocabulaire, ne pas surestimer la capacité linguistique des clients. Même si les Haïtiens sont considérés francophones, les mots n'ont pas la même signification pour tous. C'est une dangereuse stratégie que d'interpréter la pensée du parent, de l'enfant, en captant des mots clés d'une phrase. Ceci vaut autant pour la famille que pour l'intervenant. »*



Des lectures plus dirigées ou ciblées, en respectant le rythme d'assimilation et de compréhension de la personne, peuvent être une option plus favorable pour passer les messages désirés.

Les films, les discussions de groupe ainsi que les entretiens individuels peuvent aussi servir de compléments qui demeurent très pertinents et appréciés par les utilisateurs de services.



1.5.2 LIENS AVEC L'INTERVENTION[21]

En se basant sur les données démographiques précédentes, il est important de tenir compte des statistiques concernant l'état matrimonial puisqu'elles peuvent influencer la plupart des sphères de vie d'une personne QOH.

En effet, être une femme ou un homme seul, élevant une famille dans un pays d'accueil, comporte plusieurs enjeux. Il est important d'être sensible à ces aspects afin de respecter le rythme de la personne QOH lorsqu'il s'agit de :

- **Communication parents/adolescents en termes de sexualité :** être seul pour parler de sujets pouvant paraître très délicats. Surtout lorsqu'il s'agit de communication père/fille et mère/fils;
- **Test de dépistage du VIH :** être seul pour faire face à un résultat positif lié au dépistage du VIH et prendre en charge la famille;
- **Dévoilement face au VIH :** peur d'être rejeté, isolé, d'être encore plus seul.

[21] Inspiré des communications avec le comité de validation à l'élaboration de la trousse, volet prévention, 30 octobre 2007.

1.6 Identités fragmentées

Durant la période d'adolescence, les QOH de la deuxième génération (nés au Québec mais de parents nés en Haïti) peuvent être amenés à vivre une identité fragmentée.

En effet, selon l'éducation familiale reçue, plusieurs jeunes ont grandi auprès de parents qui leur ont transmis des valeurs, coutumes et traditions haïtiennes. Pour plusieurs adolescents, le processus d'identité socioculturelle s'est alors construit dans un dilemme entre la culture du Québec avec laquelle ils ont grandi et celle d'Haïti transmise par leurs parents.

Selon Robillard et coll. (2004), les jeunes QOH nés au Québec se sentent *« **pris entre deux référents culturels**, celui du Québec qui les exclut et l'univers haïtien proposé par leurs parents qui ne leur offre toutefois pas la possibilité de s'intégrer ».*

Dans leur étude, Robillard et coll. (2004) ont interviewé 26 jeunes d'origine haïtienne. Parmi les résultats recueillis, les auteurs décrivent, entre autres, l'état d'esprit de ces jeunes face à leur quête d'identité :

> *« Plus de la moitié des jeunes adultes interrogés se définissent comme Haïtiens, surtout les femmes, parce qu'ils ont reçu une éducation haïtienne et ils se comportent comme des Haïtiens, mais également parce qu'ils vivent un rejet de la part de la société d'accueil et refusent de ce fait, l'identité québécoise. Le fait d'être Haïtien impliquerait certaines valeurs reçues des parents : solidarité, fierté de ses origines, courage, persévérance et implication dans la communauté haïtienne. »*

Toujours selon Robillard et coll. (2004), même si certains jeunes d'origine haïtienne revendiquent une identité québécoise, cette identité est partagée avec une autre :

> *« Certains jeunes revendiquent une identité québécoise puisqu'ils ont été élevés dans un milieu principalement québécois, sans toutefois renier leurs racines haïtiennes. Cependant, peu d'entre eux ont intégré la dimension québécoise comme élément dominant dans la construction de leur identité socioculturelle et ils ont souvent recours à des bricolages identitaires pour la définir (« Haïtiano-Québécois ») ou insistent sur leurs origines noires :*
>
> *« Québécois noir »*
> *« Québécois haïtien noir »*
> *« Québécois canadien noir »*
> *« Américain noir ». »*

De plus, Robillard et coll. (2004) ajoutent que plusieurs facteurs influencent la construction identitaire des jeunes d'origine haïtienne. Il y a, entre autres, la référence ou non à l'histoire de l'esclavage, le sentiment d'appartenance face au pays où ils sont nés :

> *« Dans certains cas, une référence à l'histoire de l'esclavage, un vécu commun de rejet de la part des membres de la société québécoise, ou une socialisation en milieu principalement québécois ou haïtien, interviennent dans la construction de leur identité. Leur définition socioculturelle fait également référence à un sentiment d'appartenance selon le pays de naissance, Haïti ou le Canada. Mais le fait d'avoir vécu en Haïti ou visité ce pays n'oriente pas nécessairement l'identité vers une définition plus haïtienne. »*

À ces propos, Raphaël (2006) spécifie qu'arrivé au secondaire, le jeune d'origine haïtienne va s'identifier à ses copains de classe québécois. Par contre, avec le temps, influencé par des questions sur ses origines et le sentiment d'être « l'autre », il est possible qu'il remette en cause sa vision d'identité québécoise :

> *« À la première année secondaire, à l'adolescence, le jeune s'identifie très souvent à la culture de la majorité de ses camarades de classe, la culture québécoise. Ce n'est que plus tard qu'il remettra en question cette identité, lorsqu'il se fait poser des questions telles que : D'où viens-tu? Depuis quand es-tu arrivé ici? À ce moment, de façon plus évidente, il comprend les expressions de minorité visible, de Québécois pure laine. Il prend conscience qu'il y a le Québécois et l'autre : L'autre, c'est lui, l'immigrant ou fils ou fille d'immigrants. Il devient l'enfant, d'entre deux pays, d'entre deux familles, d'entre deux cultures, donc sans enveloppe culturelle susceptible d'être approché par des groupes à risque. »*

En complément aux auteurs précédents, selon Joseph Jean-Gilles[22], certains jeunes issus de la communauté haïtienne s'intègrent relativement bien :

> *« Ces jeunes arrivent à s'enrichir de ce que la culture québécoise peut leur offrir tout en gardant des référents culturels haïtiens. Par exemple, à la maison c'est comme en Haïti et à l'école c'est au Québec. Il y a alors une symbiose identitaire donc, la capacité de vivre avec deux référents culturels. »*

[22] Communication avec Joseph Jean-Gilles, Directeur de l'organisme communautaire GAP-VIES. Montréal, 7 novembre 2007.

EN BREF

Au questionnement universel du « qui suis-je? » peut s'ajouter une tension intérieure où les jeunes QOH cherchent un équilibre identitaire entre leur perception de ce qu'ils croient être, des attentes de leur entourage et finalement la réalité du « qui » ils sont vraiment.

Ils veulent, d'une part, être acceptés et reconnus par leurs pairs ainsi que par la société québécoise. D'autre part, ils veulent répondre aux valeurs haïtiennes transmises par leur famille, qui peuvent parfois aller à l'encontre de celles de la société québécoise.

Pour certains jeunes d'origine haïtienne, cette tension entre les valeurs haïtiennes et celles du Québec entraîne des déchirements, alors que pour d'autres, une « symbiose identitaire » se crée et les enrichit.

1.6.1 Discrimination et racisme

La discrimination fait partie du quotidien de plusieurs QOH (Adrien et coll., 2001) :

> *« Selon les dires des participants, les QOH affirment être victimes de préjugés et de stéréotypes de la part des citoyens du pays d'accueil. Ceux-ci leur rappellent constamment leur différence. Ils ont des idées préconçues de ce que doit être un Haïtien et ils ne se donnent pas la chance de les connaître individuellement. »*

En complément, selon Pontel (2004), influencées par ce racisme, certaines femmes d'origine haïtienne vivent une forme de **racisme intériorisé** :

> *« Nous avons abordé précédemment la question du racisme intériorisé comme l'un des effets du racisme. C'est un processus inconscient par lequel les membres d'une communauté exposés au racisme et à la discrimination en viennent à développer des comportements négatifs à l'égard d'autres membres de leur propre communauté, mais aussi à l'égard d'autres communautés ethnoculturelles. Ainsi, elles ont été nombreuses à exprimer le fait que les problèmes des femmes sont en lien direct avec ce qui se vit dans la communauté, tant par rapport à la société élargie dans la relation entre groupe majoritaire et groupes minoritaires, que par rapport à ses difficultés internes. »*

En contrepartie, Diallo (2007) explique que même si les jeunes QOH pensent qu'il y a plus de solidarité entre personnes de même origine, malgré tout, ils affirment que la société québécoise est accueillante :

> *« La plupart des participants affirment avoir vécu du racisme. Pour certains, le racisme est institutionnalisé et s'exprime sournoisement. Malgré cela, les jeunes affirment que la société québécoise est accueillante. Tous fréquentent d'autres communautés ethnoculturelles, cependant ils considèrent dans l'ensemble qu'il y a plus de compréhension et de solidarité dans les relations entre personnes de même origine. »*



1.6.2 LIENS AVEC L'INTERVENTION

Relation amoureuse et sexualité chez les jeunes

Dans les relations amoureuses, la place de l'identité personnelle est très importante puisqu'elle guide la perception de soi et de l'autre et influence ainsi les interactions relationnelles. Pour que cette identité soit solide, un équilibre doit être construit entre plusieurs autres identités. Basé sur le concept d'identités fragmentées que peuvent vivre certains jeunes QOH, il est possible qu'il y ait chevauchement entre un double ou triple questionnement identitaire :

1- **L'identité socioculturelle ressentie** (dilemme et fragmentation entre la culture d'accueil et celle d'origine);

2- **L'identité sexuelle ou de genre**[23] influencée par l'identité socioculturelle;

3- **L'acception de son orientation sexuelle homosexuelle ou bisexuelle** qui est influencée par les identités précédentes et vice versa.

Diversité de l'orientation sexuelle et questionnement

Selon Ryan (2000), l'acceptation de son orientation sexuelle homosexuelle ou bisexuelle par sa famille, ses pairs et sa communauté, ainsi que le vécu positif lié à cette attirance, influence grandement l'acceptation de sa propre homosexualité ou bisexualité, l'estime de soi, la confiance en soi ainsi que le développement d'une vision positive de soi. Ces éléments peuvent ainsi altérer l'identité personnelle, sexuelle et socioculturelle d'une personne.

En effet, si le jeune QOH vit une fragmentation intérieure face à son identité socioculturelle et qu'il se sent déjà exclu et discriminé, il lui sera plus difficile d'entrer dans un processus d'acceptation puis d'affirmation de soi face à son orientation sexuelle homosexuelle et bisexuelle. Le cercle vicieux, qui peut dès lors s'installer, a un impact sur l'identité du jeune QOH, qui elle, est encore plus fragmentée.

Dévoilement[24]

Pour une personne vivant avec le VIH/sida, ayant une orientation homosexuelle ou bisexuelle et étant d'origine haïtienne, il peut y avoir l'existence d'une peur profonde de dévoiler qu'elle vit avec le VIH/sida. En effet, la crainte d'une double ou triple stigmatisation peut empêcher la personne de dévoiler son statut. Ceci est d'autant plus vrai si son identité personnelle et sexuelle n'est pas solide.

OUTILS

Pour des outils spécifiques liés à l'intervention, veuillez vous référer aux thèmes suivants inclus dans la trousse d'outils QOH :

- *« Relations amoureuses des jeunes et violence »*
- *« Diversité de l'orientation sexuelle »*
- *«Cahier 3.3 : Dépistage du VIH : Grandes lignes du counseling post-test »*

[23] Selon le département de sexologie de l'UQAM, l'identité sexuelle est un « sentiment profond d'individuation, de différenciation et d'appartenance à l'un ou à l'autre sexe qui s'élabore progressivement au cours du développement psychosexuel d'une personne. (Syn: identité de genre) ». Disponible en ligne sur : www.elysees-monceau.com/Sexologie&Psycho/lexique_des_termes_sexologiques.htm

[24] Communication avec le comité de soutien à l'élaboration de la trousse, volet prévention, 30 octobre 2007.

2. LA PLACE DE LA SPIRITUALITÉ

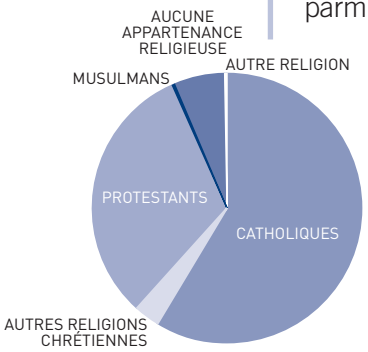
Concernant la place de la spiritualité, la religion a une influence sur les croyances et les comportements des personnes d'origine haïtienne puisqu'elle permet de créer des repères et de traverser des moments difficiles (Adrien et coll., 2001) :

> *« La maladie étant souvent vécue de façon tragique, les gens ont besoin de réponses, de comprendre ce qui leur arrive. Le catholicisme, le protestantisme et le vaudou permettent aux individus d'être reconnus dans l'épreuve et de trouver le support nécessaire pour mener à bien leur existence. »*

En complément, Joseph Jean-Gilles (2005)[25] ajoute :

> *« En Haïti et en diaspora haïtienne on peut observer la coexistence de trois grands courants religieux :*
>
> ***Le Catholicisme**, arrivé avec Christophe Colomb venant d'Europe avec les Espagnols et les Français,*
>
> ***Le Protestantisme**, implanté par les Anglo-Saxons (Américains),*
>
> ***Le vaudou**, dont certains rites sont largement calqués sur la liturgie [culte] catholique, héritage africain introduit par les ancêtres africains. »*
>
> *« En Haïti, on a toujours considéré, à partir du catholicisme pris comme référence, le protestantisme comme l'ensemble des religions chrétiennes non catholiques. (Le vaudou y étant, à priori, exclu). Les religions protestantes les mieux organisées sont les méthodistes, les baptistes et les adventistes. »*

Selon le ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles (2005), au Québec, parmi les QOH. :



- **58,8 %** sont **catholiques**;
- **31,7 %** sont **protestants**;
- **3,1 %** appartiennent à d'**autres religions chrétiennes**;
- **0,2 %** sont **musulmans**;
- **0,2 %** adhèrent à une **autre religion que celles citées**;
- **6,0 % n'ont aucune appartenance religieuse.**

Plus de soixante petites églises protestantes sont fréquentées par la communauté haïtienne et sont dirigées par des pasteurs eux-mêmes d'origine haïtienne :

> *«Or, depuis les dernières années, on assiste à une grande récupération des églises catholiques désertées par des pasteurs protestants. Il s'agit d'achat de lieux de culte, fait en bonne et due forme. Il y a aussi naissance de mouvements dits charismatiques. »*

[25] Avec l'aimable autorisation de Joseph Jean-Gilles, Directeur de l'organisme communautaire GAP-VIES le texte qui suit, jusqu'au point 2.1, est intégral. Il est tiré de sa conférence donnée à la DSP de Montréal : Au-delà du choc culturel... Diversité culturelle et travail de proximité. Mai 2005.

2.1 Place et rôle du vaudou[26]

Il est important de mentionner que la croyance vaudou a souvent été jugée folklorique, renforçant ainsi les mythes qui lui sont attribués. En effet, la croyance vaudou ne peut être réduite qu'à la sorcellerie ou la magie.

Selon Dieudonné (1996), le vaudou est une réalité culturelle qui façonne la communauté haïtienne :

> *« Le vaudou constitue une réalité culturelle complexe qui continue de faire partie de la définition collective du peuple haïtien. L'imaginaire haïtien est donc façonné par le vaudou tant par sa participation que par son refus. Il y a une distinction entre le vaudou en tant que cadre religieux et l'usage abusif de la magie à l'intérieur de celui-ci. Tous ceux qui s'adonnent à la magie, à la sorcellerie ne sont pas forcément vaudouisants et vice versa. Habituellement, le recours aux pratiques vaudou vise la guérison, la protection, la conjuration des mauvais sorts, de l'adversité, d'échecs imputés à des causes surnaturelles. »*

En complément, Bijoux (1990) explique les origines de cette croyance :

> *« Les croyances, faites d'un mélange de concepts ramenés de différentes tribus ou nations d'Afrique Noire, se sont organisées pour constituer une philosophie ou vision du monde à peine influencée par la culture occidentale; il en est sorti également une religion tout à fait spécifique qui, dans un syncrétisme avec la religion catholique des colons, a eu le pouvoir d'assimiler quelques aspects du vocabulaire et de la liturgie catholiques. Cette vision du monde et cette religion constituent la tradition vaudou qui régit jusqu'à nos jours les croyances et la conduite de la population haïtienne, et ce dans toutes ces couches sociales. »*

Pour plusieurs personnes d'origine haïtienne, le vaudou demeure très important dans leur vie, même s'ils prétendent le contraire (Bijoux, 1990) :

> *« Même les Haïtiens, qui ont rejeté officiellement le vaudou, continuent à penser comme des vaudouisants pratiquant et s'arrangent, surtout dans les moments difficiles de leur vie, à participer de loin et souvent en cachette au culte, en faisant parvenir de l'argent aux gardiens en charge des « esprits » de la famille, en vue de partager les frais occasionnés par la préparation matérielle des cérémonies. »*

Dieudonné (1996) confirme les derniers propos de Bijoux (1990) :

> *« Le vaudou régit les conduites de toutes les couches sociales, à des degrés divers, même parmi celles qui se disent non-vaudouisantes. »*

[26] Selon les ouvrages et les auteurs, ce terme s'écrit de deux façons : vodou et vaudou. Le premier est selon la phonétique créole tandis que le second est en français.

EN BREF

La croyance vaudou a une vraie dimension spirituelle, elle ne se réduit pas qu'à l'aspect folklorique. Ce mythe, qui perdure, est l'une des raisons pour laquelle des personnes QOH n'osent pas s'identifier comme « vaudouisants » puisqu'à travers l'histoire, le vaudou a été trop souvent stigmatisé.[27]



Pour des informations complémentaires, veuillez vous référer aux sections 9.1 à 9.4 de ce document : « Homosexualité, sida et châtiments divins », p. 60-64.



2.2 LIENS AVEC L'INTERVENTION[28]

En ce qui a trait à la communauté haïtienne, tout comme dans d'autres communautés, la place que prend la spiritualité dans la vie quotidienne d'une personne QOH est spécifique à cette personne. Pour certains QOH, la vie spirituelle va se rattacher à une religion animiste qui inclut le vaudou alors que pour d'autres, la religion, et non la foi spirituelle, demeure absente de leur vie. Il y a aussi des QOH qui sont pratiquants, d'autres non pratiquants et certaines personnes de la communauté haïtienne sont athées.

Si le contexte le permet, en intervention, il est conseillé d'explorer avec la personne ses croyances et la place qu'occupe la spiritualité dans sa vie.

De plus, il est recommandé de vérifier les impacts de sa croyance religieuse ou de sa foi spirituelle dans sa vie. Ces impacts sont-ils positifs et aidants ou, au contraire, renforcent-ils des sentiments de peur, de culpabilité et de honte face à certaines situations?

En effet, la foi spirituelle et les croyances religieuses peuvent aider une personne QOH à surmonter des épreuves difficiles dans sa vie, mais elles peuvent aussi nuire à son bien-être.

Par exemple, pour certaines communautés religieuses, le VIH/sida et l'homosexualité sont des châtiments. Les PVVIH ainsi que les personnes d'orientation homosexuelle ou bisexuelle sont punies et condamnées à l'enfer.

[27] Communication avec le Comité de soutien à l'élaboration de la trousse, volet prévention, 30 octobre 2007.
[28] Communication avec le Comité de soutien à l'élaboration de la trousse, volet clinique, 16 novembre 2007

3. STRUCTURE FAMILIALE

ATTENTION AUX GÉNÉRALISATIONS RAPIDES ET ABUSIVES



En Haïti, il y a plusieurs façons d'être en couple, au-delà du mariage. Il y a, entre autres, le plaçage, selon Bijoux (1990), une forme de polygamie :

> *« Jusqu'à nos jours les familles sont organisées sur une base polygamique; nous dirons plutôt « sur une base qui multiplie les ménages monoparentaux », puisque la polygamie n'est pas consacrée par la loi. En général, dans le milieu, un homme se reconnaît des enfants de plusieurs femmes ou « manman pitit », parmi lesquelles se détache le plus souvent une avec laquelle il est légalement marié ou chez laquelle il est officiellement logé en situation de plaçage (fanm kay). Dans le plaçage, il faut répéter, l'homme et la femme sont liés par un contrat coutumier de vivre ensemble comme mari et femme. La plupart des mères haïtiennes vivent donc une situation de famille mono-parentale de fait, devant, dans la vie de chaque jour, élever seules leurs enfants. »*

En complément, selon Dieudonné (1996), la plupart des responsabilités, telles que l'éducation familiale, revient à la mère d'origine haïtienne puisque le père joue le rôle d'autorité et de pourvoyeur :

> *« Dans cette structure patriarcale et matrifocale, la mère s'occupe totalement de tous les besoins des enfants dans la routine quotidienne. Elle fait figure d'autorité de parent principal. C'est à la mère que revient essentiellement la responsabilité de subvenir aux besoins de la famille, de veiller à l'éducation des enfants avec le support de toutes les femmes présentes autour d'elle (grand-mère, tante, cousine, marraine, voisine, etc.). Le père, lorsqu'il est présent, joue un rôle d'autorité et de pourvoyeur. Son implication affective auprès de ses enfants peut se révéler, selon le cas, très ou peu significative. »*

Toujours selon Dieudonné (1996), les grands-parents jouent un rôle significatif dans la famille. Particulièrement les grand-mères puisqu'elles assurent l'éducation et les soins aux enfants :

> *« Les grands-parents sont des figures significatives qui continuent de faire partie intégrante de la famille. Leur engagement envers celle-ci est continuel, spécialement de la part des grand-mères activement impliquées dans le gardiennage, les soins et l'éducation des petits-enfants. Ils partagent les tâches domestiques et apportent du support moral et affectif à la famille. Certaines grand-mères acceptent volontiers de jouer le rôle de mère et de remplacer auprès de leurs petits-enfants, les parents en difficulté. »*

Selon Bijoux (1990), en termes d'autorité au sein de la structure familiale en Haïti, il existe une hiérarchie selon l'âge et selon le sexe biologique de la personne :

> *« Dans la famille où père et mère vivent avec les enfants, il existe une hiérarchie nette, disons « une hiérarchie d'apparat » : l'autorité revient d'abord aux adultes masculins suivant leur âge puis aux adultes féminins. Dans la fratrie, les enfants plus âgés sont responsables de la sécurité des plus jeunes et exercent sur ces derniers l'autorité nécessaire. Il s'ensuit que dans le contexte familial traditionnel, les enfants sont exposés à être brimés, s'ils manifestent une forte individualité, par tous les aînés de la maisonnée. Cet aspect de la tradition ne disparaît guère avec l'âge. »*
>
> *« L'enfant n'a pas le droit de mettre en doute la parole d'un adulte, ni même exprimer ses opinions et ses désirs en présence de grandes personnes. »*

3.1 La famille élargie

Pour la plupart des membres de la communauté haïtienne, la famille est un pilier important dans leur vie. Selon Dieudonné (1996), la famille élargie est un soutien inestimable en termes de solidarité et de prise de décision.

Par contre, Dieudonné (1996) spécifie que cette présence de famille élargie peut aussi générer une certaine pression sur les comportements de ses membres puisque le voisinage, les cousins et les amis peuvent avoir un droit de regard sur les faits et gestes de chacun de ses membres :

> *« La famille d'origine haïtienne est de type élargi. Elle inclut, outre les parents, les grands-parents, les oncles, les tantes, les cousins, les cousines, les voisins proches et les amis de longue date. Plusieurs de ces membres peuvent se retrouver sous le même toit. Les demi-frères et demi-sœurs sont considérés comme membres à part entière. Les liens de solidarité et d'interdépendance sont très forts.*
>
> *L'emprise du groupe familial s'exerce sur chacun des membres. Les décisions importantes font souvent l'objet de consultation et de concertation, par exemple, acquisition d'immeubles, décision de parrainage, délégation d'un membre pour assister au pays natal aux funérailles d'un proche, et autres.*
>
> *La culture haïtienne est très conviviale. Ce qui veut dire que le voisinage et le réseau de soutien jouent un rôle important, mais aussi que l'image et le qu'en dira-t-on sont une constante source de préoccupation. »*

Au Québec, la famille élargie est plus dispersée puisque ce réseau social est souvent séparé entre Haïti et le Québec. Par conséquent, selon Raphaël (2004), des conflits peuvent faire surface :

> *« Les conflits culturels et intergénérationnels avec les parents sont aggravés dans la situation d'intégration à une société nouvelle, où les difficultés quotidienne de la survie de la famille sont moins souvent partagées par la famille élargie plus dispersée (ce qui ne serait pas le cas dans leur pays d'origine). »*

En effet, au niveau de la gestion de la vie quotidienne, au Québec, pour certaines familles QOH qui en plus d'être monoparentales ont une partie de leur famille qui est restée au pays, le soutien, l'appui social ainsi que la solidarité sont plus difficiles à recréer.

Tout le système social bien connu en Haïti se dilue ici au Québec dans un voisinage culturel virtuel. Une lourdeur accompagnée d'une solitude peut expliquer la difficulté d'adaptation à cette nouvelle vie, où tout doit être géré seul alors qu'en Haïti, la lourdeur des problèmes est plutôt partagée avec la famille élargie et les amis dans le but de trouver une solution rapide.

En contrepartie, même au Québec « Il demeure que les enfants de vos amis d'enfance peuvent très bien vous appeler « mon oncle » « ma tante ». »[29]

3.2 Les relations affectives parents/enfants

Selon les cultures, manifester de l'amour à ses enfants peut prendre différentes formes et ainsi être interprété de plusieurs façons. Dieudonné (1996) éclaire sur la forme préconisée par des membres de la communauté haïtienne :

> *« Pour les parents, aimer son enfant, c'est d'abord répondre à tous ses besoins matériels, lui imposer des limites et des interdits. Les parents sont conscients que c'est là leur responsabilité. Ils embrassaient leurs enfants en bas âge; plus vieux, c'est l'enfant qui doit maintenant embrasser ses parents et tout adulte présent, après l'école, au retour de l'église ou d'une sortie et se retirer ensuite. Un enfant n'interfère pas dans une conversation d'adultes et ne se présentera que sur demande quand les parents reçoivent des visiteurs. La distance est de mise dans les rapports adulte / enfant.*
>
> *Au Québec, avec la vulgarisation des notions de psychologie, des phases de développement de l'enfant, les visites régulières chez le pédiatre et les conseils de celui-ci, l'éducation populaire par les médias, beaucoup de parents ont appris à développer une toute autre attitude avec les jeunes enfants, c'est-à-dire accepter qu'ils s'affirment, qu'ils s'expriment. Cependant, tout en ayant cette ouverture, le parent sent qu'il a l'obligation de mettre des limites, car l'impolitesse doit être punie. »*

[29] Communication avec le Comité de soutien à l'élaboration de la trousse, volet prévention, 30 octobre 2007

En complément, en réponse à une société québécoise qu'ils trouvent trop permissive, les parents haïtiens auraient tendance à être un peu plus sévères avec leurs enfants, (Pontel, 2004) :

> *« Les parents haïtiens se sentiraient en quelque sorte désavoués dans leur manière d'éduquer leurs enfants et verraient dans les pratiques éducatives québécoises beaucoup trop de tolérance et de permissivité. Ainsi, tenant à être garants de la réussite sociale de leurs enfants, ils ont tendance à faire preuve d'une plus grande sévérité à leur égard que les parents québécois. »*

À cet effet, Adrien et coll. (1991) notent que malgré le fait qu'en grandissant, les enfants vont tenter de s'éloigner de l'emprise familiale, le modèle de la famille, même traditionnel, demeure important :

> *« Les enfants vieillissent et très vite ils vont essayer de se libérer du joug familial en créant des contacts à l'extérieur de cette cellule. Malgré les transformations qui se font dans la vie familiale haïtienne au Québec, la famille, avec ses valeurs traditionnelles, sert encore de modèle de référence. Les jeunes essaient tant bien que mal de concilier ces valeurs traditionnelles avec celles, différentes, de la société québécoise dans laquelle ils vivent. »*



3.3 LIENS AVEC L'INTERVENTION

Dans la majorité des cultures, la famille tient une place importante dans la vie de la plupart des personnes. Elle est l'un des premiers milieux de vie où l'individu construit sa vision du monde (valeurs, traditions, identité). Influencé par sa propre réalité, en grandissant, ce sera le rôle de l'individu de faire la part des choses entre ce qu'il désire garder comme bagage familial et ce qu'il désire changer, transformer.

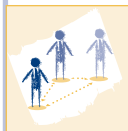
Qu'il soit constructif ou difficile, le vécu familial laisse une empreinte importante sur le parcours de vie de la personne. Par ailleurs, il a un impact sur la majorité des sphères dans laquelle elle évolue (personnelle, sociale, professionnelle).

En ce qui a trait à la communauté haïtienne, même si la famille demeure un pilier inestimable, la place qu'elle occupe, son importance et les liens développés avec ses membres peuvent être différents d'un individu à l'autre. Notons qu'une des spécificités de la communauté haïtienne peut s'inscrire dans la **place octroyée à l'aîné des frères et à l'aînée des soeurs** qui, selon le contexte, a le regard final sur la prise de décisions.

En intervention, si le contexte vous le permet, afin d'avoir la collaboration de tous les membres de la famille, qu'il s'agisse d'une personne QOH vivant avec le VIH ou d'un jeune vivant en difficulté (drogue, prostitution, gangs de rue, violence), il est important de vérifier la place et le rôle de chacun des membres de la famille élargie. En effet, en négociant l'action à préconiser avec la bonne personne clé qui a une influence sur la décision finale à prendre, on peut favoriser la réussite de l'intervention.

Ces informations peuvent être utiles, entre autres, lorsque l'on parle de :

- Dévoilement face au VIH/sida;
- Soutien aux PVVIH;
- Rapports de genre;
- Relation amoureuse, sexualité et violence;
- Diversité de l'orientation sexuelle;
- Communication parents/adolescents en termes de sexualité;
- Consommation de substances psychoactives, prostitution juvénile et gangs de rue.



FAMILLE COMME LEVIER D'INTERVENTION

Si le contexte vous le permet, utilisez la famille comme levier pour réfléchir à des solutions liées à la problématique de la personne QOH. Il est important de les impliquer dès le début du processus de soutien. D'une part, vous favorisez une alliance thérapeutique avec la personne QOH qui vient vous voir et, d'autre part, avec sa famille, même élargie, qui pourra se joindre aux rencontres tout au long du processus d'accompagnement.

Si le contexte le permet, il est conseillé d'explorer les éléments suivants avec la personne QOH (qu'elle soit née ici ou en Haïti) :

- **A-t-elle de la famille élargie au Québec? Un réseau d'amis, de condisciples?**
- **Quels sont les liens avec cette famille (père, mère, fratrie, oncle, tante, voisin)?**
- **Avec quel membre de la famille a-t-elle le plus d'affinités?**
- **Se confie-t-elle parfois à un membre de sa famille (lien de confiance)?**
- **Quelles sont les valeurs communes qu'elle partage avec sa famille et quelles valeurs sont divergentes?**
- **Quelles sont les difficultés vécues au sein de sa famille?**
- **Qu'apprécie-t-elle le plus dans sa dynamique familiale?**
- **Fait-elle partie d'un groupe charismatique ou d'un cercle (secte) religieux quelconque? (peut remplacer le réseau social et familial).**



Avant d'impliquer des parents, des frères, des sœurs, des oncles, des tantes, des amis ou encore des voisins, il est conseillé de s'assurer que la personne que vous accompagnez entretient de bonnes relations avec ces personnes, surtout lorsqu'il s'agit des thèmes liés au VIH/sida. Par exemple, en lui proposant d'inviter sa famille aux rencontres, laissez-lui le soin de prendre la décision finale.

4. RAPPORTS DE GENRE ET SEXUALITÉ

4.1 Rapports de genre

En intervention, il est toujours utile d'avoir à l'esprit le concept du genre, puisqu'il touche à la plupart des thèmes abordés avec la population QOH dont :

- L'éducation sexuelle faite par les parents;
- La relation amoureuse et sexuelle;
- La négociation face à l'utilisation du préservatif;
- La violence dans les relations amoureuses et la dépendance affective;
- La diversité de l'orientation sexuelle;
- Le phénomène de l'hypersexualisation;
- Les jeunes en difficulté : gangs de rue et prostitution juvénile;
- Le dévoilement face au VIH/sida;
- La non-transmission secondaire du VIH/sida (négociation du préservatif).

ATTENTION AUX GÉNÉRALISATIONS RAPIDES ET ABUSIVES

Proposition de définition

Selon l'International Institute on Gender and HIV/AIDS[30] :

« Le genre ne fait pas référence à la différence sexuelle ou biologique entre hommes et femmes. C'est plutôt une construction sociale et culturelle qui différencie les comportements, les caractéristiques et les rôles associés aux femmes ou aux hommes.
La perception du genre varie d'un pays à l'autre. »

Dans la culture traditionnelle haïtienne, le rôle social des hommes et des femmes est défini dans des cadres bien précis. Les femmes sont souvent associées à la fécondité et sont socialement valorisées à travers leurs rôles de mère et d'épouse. C'est le « modèle de la mère sacrificielle, qui place les besoins de ses enfants, de son mari et de sa communauté avant les siens ». Les hommes sont plutôt définis « comme pourvoyeurs parfois mal assumés et s'accordent une plus grande liberté sexuelle. »[31]

Dès son jeune âge, selon Pontel (2004), la femme issue de la communauté haïtienne apprend à être soumise à l'homme, au père et ensuite à son mari :

> *« Bien que, dans la culture traditionnelle haïtienne, la femme soit généralement le centre de la famille, il perdure une faible valorisation de cette dernière en dehors de la cellule familiale. Dès son plus jeune âge, elle apprend à se soumettre à l'autorité de l'homme, au père d'abord, puis au mari à l'âge adulte. Dès lors, du fait de cette socialisation, elle intériorise le sentiment de posséder moins de dignité et d'importance. De plus, compte tenu de l'immigration et des bouleversements que celle-ci a pu engendrer ainsi que des rapports parfois difficiles entretenus avec la société d'accueil, la place des femmes haïtiennes est trop souvent négligée, même oubliée. »*

[30] International Institute on Gender and HIV/AIDS. Gender and HIV/AIDS Programme : What is gender? Halifax, Nova Scotia. 2006. Disponible sur : www.uniterra.ca/uniterra/uploads/ressources/Fiches%20SIDA/Fiche%201%20ES_SIDA_VF.pdf. [page consultée en octobre 2008]

[31] Avec l'aimable autorisation de Joseph Jean-Gilles, Directeur de l'organisme communautaire GAP-VIES, ce texte est intégral. Il est tiré de sa conférence donnée à la DSP de Montréal : Au-delà du choc culturel... Diversité culturelle et travail de proximité. Mai 2005.

En complément, l'immigration et les difficultés rencontrées basées sur la notion d'inégalité de genre peuvent être :

> *« L'immigration est une démarche, généralement fondée sur les rapports de genre. L'initiative de quitter son pays natal pour d'autres cieux, le choix du pays d'adoption, les disponibilités financières pour entreprendre les démarches nécessaires à l'immigration sont des prérogatives masculines. S'installer dans un nouveau pays, s'y adapter, s'intégrer ont des répercussions différentes suivant qu'on soit un homme ou une femme. La présence des femmes immigrantes sur le marché du travail dépasse largement celle des femmes nées ici, toutefois, elles se font exploiter deux fois plus que ces dernières. Dans le secteur mou (hôtellerie, restauration, industrie du vêtement) où elles sont très actives, elle sont sous-payées, discriminées, humiliées. »*[32]

ATTENTION AUX GÉNÉRALISATIONS RAPIDES ET ABUSIVES

Pontel (2004) affirme que l'immigration n'amène pas forcément un changement dans cette inégalité des rôles sociosexuels :

> *« Il semble que, pour beaucoup de femmes, le statut social de l'homme soit à remettre en question. Haïti est vue comme une société « machiste », où l'homme a tous les pouvoirs sur la femme. Ainsi, malgré la migration et les changements l'accompagnant, les hommes persévéreraient dans une attitude de domination envers les femmes. Les valeurs véhiculées par la société québécoise n'étant pas en adéquation avec cette réalité, les hommes haïtiens sont perçus par plusieurs des participantes comme ayant des attitudes rétrogrades et irresponsables.*
>
> *Par la suite, le lien a été fait avec l'image de la femme que les hommes peuvent avoir encore à l'heure actuelle. Pour certaines participantes, si les hommes ont de tels comportements, c'est parce qu'ils ont une image négative voire passéiste du rôle de la femme. La femme au foyer est une femme soumise et celle qui tente de s'affirmer est une impertinente. »*

Finalement, même si certaines femmes QOH aimeraient quitter un mari qui ne les respecte pas, même si elles savent s'affirmer et qu'elles sont indépendantes émotionnellement et économiquement, la plupart d'entre elles ne le font pas (Adrien et coll., 2001).

[32] Avec l'aimable autorisation de Joseph Jean-Gilles, Directeur de l'organisme communautaire GAP-VIES, ce texte est intégral. Il est tiré de sa conférence donnée à la DSP de Montréal : Au-delà du choc culturel... Diversité culturelle et travail de proximité. Mai 2005.



4.1.1 LIENS AVEC L'INTERVENTION

Les informations précédentes peuvent être utiles lorsqu'il est question de soutenir une jeune fille ou une femme QOH qui semble avoir des difficultés à mettre des limites dans certaines sphères de sa vie telles que ses relations familiales, amoureuses, sexuelles ou professionnelles. Dans certains cas, cette difficulté de faire respecter ses limites peut être présente dans toutes ses relations aux autres, qu'elle soit d'ordre affectif, économique ou professionnel.

Par exemple, du fait qu'on lui a appris dès son jeune âge, dans plusieurs sphères de sa vie, à être plus soumise que l'homme, il est possible que le manque de confiance en elle caractérise certaines de ses relations.

Si le contexte le permet, il est utile de travailler avec ces femmes sur le renforcement de leurs compétences interpersonnelles en mettant l'accent sur :

- L'estime de soi;
- L'affirmation de soi;
- L'expression de ses émotions;
- La pensée critique;
- Les capacités relationnelles;
- La capacité de prise de décision : comment prendre des décisions appropriées à chaque contexte (Ex. : dire « NON » devant une situation inacceptable);
- La communication :
  - développer une bonne capacité de communiquer;
  - comprendre les éléments de base d'une bonne communication affirmée et non agressive dont le langage du corps, les gestes et le regard*;
  - répondre aux questions de façon éclairée.

Il est aussi utile d'amener les femmes et les hommes à prendre conscience des dynamiques qui s'installent dans leur relation, surtout celles qui ne favorisent pas une égalité des rapports de genre.

OUTILS

Pour des informations plus approfondies, veuillez vous référer au thème inclus dans la trousse d'outils QOH : « Genre, sexualité, et VIH/sida ».

** Le langage non verbal, les gestes, le regard et les formes de respect dans la communication peuvent varier d'une culture à l'autre, il est important d'en tenir compte lors de la lecture d'une situation d'intervention.*

ATTENTION AUX GÉNÉRALISATIONS RAPIDES ET ABUSIVES



4.2 Sexualité, VIH/sida et inégalité des rapports de genre

Pour certaines communautés, incluant la communauté haïtienne, plusieurs aspects socioéconomiques et culturels sont associés à la prise de risque de certaines femmes QOH. En effet, leur faible revenu, le peu de pouvoir face à leur corps et leur sexualité, la liberté de prise de décision face à leurs attentes et leurs désirs sexuels font partie des éléments qui peuvent influencer leur pouvoir de protection.

Les citations suivantes, tirées des résultats de recherche d'Adrien et coll. (2001), résument bien la situation de certaines femmes QOH qui n'ont peu ou pas de pouvoir face au VIH/sida en termes de protection d'elles-mêmes :

> *« Toute la notion du dialogue n'existe pas avec les hommes. Il n'y a pas vraiment de négociation de l'acte sexuel. Il existe des rapports de pouvoir entre hommes et femmes qui font que ce type de négociation s'avère difficile. La femme cède à l'homme. On n'en parle pas ouvertement. Le concept même de négociation chez les Québécois d'origine haïtienne est un concept qui n'existe pas.* Un médecin en milieu hospitalier. »

> *« Le mot prévention se digère mal, surtout en matière de sexualité et ceci, quelle que soit la communauté. Je le comprends maintenant parce que l'on a d'autres clientèles. Les femmes en particulier, ne sont pas trop en mesure de négocier leur sexualité. Elles n'ont pas appris à dire non. L'homme lui, quand on lui dit non, ça lui donne une bonne raison de poursuivre pour relever un défi. Quand une femme a un condom dans son sac, on la juge automatiquement comme étant une « pute », une fille facile. Ceci est aussi vrai pour les autres communautés. Il y a beaucoup à faire pour changer les attitudes.* Une intervenante communautaire d'origine haïtienne. »

En Haïti, la tradition haïtienne véhicule des règles bien précises concernant les rapports sexuels entre hommes et femmes (Bijoux, 1990) :

> *« Dans la tradition haïtienne, pour une femme, accepter un rapport sexuel c'est faire un cadeau à l'homme, d'autant plus qu'une femme n'est pas supposée tirer autant de plaisir de l'acte sexuel que son partenaire, si elle en tire du tout. Du moins elle s'arrange pour ne pas manifester de plaisir. De plus, elle doit résister à toute tentative de rapport sexuel, même si au fond elle en meurt de désir. »*

En plus de ces éléments d'inégalité de genre, dans une perspective de prise de risque face au VIH/sida, la citation qui suit, tirée de Bijoux (1990), fait état d'un comportement sexuel, en l'occurrence l'érotisation de la sécheresse vaginale, qui est une particularité dans certains groupes et qui peut être un risque élevé pour la transmission du VIH/sida et d'autres ITSS :

> *« Finalement, dans la croyance haïtienne, la lubrification vaginale de la femme à l'excitation sexuelle est mal vue autant par les hommes que par les femmes. Les mâles aiment les vagins secs (sec comme pain, disent-ils; « sèk kou pen »); en d'autres termes, ils préfèrent opérer à sec, à la grande insatisfaction de leurs partenaires. Ils répugnent à utiliser un vagin humide, confondant dans une même réprobation la lubrification normale et la leucorrhée pathologique. »*



4.2.1 LIENS AVEC L'INTERVENTION

Connaître la réalité socioéconomique et culturelle de certaines femmes QOH, en lien avec l'inégalité de genre, permet d'utiliser ces informations afin de trouver avec elles des solutions qui les protègent dans toutes les sphères de leur vie, surtout lorsqu'il est question de se prémunir du VIH/sida.

De plus, comme mentionné dans la section précédente, pour celles qui n'ont pas eu l'occasion d'argumenter avec leur père et leur frère (hiérarchie des relations), les probabilités qu'elles ne puissent s'affirmer, négocier et argumenter avec un partenaire sexuel résistant à se protéger sont plus élevées.

Finalement, ces informations peuvent être utiles lorsqu'il est question de parler :

- Des niveaux élevés de comportements à risque dont l'assèchement vaginal;
- De l'argumentation, l'affirmation et la négociation amenant à l'utilisation du préservatif;
- De la non-transmission secondaire du VIH/sida;
- Du dévoilement de son statut sérologique liée au VIH/sida;
- De la violence dans les relations;
- Des droits des personnes vivant avec le VIH/sida.



OUTILS

Pour des informations plus approfondies, veuillez vous référer au thème :

- *« Genre, sexualité et VIH/sida » inclus dans la trousse d'outils QOH.*

4.3 Structure familiale et influence des rôles de genre

Dans la majorité des cultures, incluant la culture haïtienne, les parents, ainsi que la dynamique relationnelle entre les deux, servent de modèles aux enfants. Se basant entre autres sur ces représentations, ils développeront leurs propres rôles d'homme et de femme. Selon Adrien et coll. (1991), dans la communauté haïtienne, le père et les autres hommes peuvent véhiculer certains modèles sur ce que signifie devenir un homme :

> *« Le père, les hommes de la famille servent de modèles aux jeunes garçons. Ils calquent leurs attitudes, leurs comportements, voire leurs discours, sur ceux de leurs aînés. Le jeune garçon se valorise notamment en ayant plusieurs partenaires sexuels. Devenir un homme, c'est pouvoir enfin obtenir une place de personne à part entière dans la hiérarchie sociale, par comparaison aux femmes et aux enfants.*
>
> *Dès lors, même si le garçon a conscience de l'injustice de la situation des femmes dans sa famille, il se conformera malgré tout aux règles masculines et envisagera ses rapports amoureux et sexuels de façon à fonder sa liberté sur la soumission, voire la docilité des femmes.*
>
> *La jeune fille, quant à elle, est très vite sensibilisée aux tâches domestiques et aux responsabilités liées aux soins des enfants. Très tôt, elle fait l'apprentissage de son rôle de mère. »*

Avec l'émigration, les rôles sociaux prédéterminés par la culture traditionnelle haïtienne, selon Adrien et coll. (1991), viennent bousculer les rapports entre les hommes et les femmes :

> *« [...] En situation d'émigration, les conflits de la famille haïtienne perdent leurs modes de régulation habituels et éclatent au grand jour. L'autorité de l'homme est plus facilement remise en cause au Québec, ce qui a pour conséquence de nuire à la stabilité de la structure familiale et de modifier la trame sociale des rapports hommes/femmes et des rapports parents/enfants. »*



4.3.1 LIENS AVEC L'INTERVENTION

Ces informations peuvent être utiles lors d'une intervention réalisée auprès des jeunes et des adultes QOH en lien avec l'égalité de genre et les relations amoureuses et sexuelles.

Si le contexte le permet, afin de les accompagner dans le développement d'une relation amoureuse saine, égalitaire et harmonieuse, il est utile de demander aux jeunes et adultes QOH :

Selon vous :

- **Qu'est-ce qu'être un homme, une femme?**
- **Y-a-t-il une différence entre être une femme/homme en Haïti et une femme/homme d'origine haïtien-ne au Québec?**
- **Quelles images, sur l'égalité entre hommes/femmes et des rôles socioéconomiques, sont véhiculées dans votre famille (relations père/mère, grand-père/grand-mère, frère/sœur)?**
- **Dans votre entourage, les rôles sociaux et familiaux assignés aux hommes et aux femmes sont-ils les mêmes? Expliquez.**
- **Comme femme/homme, sentez-vous que vous pouvez vous affirmer, respecter vos limites et dire non lorsque vous le désirez? Expliquez.**
- **Comme femme/homme, sentez-vous que les mêmes opportunités s'offrent à vous? (formation académique, travail, relation amoureuse et familiale).**

RAPPEL

En intervention, il est toujours utile d'avoir à l'esprit le concept du genre puisqu'il touche à la plupart des thèmes abordés avec la population QOH dont :

- L'éducation sexuelle faite par les parents;
- La relation amoureuse et sexuelle;
- La négociation face à l'utilisation du préservatif;
- La violence dans les relations amoureuses et la dépendance affective;
- La diversité de l'orientation sexuelle;
- Le phénomène de l'hypersexualisation;
- Les jeunes en difficulté : gangs de rue et prostitution juvénile;
- Le dévoilement face au VIH/sida;
- La non-transmission secondaire du VIH/sida (négociation du préservatif).

À SURVEILLER

La COCQ-Sida développe présentement un outil spécifique sur l'approche genre. Cet outil sera disponible en hiver 2009.

N'hésitez pas à visiter leur site régulièrement, vous y trouverez de multiples outils en lien avec le VIH/sida : www.cocqsida.com

5. AMOUR ET SEXUALITÉ CHEZ LES JEUNES QOH

L'éducation des jeunes de la communauté haïtienne se fait par les mêmes canaux d'information que les autres jeunes vivant au Québec. En effet, les pairs, les membres de la famille ainsi que les livres et les magazines font partie des canaux courants où les jeunes QOH prennent leurs informations liées à la sexualité (Diallo, 2007).

La première expérience sexuelle des jeunes QOH se situe à des niveaux différents :

> *« Quant à leur première relation sexuelle, ils n'ont pas tous eu la même expérience et il n'y a pas eu pénétration dans tous les cas, en particulier pour les jeunes femmes. La plupart des jeunes femmes disent n'avoir pas été prêtes pour leur première expérience sexuelle. Toutes ont exprimé des regrets car la relation s'était mal déroulée. Une seule personne a affirmé avoir utilisé un condom lors de la première relation sexuelle.*
>
> *Presque tous ont pris des risques au cours de leur vie sexuelle. Pour certains, ne pas se protéger est un choix volontaire. D'autres considèrent la protection comme importante, mais ils signalent que certains évènements incontrôlables peuvent arriver, tel le bris du condom. » (Diallo, 2007)*

5.1 Influences religieuses et sexualité

Même si l'influence religieuse ne restreint plus certains jeunes QOH à vivre pleinement leur vie sexuelle, pour d'autres, selon Robillard et coll. (2004), la religion peut avoir un impact qui impose, chez certains, des interdits face à des comportements sexuels vus comme péchés :

> *« Pour les répondants, les codes religieux catholiques ou protestants imposent une vision restrictive de la sexualité en insistant, entre autres, sur la valorisation de la virginité jusqu'au mariage et sur la fidélité, alors que le divorce, la masturbation et l'avortement sont interdits. Ces injonctions tendent à perdre de leur importance, même si les relations sexuelles sont formulées chez certains en termes de péché. »*
>
> *« Certaines femmes ajoutent également que la contraception, l'homosexualité, les relations anales et la fellation constituent un ensemble de comportements qui remettent en question la finalité de la reproduction prônée dans le message divin. »*

Dans le même ordre d'idées, une minorité de jeunes hommes seraient influencés par la religion :

> *« La majorité des répondants affirment ne pas être ou ne pas vouloir être influencés par la religion dans le contexte de leur sexualité, et peu de répondants, tant parmi les hommes que les femmes, reconnaissent qu'elle a des répercussions sur leur vie sexuelle, même si beaucoup sont croyants. Les activités sexuelles peuvent, à cause des référents religieux, provoquer aussi des affects problématiques.*
>
> *Par exemple, les hommes peuvent se sentir sales parce qu'ils ne sont pas fidèles ou qu'ils fréquentent trop de filles, se sentir coupables d'avoir eu des relations sexuelles avant le mariage ou craindre l'enfer pour s'être masturbé et avoir perdu leur virginité sans être marié. » (Robillard et coll., 2004)*

OUTILS

Pour des outils d'intervention ainsi que des informations complémentaires au sujet de l'influence religieuse et la sexualité, veuillez vous référer aux thèmes suivants inclus dans la trousse d'outils QOH :

- *« Communication parents/adolescents en termes de sexualité »*
- *« Relations amoureuses des jeunes et violence » ainsi que l'outil spécifique « Trucs pour amoureux futés » (dans une pochette)*

5.1.1 LIENS AVEC L'INTERVENTION

Ces informations sont utiles lorsqu'il est question de parler avec les jeunes filles et garçons QOH d'exploration sexuelle. Si le contexte le permet, explorer avec eux :

- La signification, les perceptions et les attentes face à une première expérience sexuelle? Est-ce différent si c'est avec ou sans pénétration? Et le condom?
- Bien préparer les jeunes face à leur première relation sexuelle en créant un espace pour parler de leurs craintes, de leurs questions, savoir dire non, savoir refuser une relation sans condom, savoir bien utiliser le condom, etc.

Lorsqu'on intervient auprès des jeunes, il n'est pas toujours facile de briser la glace face aux thèmes liés à la sexualité, encore moins lorsqu'il s'agit de **leur** sexualité.

ATTENTION CES PISTES D'INTERVENTION SONT PRÉSENTÉES À TITRE INDICATIF SEULEMENT.



5.1.1 LIENS AVEC L'INTERVENTION (suite)

En plus du lexique créole (inclus à l'annexe 5 de ce document), si le contexte vous le permet, voici une proposition de « brise-glace » afin d'amener les jeunes QOH à parler, à leur rythme, des questions ou des préoccupations face à leur exploration sexuelle :

ATTENTION CES PISTES D'INTERVENTION SONT PRÉSENTÉES À TITRE INDICATIF SEULEMENT.

Si le contexte le permet, voici une piste d'introduction pour l'intervenant :

> « Quand j'étais jeune, par rapport à la sexualité, ce n'était pas facile de trouver l'équilibre entre mes attentes, mes perceptions et celles de mes parents. Il y avait aussi mes amis qui avaient leur opinion sur tout, ce qui ne m'aidait pas toujours. Je me rappelle aussi de certaines conversations où il était question des interdits religieux, ce qui n'arrangeait pas toujours ma vision des choses! Mais malgré tout, ce n'était pas si mal. »

Invitation aux jeunes QOH à parler de leur réalité :

- Et toi, te sens-tu parfois tiraillé entre ce que tu désires et les attentes ou valeurs de ta famille (élargie), de tes amis, de la religion?
- Tu sais, tu peux m'en parler maintenant ou quand tu le voudras.
- Aimerais-tu qu'on en parle maintenant ou tu préfères attendre une autre fois?
- En attendant que l'on se parle davantage, voici des dépliants et des sites Internet qui peuvent t'éclairer davantage avant notre prochaine rencontre.

Questions de réflexion pour les jeunes que vous sentez prêts à parler de sujets liés à la sexualité :

- Comment te sens-tu face aux valeurs proposées par la communauté haïtienne qui t'entoure et celles proposées par la société québécoise? Et, selon toi, qu'en pensent tes parents?
- Est-ce que tu sens que la religion ou les croyances spirituelles (incluant le vaudou) peuvent avoir un impact sur ta vie amoureuse et sexuelle?
- Quelles sont les valeurs que tu aimerais garder du bagage familial en lien avec l'amour et la sexualité?
- Quelles sont les valeurs que tu aimerais changer du bagage familial en lien avec l'amour et la sexualité?
- Quelles sont tes attentes et besoins face à l'amour et la sexualité? Qu'est-ce que tu es prêt à donner et à recevoir?
- Pour compléter notre conversation voici des dépliants et sites Internet qui peuvent t'éclairer davantage avant notre prochaine rencontre.

Il est recommandé de lire les autres sections incluses dans ce portrait global QOH :

- *Point 4 : « Rapports de genre et sexualité ». En particulier les liens avec les interventions, p. 39-45*
- *Point 8 : « Parents QOH face à la vie sexuelle et la grossesse hors mariage de leurs adolescentes », p. 60.*

En particulier le point 8.7, liens avec l'intervention, p. 62-63.

6. MULTIPARTENARIAT

Concernant le multipartenariat, c'est-à-dire le fait d'avoir plus d'un-e partenaire sexuel-le durant une période déterminée, des auteurs confirment le fait que dans la communauté haïtienne, certains hommes, en plus d'avoir une partenaire régulière, auraient plusieurs autres partenaires sexuelles.

À cet effet, Bijoux (1990) parle de la situation en Haïti :

> *« L'homme vit en général avec plusieurs concubines parmi lesquelles il choisit une privilégiée chez laquelle il établit domicile; c'est la « femme de sa maison » (fanm-kay, en créole). »*

Selon Leaune (2003), les jeunes femmes QOH abordent facilement la question du multipartenariat des hommes, phénomène qu'elles auraient remarqué chez leur père ou oncle. De plus, toutes générations confondues, les femmes d'origine haïtienne se résigneraient face à ce comportement :

> *« Toutes les jeunes femmes dénoncent le multipartenariat des hommes d'origine haïtienne. Elles l'abordent souvent d'elles-mêmes et en parlent facilement. Leur attitude à l'égard du multipartenariat des hommes va de la résignation à la révolte. Beaucoup ont été témoins dans leur famille du multipartenariat de leur père ou de leurs oncles, plusieurs l'ont vécu à l'intérieur de certaines de leurs relations et toutes sont méfiantes quant à la fidélité de leur partenaire actuel ou futur. Qu'il s'agisse des jeunes femmes de la deuxième ou de la première génération, leurs réactions face au multipartenariat se ressemblent. Elles font souvent le constat d'une résignation de leur mère et tantes face à une situation que ces dernières vivaient comme inéluctable. Ces expériences familiales ont façonné leurs perceptions des hommes haïtiens en plus d'animer chez certaines un sentiment de révolte. »*

En contrepartie, les jeunes femmes sont conscientes du risque de transmission du VIH qu'implique le multipartenariat (Leaune, 2003) :

> *« Les jeunes femmes associent le risque de transmission du VIH au multipartenariat des hommes et le présentent comme le principal contexte à risque. La non-utilisation du condom est perçue comme un comportement à risque principalement dans le cadre d'une éventuelle infidélité du partenaire. Étonnement, plusieurs jeunes femmes prennent peu en considération le passé sexuel de leur partenaire comme danger potentiel de transmission du VIH. »*

En ce qui a trait à la perception du risque des hommes QOH face au VIH, en lien avec le multipartenariat de leurs compatriotes, plusieurs dénoncent ce comportement sexuel mais, ce n'est pas pour autant qu'ils l'identifient comme étant à risque (Leaune, 2003). De plus, les jeunes hommes QOH auraient d'autres préoccupations d'une plus grande importance que la transmission du VIH comme telle (Leaune, 2003) :

> *«Pour les jeunes hommes, le risque de transmission des maladies lors des rapports sexuels est clairement associé à la non-utilisation du condom, et plus particulièrement lorsqu'il s'agit d'un partenaire que l'on connaît peu ou qui a « mauvaise réputation ». Toutefois, les jeunes hommes sont plus préoccupés par le risque de grossesse que celui de transmission du VIH. »*

OUTILS

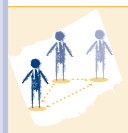
Concernant la prévention des grossesses à l'adolescence, voici un lien utile. Pour des informations plus approfondies en lien avec la prévention des grossesses, voici une étude exploratoire très pertinente :

- *« Rejoindre et mobiliser les garçons en prévention des grossesses et des ITSS à l'adolescence ».*

Une étude exploratoire dans Lanaudière, réalisée par Caroline Richard, en collaboration avec Marie-Andrée Bossé, Elizabeth Cadieux et Lynne La Salle. (novembre 2006)

Disponible sur le site Internet suivant : www.agencelanaudiere.qc.ca

Voici la démarche à suivre :
1- Documentation
2- Section publications
3- Thème grossesse à l'adolescence



6.1 LIENS AVEC L'INTERVENTION FACE AU MULTIPARTENARIAT

Il est important de véhiculer le message suivant :

- Avoir de multiples partenaires sexuels, sans utiliser le condom, augmente les risques de transmission des ITSS, incluant le VIH/sida.

En intervention, afin de maximiser les messages de promotion et de prévention, il est fortement conseillé d'avoir une attitude d'ouverture verbale et non verbale, sans jugement :

- **Il est important d'expliquer à la personne QOH que si elle ne peut diminuer le nombre de ses partenaires sexuels, elle doit systématiquement utiliser le condom avec chacun d'entre eux.**
- **Il est fortement recommandé de construire un dialogue franc pour informer la personne QOH sur les comportements à risque et sur ceux qui ne le sont pas.**
- **Il est préférable de parler en termes de réduction des comportements sexuels à risque associés au VIH/sida. L'objectif de prévention est de motiver la personne QOH à développer des comportements préventifs et non de la décourager. Par exemple, face au multipartenariat, en premier lieu, il vaut mieux qu'une personne réduise le nombre de ses partenaires sexuels que de ne prendre aucune action préventive.**

OUTILS

Pour des informations complémentaires sous forme d'outils pour les intervenants, veuillez vous référer à la trousse d'outils QOH, à la fin du séparateur « Dépistage du VIH : Counseling pré-test » vous trouverez :

- *« Manuel de prévention du VIH : outil pour les fournisseurs de services servant les communautés africaines et africaines caribéennes vivant au Canada ». Document réalisé par le Conseil des africains et africains caribéens sur le VIH/sida en Ontario (CACVO), 2006. Aussi disponible sur le site suivant : www.accho.ca*

VOIR en particulier :
- *Surmonter les barrières de prévention du VIH : Partie I, p. 24;*
- *Proposition des «Stratégies de réduction du risque » : Partie 1 p. 10;*
- *Proposition d'un questionnaire sur l'évaluation du risque : Partie 2 p. 5.*

Voici un autre outil essentiel à consulter :
- *« Guide québécois de dépistage. Infections transmissibles sexuellement et par le sang » (MSSS, 2006). Téléchargeable sur le site suivant : publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-317-03.pdf*



6.2 LIENS AVEC L'INTERVENTION

En intervention, il y a l'idéal en termes de prévention mais, il y aussi la réalité de chaque individu qui est essentielle à prendre en considération.

- Il est fortement recommandé d'informer la personne QOH des méthodes de protection sans survaloriser l'une plus que l'autre, en mettant l'emphase sur le fait qu'**il existe plusieurs façons de se protéger et que, en se basant sur ses valeurs et sur ses propres comportements, c'est à la personne QOH de choisir celle qui lui convient le mieux.**

En effet, après avoir été informée des comportements à risque, seule la personne QOH peut identifier les meilleures stratégies pour se protéger.

Voici quelques rappels sur les stratégies pour se protéger soi-même et pour protéger les autres :

- Se limiter à **un seul partenaire sexuel** (idéal) ou diminuer le nombre de partenaires sexuels (réduction des risques);
- **Utilisation adéquate et systématique du condom** lors de chaque relation sexuelle stable, occasionnelle, secrète et durant l'attente entre la prise de risque et les résultats du test de dépistage (3 mois);
- **Tests de dépistage négatifs pour les deux partenaires** et par la suite fidélité mutuelle ou utilisation du condom avec chaque partenaire occasionnel ou secret à l'extérieur du couple « stable/choisi »;
- **Abstinence de toute relation sexuelle :** de manière exceptionnelle (lors d'un voyage en Haïti), à court terme (en attente des résultats du test de dépistage du VIH) ou à long terme.

Rappel sur les contextes permettant la non-utilisation du condom :

- **Tests de dépistage négatifs pour les deux partenaires** du couple stable/choisi et utilisation du condom lors de relations sexuelles à l'extérieur du couple stable/choisi.
- **Se limiter à un seul partenaire sexuel** une fois que les tests sont ressortis négatifs pour les deux personnes.



Si vous utilisez le mot « exclusivité », assurez-vous que vous avez la même « définition » que la personne QOH.

7. L'UTILISATION DU PRÉSERVATIF CHEZ LES JEUNES QOH

En intervention, il est recommandé d'adapter votre langage à la population visée par vos messages de prévention. Par exemple, certains QOH vont utiliser le mot « chapeau », « capote », « condom », préservatif ou autre terme. Assurez-vous de parler le même langage qu'eux.

Plusieurs facteurs influencent les jeunes à utiliser ou non le préservatif. En effet, chez les femmes d'origine haïtienne âgées entre 18 et 24 ans, la non-utilisation du préservatif lors de la première relation sexuelle peut être influencée, entre autres, parce qu'elles font confiance à leur partenaire (Robillard et coll., 2004) :

> *« Certaines affirment ne pas l'avoir utilisé parce qu'il n'était pas disponible, qu'elles n'y avaient pas pensé ou parce qu'elles faisaient confiance à un partenaire qui ne voulait pas l'utiliser. À la suite d'un épisode de chlamydia, de la peur d'une grossesse et d'infections, une minorité a commencé à l'utiliser régulièrement. »*

> *« Dans le cas des femmes, plusieurs rapportent ne pas avoir utilisé le préservatif. Certaines l'ont employé lors de la première rencontre sexuelle avec leur dernier partenaire, pour ensuite l'abandonner. Le non-usage du préservatif est justifié par les raisons suivantes : elles ont passé un test de dépistage tout comme leur partenaire, elles prennent des contraceptifs oraux. Certaines par contre n'ont aucune justification. »*

Selon Robillard et coll. (2004), parmi les raisons évoquées par les hommes d'origine haïtienne âgés entre 18 et 24 ans pour justifier le fait de ne pas utiliser le préservatif, on retrouve le fait que c'est une première relation sexuelle :

> *« La non-utilisation du préservatif est justifiée par plusieurs motifs : première relation sexuelle, relations sexuelles excluant la pénétration, résultat négatif d'un test de dépistage, confiance entre les partenaires ou bonne connaissance de leurs antécédents. La perte de sensibilité ou la non-disponibilité du préservatif sont aussi mentionnées. »*

En plus d'avoir confiance en son partenaire, plusieurs autres raisons viennent entraver l'utilisation du préservatif chez les jeunes QOH. On note le fait d'avoir un contact « peau à peau » avec l'autre, d'être allergique au latex, d'avoir passé des tests de dépistage des ITSS, la difficulté à négocier le port du préservatif avec son partenaire ainsi que le coût de celui-ci (Diallo, 2006).

En contrepartie, pour les garçons, l'utilisation du préservatif serait influencée par la peur d'être infecté par une ITSS, incluant le VIH/sida (Robillard et coll., 2004) :

> *« Dans le cas de la dernière relation sexuelle, la majorité des répondants masculins disent avoir employé automatiquement le préservatif. On constate toutefois une certaine imprécision quant à sa fréquence d'utilisation, les témoignages n'étant pas toujours exempts de contradictions. Plusieurs motifs expliquent l'utilisation du préservatif*

dans ce contexte : crainte d'attraper une ITS ou le VIH/ sida; volonté d'éviter une grossesse; présence de menstruations; relation avec un autre partenaire en dehors de l'union régulière ou avec plusieurs partenaires en même temps. »

À ce sujet, Robillard et coll. (2004) illustrent bien le fait que pour certains jeunes d'origine haïtienne, la crainte d'une grossesse prend plus de place que les risques liées aux ITSS, incluant le VIH/sida :

« Ma blonde, elle prend la pilule. C'est pas qu'on en discute mais, un moment donné, elle a décidé de la prendre. C'est sûr qu'il faut faire attention parce que, avoir un enfant à dix-sept ans, c'est pas quelque chose à souhaiter. Il me semble qu'on est encore jeunes et on est aux études aussi. Un enfant c'est beaucoup de responsabilités. On ne l'utilise pas tout le temps [le condom]. Ca vient juste comme ça. Je vais en mettre un quand je vais en mettre un sinon [je décide d'utiliser un condom de manière] spontanée […]. Le fait qu'elle a pris la pilule et qu'on en a discuté un peu, c'est qu'on ne veut vraiment pas d'enfants. Une des pires choses qui pourraient nous arriver c'est ça, en tout cas pour moi oui; elle je ne sais pas trop. (Fred) »

En complément, voici une autre citation, cette fois tirée de Leaune (2003) qui rejoint les propos amenés par Robillard et coll. (2004) :

« Les jeunes femmes se fient sur leur partenaire pour fournir le condom […]. Pour la majorité des jeunes gens de la deuxième génération, l'utilisation du condom lors d'une nouvelle relation s'impose automatiquement comme méthode contraceptive et de protection contre les maladies. Toutefois, dans un contexte de relation régulière, plusieurs jeunes femmes rapportent des difficultés à négocier le port du condom avec leur partenaire. Certaines utilisent la menace de l'abstinence sexuelle, d'autres optent pour une utilisation irrégulière du condom afin de ne pas mettre en péril leur relation qui représente un risque plus tangible qu'une probabilité mal connue de la transmission du VIH. »

Dans le même ordre d'idées, Leaune (2003) parle des stratégies qui peuvent être utilisées par les jeunes d'origine haïtienne pour gérer les risques de transmission du VIH :

« La première stratégie citée pour se protéger est le recours au condom. Toutefois, d'autres stratégies sont utilisées : sélection du partenaire, bonne connaissance du partenaire avant la première relation sexuelle et passation d'un test de dépistage. »

OUTILS

Pour des outils spécifiques, veuillez vous référer aux thèmes suivants inclus dans la trousse d'outils QOH :

Pour les intervenants :

- *« Relations amoureuses des jeunes et violence », plus spécifiquement l'outil suivant : le magazine « ça sexprime », numéro 11, printemps 2008. « La relation sexuelle : revue et recadrée ». Aussi téléchargeable sur le site suivant : www.msss.gouv.qc.ca/itss*
- *« Communication parents/adolescents en termes de sexualité », plus spécifiquement l'outil suivant : le magazine « ça sexprime », numéro 4, hiver 2006 aux pages 16-17. « Situations d'apprentissage quant à la négociation et à l'utilisation du condom ». Aussi téléchargeable sur le site suivant : www.msss.gouv.qc.ca/itss*
- *« Genre, sexualité et VIH/sida »*

Pour les jeunes :

- *DVD 1 « Scénarios d'Afrique » (petits films, bon brise-glace, en particulier les scénarios suivants : « La boutique », « La bague au doigt » et « Le Guerrier ». Ce DVD se trouve dans la trousse d'outil, accompagnée d'un descriptif de chaque scénario ainsi qu'un guide de discussion.*

Outils à distribuer aux jeunes :

Ces dépliants se trouvent dans une pochette, dans la trousse d'outils sous le thème « Relations amoureuses des jeunes et violence » :

- *« J'taime, j'capote » (MSSS, 2008);*
- *« ITSS, mieux les connaître, pour mieux les éviter... » (MSSS, 2008);*
- *« La chlamydia » (MSSS, 2008);*
- *« Le virus du papillome humain et l'infection du col de l'utérus » (MSSS, 2008);*
- *« Le virus du papillome humain et les condylomes ou verrues génitales » (MSSS, 2008). Aussi disponible sur le site Internet suivant : www.msss.gouv.qc.ca/itss*

Pour des suggestions de questions spécifiques à poser aux jeunes QOH, afin de les amener à réfléchir sur leur prise de risques, veuillez vous référer à l'ANNEXE 3 de ce document à la page 80.

7.1 LIENS AVEC L'INTERVENTION

Les informations incluses dans la section précédente peuvent aussi être utiles lorsqu'il est question de faire la promotion de l'utilisation du condom auprès des jeunes et des adultes QOH (double protection : contraception, ITSS).

En effet, si le contexte le permet, utilisez les obstacles à l'utilisation du condom pour entrer dans un dialogue franc, près de la réalité des jeunes et des adultes QOH afin de les guider vers des solutions de protection réalistes en citant les avantages de son utilisation.

Voici des spécificités propres à la communauté haïtienne qui peuvent influencer l'utilisation du condom :

- La représentation de la maladie et les attitudes, croyances et stigmatisations face au VIH/sida (pour plus de détails voir les sections 12 à 15 aux pages 73-78);
- Les rapports de genre et la sexualité (pour plus de détails voir les sections précédentes, 4 à 6 aux pages 43-56).

De plus, en cas de non-utilisation ou de bris du condom, voici d'autres spécificités à explorer avec la population QOH :

- La représentation et la valorisation du rôle de la mère et du père au niveau socioculturel.

Pour des suggestions de stratégies pour maximiser l'utilisation du condom, veuillez vous référer à l'ANNEXE 4 à la page 82.



7.1 LIENS AVEC L'INTERVENTION (suite)

Voici des **avantages à l'utilisation du condom** que vous pouvez discuter avec la population QOH afin de promouvoir son utilisation. Le condom permet, entre autres :

- Une tranquillité d'esprit;
- La possibilité d'un retard de l'éjaculation et un prolongement du plaisir;
- De prendre soin de soi, de sa famille ainsi que de la famille élargie (en évitant le VIH/sida);
- D'éviter une grossesse hors mariage;
- D'éviter une ITSS et les complications associées telles que la stérilité;
- D'éviter la lourdeur de la chronicité de la maladie (stigmatisation, perte de revenu, responsabilité familiale).



OUTILS

Pour d'autres idées sur les avantages à l'utilisation du condom, veuillez vous référer au magazine suivant inclus dans la trousse d'outils QOH à la fin du thème « Communication parents/adolescents en termes de sexualité» :

- *Le magazine « ça sexprime », numéro 4, hiver 2006 « La santé sexuelle, ça se protège ». VOIR aux pages 10-11 « Comment diminuer les désavantages du condom ».*

Aussi téléchargeable sur le site suivant : www.msss.gouv.qc.ca/itss

NOTE : *Si vous remarquez que le jeune QOH n'a jamais utilisé de condom, montrez-lui comment l'utiliser. De plus, si le contexte le permet, faites-lui toucher un condom. Si son contexte familial et social le permet, donnez-lui plusieurs condoms (lui dire où il peut en avoir gratuitement) et proposez-lui de s'exercer à l'utiliser.*



7.2 LIENS AVEC L'INTERVENTION

L'utilisation ou non du condom est liée à de multiples facteurs sociosexuels qu'il est important d'explorer avec les jeunes QOH. Si le contexte vous le permet, voici des pistes à explorer avec eux :

- Quelles sont tes attentes face une relation amoureuse et/ou sexuelle?
- Pour toi, quelle est la finalité d'une rencontre sexuelle? (plaisir, excitation, pénétration, affection, tendresse, etc.)
- Y-a-t-il des raisons particulières qui t'empêchent ou t'ont empêché d'utiliser le condom? Lesquelles?

8. PARENTS QOH FACE À LA VIE SEXUELLE ET LA GROSSESSE HORS MARIAGE DE LEURS ADOLESCENTES

OUTILS

Pour des outils et des informations complémentaires à ce sujet, veuillez vous référer au thème suivant inclus dans la trousse d'outils QOH :

- *« Communication parents/adolescents en termes de sexualité »*

8.1 La vie sexuelle

La discussion en termes de sexualité peut parfois s'avérer difficile au sein de la famille QOH. De plus, il peut y avoir un déséquilibre face à la permissivité donnée aux garçons comparativement à celle octroyée aux filles. En ce qui a trait à ce sujet, dans leur rapport de recherche, Adrien et coll. (1991) écrivent :

> *« La jeune fille quant à elle, est très vite sensibilisée aux tâches domestiques et aux responsabilités liées aux soins des enfants. Très tôt elle fait l'apprentissage de son rôle de mère. Les parents contrôlent davantage ses allées et venues ; si la fille semble trop libre, elle sera immédiatement associée à une fille aux mœurs légères, ce qui l'éloignera de l'image de la mère souhaitée par le groupe familial. »*

> *« L'autorité de l'homme est plus facilement remise en cause au Québec, ce qui a pour conséquences de nuire à la stabilité de la structure familiale et de modifier la trame sociale des rapports homme-femme et des rapports parents-enfants. La vie sexuelle est profondément marquée par les résistances des uns à s'engager dans des changements et par la volonté des autres à y accéder. Il reste encore à trouver un équilibre, puisque les manières d'être et d'agir —bien qu'elles soient de plus en plus différentes— relèvent encore de la tradition. »*

8.2 Grossesse précoce[33] [34]

Raphaël (2006) confirme les propos amenés par Adrien et coll. (1991) sur les attentes des parents face à leurs adolescents, attentes qui diffèrent selon le sexe biologique de leurs enfants :

> *« L'éloignement du jeune de la culture haïtienne engendre de véritables chocs culturels intrafamiliaux qui varient en intensité avec l'âge. Les filles sont désavantagées dans la résolution de ces conflits par rapport aux garçons. Contrairement aux gars pour leurs copines, les chums des filles entre 10 et 15 ans ne sont pas bien vus. De là, commencent les petits secrets : cigarettes, drogue, alcool, les amourettes cachées susceptibles de causer des accidents de parcours sérieux : des grossesses précoces.*

[33] Grâce à l'aimable autorisation de la revue Santé mentale au Québec ainsi que l'auteur lui-même, le texte qui suit, du point 6.2 à 6.5, est intégral. Il n'est pas en italique afin de faciliter la lecture.

[34] Grâce à l'aimable autorisation de la revue Santé mentale au Québec, l'article se retrouve en intégralité à l'annexe 1.VOIR pages 170-171. Article du Dr Frantz Raphaël : Grossesse hors mariage dans les familles haïtienne, Revue Santé mentale au Québec, vol. XXX1, no 2, automne 2006, pages 165-178.

La gestion de cet événement varie également selon l'appartenance culturelle des parents, selon qu'ils sont plus ou moins proches de la culture occidentale. »

8.3 Groupes des occidentalisés à Montréal

« Face aux problèmes d'adaptation relationnels avec leurs enfants, les parents déjà bien occidentalisés depuis Haïti vivent plus facilement le choc culturel. La grossesse précoce hors mariage qui pour eux était une honte, est acceptée, quoique avec un pincement, comme dans les familles québécoises de souche. C'est devenu et perçu comme une capacité d'évolution, une preuve d'ouverture aux méthodes contraceptives par des anovulants, une acceptation de conjoints de fait, de la monoparentalité. Par contre, tout se passe dans le secret familial jusqu'à ce que la mèche soit vendue. En grande partie, la famille se montre apte à gérer la situation, l'intervention des services sociaux, de la DPJ, est assez rare. »

8.4 Groupe des créoles à Montréal

« L'attitude des parents de ce groupe est surprenante. Alors qu'en Haïti, la grossesse pour eux était un événement de joie, avec ou sans mariage, avec ou sans la présence du père, ici, à Montréal, la réaction de non-acceptation est plutôt rigide, révoltante, parfois même violente. Les intervenants, face à ces cas de rejet de la part des parents, se retrouvent parfois avec peu de marge de manœuvre et vivent beaucoup d'impuissance. De telles situations sont susceptibles de provoquer le départ de la jeune fille de la famille, quand ce ne sont pas les parents eux-mêmes qui la mettent à la porte. C'est ainsi qu'elle sera exposée à la pauvreté, aux gangs, à la prostitution, aux drogues, au VIH/sida et à d'autres grossesses non désirées […]. »

8.5 Religion et grossesse hors mariage

« Les parents de confession protestante qui se voient obliger d'avouer devant les fidèles que leur fille est enceinte avant le mariage sont atterrés; c'est la honte, la perte d'honneur, la preuve d'incompétence parentale. Il en résulte une source de conflits pouvant aller jusqu'à la rupture des relations. »

OUTILS

Pour des outils spécifiques d'intervention, veuillez vous référer aux thèmes suivants inclus dans la trousse d'outils QOH :

- *« Communication parents/adolescents en termes de sexualité »*
- *« Relations amoureuses des jeunes et violence ».*

Vous trouverez les dépliants suivants (dans une pochette) qui peuvent être utiles pour vous, les jeunes et les parents :

- *« Choisir une méthode de contraception qui vous convient » aussi disponible sur www.masexualité.ca*
- *« La pilule contraceptive d'urgence »*

8.6 Fuir le drame familial

« Certaines filles vont choisir d'être enceintes ou de faire appel à la DPJ pour des situations anodines dans l'unique but de partir de la maison pour fuir le drame familial.

L'état d'esprit qui sévit dans le foyer est la somme de multiples deuils, de traumatismes vécus depuis le pays d'origine, de désillusions des parents en cours d'intégration au milieu d'accueil, de conflits entre adultes ainsi que de chicanes entre parents et enfants.

La jeune femme enceinte se retrouve ainsi loin de ses proches, souvent du père de son enfant, durant les neuf mois de grossesse. Ce sentiment d'isolement dans des situations matérielles très précaires engendre l'appréhension de perdre son enfant par un signalement à la DPJ avant même sa naissance. L'accouchement se passe en l'absence d'êtres chers au moment où la future mère a le plus besoin de support psychologique, d'amour et d'affection. »

OUTILS

Concernant la prévention des grossesses à l'adolescence, voici un lien utile. Pour des informations plus approfondies en lien avec la prévention des grossesses, voici une étude exploratoire très pertinente :

- *« Rejoindre et mobiliser les garçons en prévention des grossesses et des ITSS à l'adolescence ».*

Une étude exploratoire dans Lanaudière, réalisée par Caroline Richard, en collaboration avec Marie-Andrée Bossé, Elizabeth Cadieux et Lynne La Salle. (novembre 2006)

Disponible sur le site Internet suivant : www.agencelanaudiere.qc.ca

Voici la démarche à suivre :
1- Documentation
2- Section publications
3- Thème grossesse à l'adolescence



8.7 LIENS AVEC L'INTERVENTION

Ces informations peuvent être utiles lors d'une intervention réalisée auprès des jeunes QOH en lien avec les relations amoureuses et sexuelles.

Considérant que plusieurs jeunes QOH sont nés ici, que certains sont nés en Haïti mais ont grandi au Québec tandis que d'autres sont arrivés au Québec en étant déjà dans leur période d'adolescence[35], il est important d'explorer avec eux leurs besoins et leurs attentes face à la relation amoureuse et sexuelle, afin d'éviter des situations difficiles à vivre pour leur famille et pour eux-mêmes (violence dans les relations, grossesse précoce, grossesse non désirée, interruption volontaire de grossesse).

En effet, la communication intergénérationnelle peut s'avérer plus difficile surtout s'il n'y a pas d'équilibre, voire de consensus, entre les attentes et les besoins des jeunes et ceux de leurs parents (traditions du pays d'origine comparativement aux valeurs proposées par la société québécoise).

Il est fortement recommandé de **parler en termes de promotion de la relation amoureuse** pour amener les jeunes à réfléchir sur leur dynamique relationnelle et non seulement des problèmes qui peuvent survenir dans ces relations.

[35] Tableau personnalisé CO-0982, recensement 2006, Statistiques Canada, avril 2008.



8.7 LIENS AVEC L'INTERVENTION (suite)

Si le contexte vous le permet, à l'aide des questions suivantes, amener les jeunes QOH à identifier leurs valeurs en lien avec leur vie amoureuse et sexuelle afin qu'ils trouvent un équilibre entre leurs valeurs et celles désirées par leurs parents :

- Schèmes culturels : modèle familial, social, culturel dont la culture d'origine et celle d'accueil :
  - Pour les jeunes, que reste-t-il du bagage culturel haïtien transmis par leurs parents?
  - Selon les jeunes, que ressentent leurs parents face aux schèmes sociosexuels proposés par la culture québécoise?
  - Selon les jeunes, y-a-t-il présence de résistances particulières qui se sont accentuées avec l'arrivée de l'adolescence? Par exemple : d'un côté, des peurs ou des préoccupations face à l'influence possible de la société québécoise sur leur sexualité et de l'autre côté, la perte des valeurs et traditions prônées jusque là par la famille.
  - Quelles sont les ententes possibles entre les valeurs des jeunes et les attentes des parents? Quel est le niveau de décalage ressenti par les jeunes et comment favoriser le bien-être?
    - Par exemple : position des jeunes comparativement à celle de la famille face à la virginité avant le mariage, l'homosexualité et la bisexualité, la communication dans le couple, le rôle de la femme et de l'homme et l'égalité dans les relations amoureuses, la fidélité, la valeur de la fertilité, l'interruption de grossesse, les responsabilités familiales, etc.
- Expression des valeurs, des attentes, des besoins et des limites face à l'autre dans la relation amoureuse (finalité de la relation amoureuse et sexuelle).
- Réflexion sur la différence entre l'amitié, l'amour et la sexualité.
- Réflexion sur la place de la communication, du toucher, du plaisir, de l'affection, de la tendresse, des caresses et de la sexualité en général.
- Discussion/information complète sur les moyens de contraception incluant la négociation et l'utilisation du condom afin d'éviter une grossesse non désirée.

OUTILS

Pour des outils spécifiques à la contraception, veuillez vous référer au thème :

- *« Communication parents/adolescents en termes de sexualité ».*

En particulier :

- *« Entre les transformations, les frissons, les passions… et toutes les questions. Petit guide à l'usage des parents pour discuter avec leur adolescent » : VOIR les pages 26-35. Un « petit survol de la contraception » se trouve aux pages 30-31.*

Aussi disponible sur le site Internet suivant : www.msss.gouv.qc.ca

- *« Choisir une méthode de contraception qui vous convient ».*

Aussi disponible sur le site Internet suivant : www.masexualité.ca

9. ORIENTATION SEXUELLE

9.1 Perception de l'homosexualité

Concernant l'orientation sexuelle homosexuelle, les jeunes hommes issus de la communauté haïtienne seraient moins ouverts que les jeunes femmes face à l'homosexualité (Diallo, 2007) :

> *« Les jeunes de ce groupe ne trouvent pas l'homosexualité masculine normale. Certains d'entres eux disent que les gais sont libres de leur choix et qu'ils sont tolérés dans la mesure où ils ne les provoquent pas ou ne s'affichent pas en public. Certains comprennent mal l'homosexualité féminine et l'associent en fait au fantasme d'avoir des rapports sexuels avec plusieurs femmes en même temps. Les femmes de ce groupe, quant à elles, se montrent plus ouvertes face à l'homosexualité masculine. »*

Robillard et coll. (2004) confirment les propos amenés par Diallo (2007) en ajoutant ceci :

> *« Les hommes plus que les femmes, ont une perception négative des homosexuels. Certains acceptent sans réticence cette orientation ou cherchent à comprendre. D'autres, par contre, disent n'avoir rien contre les homosexuels, mais à la condition qu'ils se tiennent à distance pour éviter tout contact ou proposition de leur part. »*

> *« Les femmes hésitent moins à s'exprimer sur l'homosexualité et la bisexualité, proposant même des théories sur l'origine de ces orientations : de naissance ou par choix, résultat d'un apprentissage, d'une recherche du plaisir ou d'une simple curiosité, dans le cas de la bisexualité. Une minorité considère les homosexuels comme anormaux et seule une répondante soulève la possibilité que l'homosexualité soit une maladie ou un vice. [...] Au contraire, elles considèrent l'homosexualité comme normale et peu différente de l'hétérosexualité, affirmant que la société québécoise est assez ouverte envers les homosexuels. »*

9.2 Homophobie[36] et association au VIH/sida

En contrepartie, il est important de soulever que même si plusieurs QOH de première et de deuxième génération sont respectueux face à la diversité de l'orientation sexuelle, cela ne va pas de soi pour l'ensemble de la communauté. Tout comme pour les jeunes et pour les adultes d'origine québécoise, d'autres personnes issues de la communauté haïtienne ont développé des propos et attitudes homophobes.

[36] « L'homophobie est une attitude négative ou un sentiment négatif, une aversion envers les personnes homosexuelles ou envers l'homosexualité en général. C'est aussi le rejet des personnes considérées comme homosexuelles et de ce qui leur est associé, notamment le non-conformisme de genre. » Source : www.homophobie.org/default.aspx?scheme=1027 [consultée en octobre 2008]

À cet effet, Robillard et coll. (2004) rapportent des jugements sévères face à l'homosexualité :

> *« Par contre, pour plusieurs, l'homosexualité, qui est associée à la transmission des ITS ou du VIH/sida, est un comportement jugé dégoûtant, une déviance en rupture avec les normes naturelles ou les injonctions religieuses. Pour certains, les évènements entourant l'expression publique de l'homosexualité, comme la parade de la fierté gaie, sont déplacés. »*

En complément aux propos amenés par Robillard et coll. (2004) sur le lien fait entre l'homosexualité et les ITS incluant le VIH/sida, Joseph Jean-Gilles[37] (2005) confirme ces dires et ajoute que certains hommes d'origine haïtienne masquent leur orientation sexuelle :

> *« Au sein de la communauté haïtienne, le sida a été au début lié à l'homosexualité, la promiscuité sexuelle et la bisexualité. Pour masquer leur orientation sexuelle, les hommes se marient tout en ayant des comportements à risque et en étant susceptibles de transmettre l'infection à leur femme. Les femmes infectées se retrouvent donc malgré elles associées à tout ce qui est « mal vu » et peu conforme à leur rôle de mère. Les valeurs traditionnelles peuvent aussi inhiber le développement d'attitudes préventives. Une femme par exemple, qui a avec elle des condoms produit une très mauvaise impression. »*

9.3 Homosexualité, sida et châtiments divins

À ce sujet, Adrien et Cayemittes (1991) notent qu'en Haïti :

> *« Plusieurs participants aux « focus groups » ont associé le sida à un châtiment divin (dans le cadre des catholiques et de protestants) ou à un manque de respect des principes sacrés (vaudouïsants), punissant les comportements sexuels supposés répréhensibles ou « contre nature », incluant ici l'homosexualité, la bestialité, etc. »*

Voici une citation éloquente sur la forme que peuvent prendre des croyances religieuses chez certaines personnes d'origine haïtienne. Cette influence crée une logique de pensée stigmatisant la personne d'orientation homosexuelle :

> *« Nous savons qu'au commencement, Dieu a terminé la création avec Adam et Ève. Il n'a pas mis Adam avec deux femmes. Il n'a pas non plus mis une femme avec deux hommes. Chaque homme ne devait avoir qu'une femme. Mais l'homme a pêché de plus en plus et est devenu impudique. Non seulement il ne veut pas rester avec une femme, il veut vivre avec l'homme, son semblable. Cela nous montre sa désobéissance.*

[37] Avec l'aimable autorisation de Joseph Jean-Gilles, Directeur de l'organisme communautaire GAP-VIES, le texte qui suit est intégral. Il est tiré de sa conférence donnée à la DSP de Montréal : Au-delà du choc culturel... Diversité culturelle et travail de proximité. Mai 2005.

> *Alors pour éviter que la maladie ne gagne du terrain, mieux vaut que chaque homme reste avec sa compagne. Mais puisque cela ne se fait pas ainsi, ils reçoivent le châtiment qu'ils méritent.* *Un adolescent scolarisé de religion protestante.* »

Certes, ces propos proviennent directement d'une personne vivant en Haïti, mais considérant que depuis déjà plusieurs décennies, il y a chaque année un apport important de nouveaux immigrants d'origine haïtienne, il est possible que des personne issues de cette communauté adhérent encore à des représentations semblables.

En effet, ces textes relatent des propos discriminatoires qui peuvent influencer une homophobie intériorisée. Plus une personne entend et ressent que l'homosexualité est « hors norme », moins elle voudra affirmer son orientation homosexuelle. De plus, il y a de fortes probabilités qu'elle s'isole et qu'elle développe une faible estime d'elle-même, voire une haine intérieure.

À cet égard, Bill Ryan (2000) confirme ces propos :

> *« Chez ces jeunes, de tels combats accroissent considérablement le risque de dépression, d'isolement social et de rejet de la part de la famille et des amis, d'augmentation du taux de décrochage scolaire, de toxicomanie et même de suicide. Toutes ces réactions trouvent leur origine dans la honte que ressentent les jeunes en regard de leur orientation sexuelle et donc aussi dans la construction de leur identité sexuelle. Cette honte est d'autant plus grande que les jugements sur ce qui est acceptable ou non, sont intégrés au gré de l'éducation et de la transmission des valeurs. Ces jeunes ont donc eux aussi intégré l'homophobie et le sexisme culturellement construits et véhiculés dans notre société. »*

Un terme péjoratif qui peut définir une personne homosexuelle dans la communauté haïtienne est le terme « massisi ». Si ce mot est prononcé durant l'entretien, il est fortement recommandé de laisser la personne s'exprimer sur ses perceptions et émotions en lien avec l'homophobie extérieure et intérieure.



9.4 LIENS AVEC L'INTERVENTION

D'une part, les informations précédentes sont utiles pour accompagner les jeunes et les adultes QOH à démystifier l'homosexualité ainsi que « les châtiment divins » qui pourraient y être rattachés.

D'autre part, elles permettent de travailler avec les jeunes et les adultes QOH sur l'acceptation de leur orientation homosexuelle afin qu'ils développent une image positive d'eux-mêmes.

De plus, les citations précédentes renvoient à l'importance de tenir un discours ouvert, non stigmatisant et inclusif de la diversité de l'orientation sexuelle afin de soutenir les personnes QOH qui pourraient être d'orientation homosexuelle ou en questionnement.



9.4 LIENS AVEC L'INTERVENTION (suite)

Voici des exemples de questions inclusives de la diversité de l'orientation sexuelle qui tendent à demander d'emblée à une fille ou à un garçon, sans distinction :

- Est-ce que tu as une personne dans ta vie et dans ton cœur?
- Est-ce que tu as un amoureux ou une amoureuse?
- Est-ce que tu as une copine ou un copain?

Ces manières de poser les questions peuvent paraître directes pour un jeune qui n'est pas prêt de s'ouvrir. Il faut donc s'assurer de pouvoir assumer les éventuelles réactions négatives. Dans les faits, ce type de formulation offre déjà la possibilité aux jeunes de s'ouvrir à ce moment précis ou de choisir un autre moment qui lui sera plus approprié. Du moins, le jeune saura qu'il aura tout l'espace pour en parler, le moment venu, en toute liberté et sans peur du jugement et du rejet.

En ce qui a trait au processus du « coming-out » (affirmation de son orientation sexuelle), on note peu de différences entre les cultures. La spécificité peut résider dans l'influence d'une appartenance religieuse plus traditionnelle. De plus, l'existence d'une pression sociale et familiale, qui peut elle aussi être influencée par des valeurs religieuses, a de fortes probabilités de retarder ou encore d'empêcher une personne de s'affirmer comme homosexuelle.

Indépendamment de l'appartenance religieuse des QOH, en intervention, pour parler de l'orientation sexuelle, il est fortement recommandé de parler en termes de valeurs telles que : le respect, l'ouverture, la diversité et l'amour. Que tous les êtres humains sont aimés et qu'ils ont une place importante dans la création.

Triple stigmatisation

De plus, si une personne QOH est infectée par le VIH/sida et qu'elle est d'orientation homosexuelle, il y a de fortes probabilités qu'elle vive une triple stigmatisation. C'est-à-dire, être d'origine haïtienne, vivre avec le VIH/sida et être d'orientation homosexuelle.

Dans ce cas précis, en accompagnement, le sentiment d'être écouté, respecté et accepté devient essentiel.

Tout comme pour d'autres communautés, vivre la discrimination, surtout si elle est triple, influence l'estime de soi et la valeur personnelle que la personne s'accorde. Cette situation peut grandement influencer la prise de risque : « Je ne vaux rien, à quoi bon me protéger! »

Travailler l'estime de soi et la confiance en soi devient donc un pilier de l'intervention.

OUTILS

Il est recommandé de consulter les dépliants et brochures liés à l'orientation sexuelle et au questionnement, inclus dans la trousse d'outils QOH. Veuillez vous référer aux thèmes suivants :

- *« Diversité de l'orientation sexuelle » :*

Vous y trouverez de multiples dépliants faisant référence aux organismes de soutien pour les jeunes et les adultes en questionnement ou qui s'identifient d'orientation homosexuelle ou bisexuelle.

De plus, vous y trouverez un dépliant sur la formation accessible pour l'ensemble du Québec :

« Pour une nouvelle vision de l'homosexualité : Intervenir dans le respect des orientations sexuelles » offert par l'INSPQ.

Cette formation, traite de façon exhaustive tout ce qui a trait à la diversité de l'orientation sexuelle, permettant de maximiser les interventions à ce sujet.

Si vous n'avez pas eu l'opportunité de suivre cette formation, il est fortement recommandé de vous y inscrire.

Tel que mentionné plus tôt, l'orientation sexuelle et le questionnement peuvent influencer grandement l'estime de soi. Une faible estime peu avoir un impact sur l'adoption de comportements sexuels sécuritaires. Ainsi, l'affirmation ou non de son orientation sexuelle homosexuelle ou bisexuelle touche à d'autres thèmes qui sont importants à considérer, tels que :

- L'identité personnelle;
- L'identité de genre : être un homme, c'est… être une femme, c'est… (si nous dérogeons des schèmes sociosexuels de la majorité, une stigmatisation peut exister);
- La relation amoureuse et sexuelle;
- La violence dans les relations;
- L'utilisation du condom (affirmation, négociation, argumentation);
- Le dépistage du VIH/sida;
- Le dévoilement de sa séropositivité face au VIH/sida;
- La non-transmission secondaire du VIH/sida.

10. LA VIOLENCE DANS LES RELATIONS AMOUREUSES ET FAMILIALES

Il est intéressant de constater l'existence d'une spécificité de la violence conjugale perçue par les femmes issues de la communauté haïtienne. L'une des particularités selon Pontel (2004) est que **l'absence du conjoint est considérée comme de la violence psychologique :**

> *« La violence psychologique est la forme de violence qui est apparue le plus souvent dans les échanges. L'absence du conjoint a été considérée de façon prépondérante comme une forme de violence psychologique, que cette absence soit physique, mentale ou affective. L'expression utilisée pour la désigner est « présence invisible », qui se caractérise par une attitude d'indifférence, d'ignorance, de passivité, de non implication et de non participation à la vie familiale, qu'elles associent à de la violence. »*

> *« Il a été également question de violence verbale, de violence économique et de violence sexuelle. La monoparentalité a été mentionnée comme étant l'une des répercussions de la violence conjugale dont elles sont victimes. »*

Pontel (2004) fait aussi référence à la violence économique et à la violence sexuelle que peuvent vivre certaines femmes QOH :

> *« Une des participantes a relevé le fait qu'en Haïti, le pouvoir de l'homme était avant tout un pouvoir économique, même si celui-ci était très relatif. Avec la migration et le changement de statut social, nombreuses sont les femmes à s'être rapidement adaptées, gagnant un salaire relativement similaire à leur conjoint, mais la domination économique de l'homme perdure dans le couple car elle est puissamment ancrée dans les rôles et habitudes socio-sexuels. Dans un deuxième temps la violence économique a été mise en lien avec la violence sexuelle. L'homme aurait la possibilité de faire diminuer le montant d'argent qu'il octroie à sa femme s'il n'est pas satisfait sexuellement. Il s'agit là de chantage et de pression à la fois économiques et sexuels. »*

Concernant les causes de la violence, Pontel (2004) explique que les femmes interviewées associent la violence à plusieurs facteurs :

> *« Les participantes de l'étude associent les causes de ces comportements violents des conjoints et leur reproduction à de multiples facteurs associés au statut social de l'homme en Haïti, à l'éducation familiale, à l'intériorisation d'une image stéréotypée ou conservatrice des femmes et des rôles socio-sexuels de même qu'à une tolérance trop grande des femmes à la violence. »*

OUTILS

Pour des outils d'intervention, veuillez vous référer au thème suivant inclus dans la trousse d'outils QOH :

- *« Relations amoureuses des adultes et violence ».*

VOIR en particulier les dépliants suivants :

- *« La violence nous blesse tous! »;*
- *« Bouclier Express ».*

Tous deux réalisés par le Bouclier d'Athéna Services Familiaux (descriptif de l'organisme joint avec les autres dépliants). Notons qu'un outil unique d'intervention a été développé par cet organisme. Il s'agit d'une vidéocassette/DVD sur les procédures policières et les ressources disponibles pour les femmes victimes de violence conjugale. Cet outil est disponible en 14 langues, dont le créole. Plusieurs services offerts sont aussi accessibles en 9 langues, incluant le créole.

De plus, en ANNEXE 2, à la p. 83 de ce portrait global, vous trouverez un rappel des formes de violence (résumé). Le dépliant « La violence nous blesse tous! » est plus exhaustif.



10.1 LIENS AVEC L'INTERVENTION

Compte tenu que les femmes rencontrées au cours de l'étude de Pontel (2004) considèrent l'absence du mari comme de la violence, il est recommandé de tenir compte de cet aspect dans les interventions.

En effet, tout comme plusieurs femmes immigrées, les femmes QOH peuvent se sentir seules et plus isolées. Il est essentiel de s'assurer qu'elles ont accès à un réseau social où elles peuvent échanger, se confier et être réconfortées. **Et surtout de leur fournir des références spécialisées en violence conjugale, adaptées à leurs besoins.**

La violence conjugale peut être un obstacle majeur à :

- La négociation et l'utilisation du préservatif par peur de la violence ou de la perte de soutien financier (violence économique);
- Le dépistage du VIH/sida;
- Le dévoilement de sa son statut sérologique lié au VIH/sida;
- La non-transmission secondaire du VIH/sida.



Pour des informations complémentaires, veuillez vous référer à la section « Les multiples deuils » incluse dans ce portrait global de la communauté haïtienne : 1.3.1 « Liens avec l'intervention », p. 22.

Selon Pontel (2004), en se basant sur les besoins et les suggestions citées par les femmes QOH, les actions à mener pour répondre à la situation de la violence conjugale seraient les suivantes :

- Besoins en matière d'informations juridiques;
- Accompagnement pour faire valoir leurs droits;
- Information sur les ressources spécialisées (violence et droits);
- Besoin de se faire représenter ou de pouvoir s'adresser à des personnes de la communauté afin de ne pas être jugées;
- Être sollicitées davantage par les organismes communautaires afin de donner leur opinion;
- Lieux d'échange et groupes de discussion afin de partager leurs difficultés et leurs expériences;
- Changements des conditions de vie et processus de revalorisation de la femme haïtienne.

Lorsqu'un couple vit une dynamique de violence, l'objectif d'intervention est de soutenir et de référer aussi bien les femmes que les hommes vers des ressources spécialisées. Cette référence spécifique permet qu'ils soient accompagnés dans leur processus de prise de conscience sur les rapports égalitaires au sein du couple et l'établissement de relations saines présentes et futures.

Voici quelques ressources et références qui peuvent être utiles. Veuillez noter que les numéros de téléphone peuvent changer :

APRÈS-COUP	**(ligne d'écoute et groupes d'entraide sur la violence dans les couples) 450-672-6461**
ARIVH	**(Association de ressources pour hommes violents) : 1-450-759-7799**
BASF	**(Bouclier d'Athéna Services familiaux) : (514) 274-8117**
SOS VIOLENCE CONJUGALE	**(24/24) : 1-800-363-9010**

Pour une liste complémentaire de ressources pertinentes concernant le thème de la violence dans les relations, voir dans la trousse d'outils QOH :

1- *Sous le thème « Relations amoureuses des adultes et violence », veuillez vous référer à l'outil suivant : « Répondre aux besoins des femmes immigrantes et des communautés ethnoculturelles. Les défis de l'adaptation des services en violence conjugale », p. 55 à 60.*

2- *Sous le thème « Relations amoureuses des jeunes et violence», veuillez vous référer à la fiche « Publications du Projet Relation amoureuse des jeunes », vous trouverez des références en lien avec la violence dans les relations amoureuses des jeunes, et plus particulièrement, un guide des ressources de l'île de Montréal au coût de 5 $.*

N'hésitez pas à visiter le site suivant où d'autres ressources sont disponibles : www.santepub-mtl.qc.ca/relationsamoureuses/ressources/index.html

ATTENTION PARTICULIÈRE

Un tel problème ne peut se résoudre seulement en une seule rencontre ou en distribuant des dépliants. S'assurer d'informer les adultes QOH des ressources existantes et accessibles pour eux.

Lors de références, si vous sentez que la personne résiste à aller consulter dans son quartier, par peur de se faire identifier, si le contexte le permet, il est préférable de la référer dans un quartier où elle se sentira plus à l'aise.

OUTILS

Pour des outils spécifiques à l'intervention ainsi que pour compléter les sections qui suivent, veuillez vous référer au thème « Cahier 3.1 : Dépistage du VIH : Counseling pré-test » inclus dans la trousse d'outils QOH.

11. CONCEPTION DE LA SANTÉ

Selon une étude qualitative réalisée en Guyane française par l'Observatoire régional de la santé de Guyane (ORSG, 2003), des nouveaux immigrants d'origine haïtienne définissent la santé par l'expression « ne pas être malade ».

De plus, selon Clarkson et coll. (1997), la conception de la santé est définie comme une « absence de maladie et de souffrance ». Plusieurs participants interrogés spécifient qu'il est possible « d'avoir des problèmes de santé, dont on n'est pas conscient et qui n'occasionnent aucune souffrance (par exemple, l'hypertension ou un taux de cholestérol élevé) ». La santé est aussi vue par les participants comme le fait d'être physiquement et mentalement autonome, actif, heureux, sans aucun malaise et sans stress.

12. PERCEPTION DE LA MALADIE

Selon Adrien et coll. (1991), certaines personnes d'origine haïtienne, en fonction du lien avec le vaudou[38] et la pensée magico-religieuse, perçoivent la maladie comme étant divisée de la façon suivante :

> *« **Maladi bondye (maladie du bon dieu) :** c'est le destin qui en est responsable. Dès lors, on s'interroge sur la conduite de la personne (responsabilité individuelle) qu'on décide d'associer ou non au destin et à une décision de Dieu (épreuve, sacrifice de soi). »*
>
> *« **Maladi dyab (maladie du diable) :** on attribue toujours cette catégorie de maladie à l'action agressive de l'« Autre » qui peut être un conjoint jaloux, un ami, un cousin, un voisin envieux, un membre ambitieux de la famille ou du cercle d'amis qui a vendu son âme au diable. »*

ATTENTION AUX GÉNÉRALISATIONS RAPIDES ET ABUSIVES

En complément, Clarkson et coll. (1997) expliquent qu'en Haïti, il arrive que certaines personnes visitent des prêtres vaudous ou des pasteurs afin de trouver des solutions à leur maladie, une sorte de « miracle pour rester en vie » :

> *« En Haïti, on n'accepte jamais qu'une personne soit réellement malade. Souvent on dit « on a mangé ces gens-là ». On peut aller voir deux ou trois médecins, puis aller voir le hougan*. Quand on a épuisé son argent chez le hougan, on va chez le pasteur, on se convertit. On va prier chez lui. Ce qu'on attend de ces prières, ce n'est pas pour sauver son âme, mais plutôt pour un miracle pour rester en vie. C'est ce qu'on appelle l'instinct de conservation. »*
>
> ** Allusion à la magie noire, homme prêtre dans la religion vaudou.*

[38] Selon les ouvrages ainsi que des auteurs, ce terme s'écrit des façons suivantes : vodou et vaudou. Le premier est selon la phonétique créole tandis que le second est en français.

13. REPRÉSENTATION DE LA MALADIE

ATTENTION AUX GÉNÉRALISATIONS RAPIDES ET ABUSIVES

Croyances populaires concernant la maladie et la mort

Pour certaines personnes d'origine haïtienne, en fonction du lien avec le vaudou et la pensée magique, il y a deux façons de concevoir la maladie. La première est une conception magico-religieuse qui est inspirée des coutumes ancestrales africaines. L'autre est plutôt profane puisqu'elle est basée sur une vision scientifique et occidentale.

La façon magico-religieuse[39] invoque trois sortes de causes pour expliquer une maladie :

Première cause

La méchanceté d'un tiers qui utilise les différentes avenues que le vaudou met à sa disposition : maléfice d'un bòkò (prêtre vaudou) mangeur d'homme ou mieux mangeur d'âme.

Il pourra aussi s'agir de sanction d'un esprit ou lwa négligé, soit par un manquement à la coutume ancestrale ou carrément par vengeance humaine, par jalousie ou par méchanceté. Cette jalousie ou méchanceté pourrait se manifester par le biais d'un lwa (ou esprit), habilité à empoisonner, pratiquer l'envoûtement et jeter le mauvais sort.

En complément, selon Adrien et coll. (2001), les causes de la maladie seraient basées sur deux conceptions, l'une surnaturelle, plus répandue, tandis que l'autre serait biomédicale :

> *« Pour les participants, les patients d'origine haïtienne réfèrent à deux conceptions différentes pour expliquer les sources des maladies comme la tuberculose et le sida. Il s'agit des conceptions biomédicales et surnaturelle ou une combinaison des deux. Les causes les plus souvent évoquées pour expliquer la source de la maladie, soient d'origine surnaturelle. Elles peuvent être imputables à une punition de dieu (malédiction) pour avoir eu un mauvais comportement dans le passé ; attribuables à un mauvais sort provenant de quelqu'un qui veut se venger ou causées par les mauvais esprits ou des ancêtres malveillants. »*

Deuxième cause

L'Amour d'un tiers, entendons ici esprits tutélaires de la race. **L'esprit ou le lwa vous aime et veut vous habiter.** Il vous choisit et attire votre attention par des manifestations tangibles : crise de possession.

Il faut établir des liens avec ses ascendants par le biais de ce culte si on veut vivre sans être persécuté. Il faut glorifier et édifier à leur intention un oratoire maison.

[39] Avec l'aimable autorisation de Joseph Jean-Gilles, Directeur de l'organisme communautaire GAP-VIES, le texte qui suit jusqu'au prochain lien avec l'intervention, est intégral. Il est tiré de sa conférence donnée à la DSP de Montréal : Au-delà du choc culturel...Diversité culturelle et travail de proximité. Mai 2005. Le texte n'est pas en italique afin de faciliter la lecture.

La croyance vaudou a une vraie dimension spirituelle, elle ne se réduit pas qu'à l'aspect folklorique. Ce mythe, qui perdure, est l'une des raisons pour laquelle des personnes QOH n'osent pas s'identifier comme « vaudouisants » puisqu'à travers l'histoire, le vaudou a été trop souvent stigmatisé.[40]

Troisième cause

La faute de la victime elle-même. Soulignons que cette faute peut être consciente ou inconsciente.

- **La violation d'un interdit**, par exemple : ne pas faire l'amour le vendredi ou tout autre jour au moment consacré à l'esprit.
- **La nonchalance dans les pratiques rituelles,** par exemple : l'initié qui participe très peu aux activités.
- **Le refus du sacrifice,** par exemple : l'initié qui promet au lwa de lui offrir ou de sacrifier à son honneur (gloire) des animaux tous les ans et à une période ou date précise et qui ne respecte pas son engagement.

L'imaginaire collectif du « vaudouisant » interprète la maladie comme étant soit la vengeance des dieux soit celle des hommes.

14. FAÇON OCCIDENTALE ET PROFANE DE CONCEVOIR LA MALADIE

La façon profane pour l'initié au vaudou, c'est : l'hygiène, la saine alimentation, les activités normales, l'observance des traitements. (Principes de guérison)

Au christianisme formel s'oppose une certaine religiosité populaire tenace, juxtaposant la foi chrétienne à la foi « africaine » et autres religions d'aujourd'hui. À l'instar de la maladie, la mort peut être surnaturelle. **C'est-à-dire causée par un mauvais sort. La vie après la mort existe, c'est pourquoi il est important d'entretenir nos morts.**

L'être humain a deux âmes ou « anges » ti bonanj (le petit bon ange) et le gwo bonanj (le gros bon ange). Pour le ti bonanj, c'est assez simple, à la mort il retourne vers le créateur.

Quant au gwo bonanj, une attention particulière lui est accordée tant du vivant de la personne qu'à son décès.

De son vivant, le ti bonanj tout comme le gwo bonanj sont vulnérables. Un sorcier peut les séquestrer et, à ce moment, le bonanj laisse le corps principal et devient propriété du sorcier qui peut l'utiliser à ses fins :

ATTENTION AUX GÉNÉRALISATIONS RAPIDES ET ABUSIVES

- Protéger le sorcier, un adepte ou un membre de sa famille;
- Renforcer l'intelligence de quelqu'un d'autre;
- Une personne qui a l'air hébété on dira qu'elle est san nanm (sans âme).

Dans les sociétés occidentales (univers unique) si une personne s'évanouit, le diagnostic peut être rapide et simple. S'agit-il d'angoisse? D'un désordre quelconque?

Face à la même situation dans les sociétés à univers multiples, on pourra plus ou moins faire le diagnostic, mais avant tout on va opter pour l'option voulant qu'un esprit se soit emparé de cette personne.

[40] Communication avec le Comité de soutien à l'élaboration de la trousse, volet prévention, 30 octobre 2007.

Dans la médecine occidentale (univers unique), on procédera par « diagnostic » et dans les sociétés à univers multiples on procédera par « divination ». Dans la médecine occidentale, le soignant va s'occuper du malade, tandis que dans les sociétés à univers multiples, le soignant va s'occuper de l'esprit (interroger l'invisible).

En complément, il serait difficile de faire de la prévention auprès de certaines personnes d'origine haïtienne, puisque, selon Adrien et coll. (2001), seul un handicap pourrait amener la personne QOH à considérer qu'elle est malade :

> *« La perception de la maladie est différente dans la famille haïtienne. Il faut qu'il y ait la manifestation sérieuse d'un handicap afin que les QOH considèrent qu'ils sont malades. Il est possible de les soigner quand ils se sentent malades. Il est donc difficile d'intervenir précocement, de faire de la prévention. Une agente de recherche en centre hospitalier. »*

PISTES D'INTERVENTIONS LIÉES AU VIH ET À LA CROYANCE VAUDOU

Dans le cas où une personne est persuadée que le VIH a une source liée à un sort, il est conseillé de passer les messages à travers sa conception de la maladie, puisque nous savons que de telles croyances ne peuvent être « déconstruites » en quelques rencontres. Là n'est pas l'objectif de l'intervention.

Ainsi, dans le contexte où une personne QOH vient d'apprendre qu'elle est infectée par le VIH et qu'elle explique sa séropositivité par le fait qu'on lui ait jeté un sort, si le contexte vous le permet,

- Demandez-lui des détails sur le déroulement de l'événement en question;
- Reprenez les mots clés de son discours pour insérer des messages de prévention, de soutien et de soin.

Par exemple, pour les messages de prévention vous pourriez dire :

Le sort du VIH est particulier car qu'il se jette et se transmet de façon bien précise, il va se loger dans le sang, le sperme, les sécrétions vaginales et le lait maternel. Vous savez que vous pouvez vous protéger afin que le sort du VIH ne vous soit pas jeté ou transmis :

- Par l'utilisation du condom avec chaque partenaire sexuel, car il est une barrière au sort;
- Par l'exclusivité sexuelle à une partenaire qui n'a pas été « ensorcelée »;
- Pour savoir si votre partenaire ou vous-même avez été ensorcelés, il existe seulement le test de dépistage du VIH. Car une fois le VIH jeté, il circule dans le sang et seul le test du VIH peut nous dire si vous avez été en contact ou non avec ce sort;
- Évitez de partager les seringues, les aiguilles, les objets tranchants ou souillés, car il y a risque d'échange de sang infecté et le sort du VIH se jette et se transmet aussi par le sang.

ATTENTION ces pistes d'intervention sont présentées à titre indicatif seulement et ne sont pas représentatives de l'ensemble des QOH.

Si vous utilisez le mot « exclusivité », assurez-vous que vous avez la même « définition » que la personne QOH.

15. REPRÉSENTATIONS, ATTITUDES ET SENTIMENTS FACE AU VIH/SIDA

Selon l'ORSG (2003), parmi les attitudes de certains nouveaux immigrants d'origine haïtienne face au VIH/sida on retrouve, entre autres :

- La peur d'être mis à l'écart, d'être montré du doigt, d'être mal vu et de se retrouver en fin de compte isolé (rejet social);
- L'issue potentiellement fatale;
- La méfiance à l'égard de son partenaire et des autres;
- Le rejet de l'autre par le développement d'une forme de discrimination et d'intolérance à l'encontre des personnes atteintes;
- Le rejet de la faute sur l'autre (des femmes sur les hommes);
- La lassitude à l'égard de ce fléau;
- La compassion vis-à-vis des malades.

Finalement, pour les communautés d'origine africaine et caribéenne vivant à Toronto, le VIH/sida n'est pas reconnu comme un problème qui existe dans leur communauté. Ce sentiment est influencé par le fait que peu de gens connaissent une personne vivant avec le VIH/sida dans leur entourage immédiat, ce qui est de nouveau influencé par le fait qu'un faible pourcentage de personnes issues de ces communautés dévoile publiquement son statut sérologique (CACVO, 2004).

16. ENJEUX DE CONFIDENTIALITÉ

La confidentialité au sein de la communauté haïtienne n'est pas toujours facile, elle demeure difficile à préserver lorsque l'on parle du VIH/sida. À ce sujet Adrien et coll. (2001) expliquent :

> *« De plus, lorsque le tissu social d'une communauté est fort, l'information concernant ses membres circule beaucoup plus facilement. On s'enquiert, par exemple, de la santé de l'un et de l'autre. Si bien que les malades infectés par la tuberculose ou le VIH/sida refuseront la participation à certaines activités sociales et communautaires par crainte d'être reconnus ou étiquetés et de faire ensuite l'objet de médisances ou de « landyèz »-en créole. Les participants mentionnent qu'un nombre considérable de patients haïtiens doutent de la capacité de leurs compatriotes à préserver la confidentialité des informations confiées. Ainsi, certains patients ne consulteraient pas les professionnels d'origine haïtienne ou refuseraient d'être suivis par eux par peur d'un bris de confidentialité.*
>
> *« Je pense que les Haïtiens sont un peu plus sensibles que les autres à la question de la confidentialité. J'ai déjà rencontré des personnes que je voulais guider vers les services communautaires, mais qui par peur d'être reconnues, étiquetées ou d'être rejetées, m'ont complètement ignorée. Une responsable de lutte contre le sida à Ottawa »*

En effet, les personnes d'origine haïtienne cherchent une confiance mutuelle et des alliés lorsqu'il s'agit de s'ouvrir face à leur vie. Les personnes choisies pour jouer ce rôle sont sélectionnées parmi leur entourage. Il arrive souvent que l'entourage découvre la détresse de la personne lorsque celle-ci est déjà « au bout du rouleau et profondément épuisée » :

> *« L'Haïtien et l'Africain sont des "êtres secrets" qui ne s'ouvrent pas au premier venu. Ils ont besoin d'être en confiance et de s'assurer que celui à qui ils se confient est digne de confiance. Ils cherchent quelqu'un de confiance et attendent qu'on lui fasse également confiance. Ils cherchent des alliés. Dans la situation de détresse psychologique, l'Haïtien ou l'Africain va sélectionner parmi ses parents, amis et connaissances celui ou celle qui, selon lui, est plus apte à bénéficier du statut de l'aidant. »*[41]

Pour certains membres de la communauté haïtienne, face au VIH/sida, il y a aussi la crainte de divulgation entre bénéficiaires. Il est essentiel de rappeler que la gestion de la confidentialité entre les pairs est très précieuse. *(Communication avec les deux comités de validation de contenu, 1er avril 2008)*

[41] Avec l'aimable autorisation de Joseph Jean-Gilles, Directeur de l'organisme communautaire GAP-VIES, ce texte est intégral. Il est tiré de sa conférence donnée à la DSP de Montréal : Au-delà du choc culturel...Diversité culturelle et travail de proximité. Mai 2005.

Être à l'écoute de la personne issue de la communauté haïtienne, puisque certaines personnes préfèrent être référées à une personne non haïtienne. En intervention, il est conseillé de demander à la personne si elle a une préférence entre un intervenant d'origine haïtienne ou non, ceci peut influencer ses craintes face à la confidentialité. *(Communication avec les deux comités de validation de contenu, 1er avril 2008)*

Notons que pour d'autres personnes, le fait que l'intervenant soit d'origine haïtienne est réconfortant. *(Communication avec les deux comités de validation de contenu, 1er avril 2008)*



16.1 LIENS AVEC L'INTERVENTION

Quelle que soit la culture, lorsqu'une personne traverse un moment difficile ou un événement vu comme « tabou » dans sa société, la confidentialité demeure une valeur prédominante pour assurer un partage, surtout s'il s'agit du VIH.

Il est pertinent de noter que dans le mot confidentialité, nous pouvons entendre « confiance » et « confidence » ainsi, il est logique que la confiance soit une prémisse au partage des « secrets/confidences » et que les individus choisis en conséquence soient minutieusement ciblés.

En intervention, expliquer l'entente de confidentialité et ce qui sera fait avec les informations recueillies (à titre statistique et non pour ouvrir un dossier personnel qui sera partagé).

De plus, dans la majorité des cultures, lorsqu'on parle de secrets, certaines personnes ont tendance à dire : « Je te dis quelque chose, mais surtout n'en parle à personne. » Finalement, la nouvelle se répand quand même avec la prémisse « de n'en parler à personne »! Afin de vraiment assurer la confidentialité, il est recommandé de se mettre à la place de la personne QOH vivant avec le VIH/sida.

Par contre, en lien avec la communauté haïtienne, une des spécificités face à la confidentialité peut résider dans la tendance, pour certains membres, de parler très fort. Il est donc recommandé de faire attention au timbre de voix lors des consultations ou croisements dans les couloirs.

Rappelons qu'en intervention, la personne QOH qui vient consulter peut se retrouver devant un étranger et le fait de partager un secret aussi intime que le VIH/sida avec un « inconnu » peut être très menaçant et bouleversant, rendant difficile le partage de sentiments et d'émotions.

Le développement du lien de confiance est donc le pilier de l'intervention. Il est donc recommandé de rassurer la personne QOH plusieurs fois durant la rencontre, en lui disant que tout va rester confidentiel et surtout qu'elle ne se sente pas forcée de parler, de tout déballer lors de la première rencontre, puisque plusieurs visites sont possibles. Par contre, il est important de spécifier que pour certaines informations, vous avez vraiment besoin de sa collaboration. Pour d'autres éléments, elle pourra aller à son rythme.

OUTILS

Pour des outils spécifiques d'intervention, veuillez vous référer au thème suivant inclus dans la trousse d'outils QOH. « Cahier 3.3 : Dépistage du VIH : Grandes lignes du counseling post-test », en particulier les affichettes des principes de confidentialité :

- *Dix questions à se poser*
- *Les principes à retenir*

Réalisé par le Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal (RIOCM).

Aussi disponible sur le site Internet suivant : www.riocm.ca

ATTENTION PARTICULIÈRE

- Lorsque vous donnez des références en lien avec les ITSS, le VIH/sida ou la violence, il est recommandé de demander à la personne QOH si elle se sent à l'aise d'aller consulter dans son quartier.
- Si vous sentez un malaise, vous pouvez lui dire que vous comprenez que cela puisse être difficile d'aller dans un endroit où elle risque d'être identifiée, stigmatisée.
- Selon le lieu de référence, s'il s'agit d'un endroit ou d'un organisme communautaire qui offre le service de soutien aux personnes vivant avec du VIH/sida ou de la violence, il est important de faire valoir l'importance de ces lieux en renforçant les services offerts et le fait qu'ils permettent aussi de rencontrer d'autres personnes vivant la même situation.
- Si le malaise persiste, référer cette personne dans un autre quartier.
- Si le contexte le permet, il est utile d'appeler une personne-ressource dans le lieu de référence afin d'assurer un arrimage et de préparer le suivi du dossier. De cette manière, cela favorisera une intervention personnalisée.

*Pour une **liste des ressources** disponibles concernant le VIH/sida, veuillez vous référer :*

- *À la trousse d'outils, sous le thème « Cahier 3.3 : Dépistage du VIH : Grandes lignes du counseling post-test », aux annexes 2 et 3. Vous y trouverez deux listes des principaux organismes communautaires travaillant auprès de la population haïtienne en prévention des ITSS, incluant le VIH/sida.*
- *Au site Internet du réseau juridique canadien VIH/sida : www.aidslaw.ca sous « Thèmes/vie privée et confidentialité »*

*Pour une **liste des centres de dépistage** des ITSS et du VIH, informez-vous auprès de votre organisme communautaire ou CSSS/CLSC de quartier de la disponibilité du document suivant : « CSSS : État de situation de l'offre de services de dépistage et de prise en charge des ITSS. Organismes communautaires : État de situation de l'offre de services préventifs ITSS »*

CONCLUSION

Ce portrait global des Québécois d'origine haïtienne (QOH) décrit les éléments socioculturels qui peuvent influencer la prévention du VIH/sida et des autres ITSS, le soutien et le soin aux personnes atteintes ainsi que tous les thèmes transversaux en lien avec ces problématiques auprès de cette communauté.

En effet, plusieurs thèmes et concepts ont été élaborés afin de favoriser la compréhension des spécificités des QOH en lien avec différents sujets d'intervention. Voici en résumé les thèmes abordés :

- **L'impact de l'immigration** et la question du **biculturalisme** vécus par plusieurs membres de la communauté;
- **La place de la spiritualité** incluant le **rôle du vaudou**, qui peut influencer les rapports hommes/femmes, la sexualité et la représentation de la maladie comme le VIH/sida;
- **La structure familiale** qui est un pilier important où la **famille élargie** peut avoir un pouvoir de décision dans plusieurs sphères de vie de la personne QOH;
- **Les rapports de genre** qui parfois sont inégaux et qui peuvent influencer le pouvoir décisionnel de certaines femmes face à la négociation et à l'utilisation du préservatif;
- La dynamique de violence qui peut s'exercer au sein du couple et qui est influencée par des rapports de genre inégaux;
- Le vécu et les perceptions face à **l'amour et la sexualité** chez les jeunes QOH ainsi que la fréquence de l'utilisation du préservatif;
- **Les grossesses hors mariage** des jeunes filles vues par les parents;
- **Le multipartenariat** de certains hommes qui peut avoir un impact sur la transmission des ITSS;
- Les perceptions liées à **l'homosexualité et à l'homophobie** qui peuvent être manifestées par des membres de la communauté.

Quelle que soit la situation, il est recommandé d'accompagner la personne QOH vers un bien-être global en tentant de développer un discours qui tient compte de ses schèmes socioculturels tout en lui permettant de se positionner ou de cheminer face à certaines problématiques qu'elle peut être amenée à vivre, telles que : le VIH/sida, les inégalités de genre et la violence dans les relations.

Il n'est pas recommandé de trouver des solutions fondées uniquement sur les valeurs québécoises, mais plutôt de trouver un équilibre entre les schèmes socioculturels haïtiens présentés dans les sections de ce portrait global et les schèmes socioculturels québécois qui influencent les interventions. Il faut donc se baser sur les forces de la personne et de ce qu'elle valorise de sa culture haïtienne afin de prendre sa réalité socioculturelle comme levier pour l'intervention (prévention et soin).

Si on prend la section 6 sur le « multipartenariat » comme exemple il est préférable de **parler en termes de réduction des comportements sexuels à risque associés au VIH/sida** et aux autres ITSS. L'objectif de prévention est de motiver la personne QOH à développer des comportements préventifs et non de la décourager. Par exemple, face au multipartenariat, mieux vaut qu'une personne réduise le nombre de ses partenaires sexuels que de ne prendre aucune action préventive. Il est surtout recommandé de faire réfléchir les hommes et les femmes QOH sur le développement de relations égalitaires, saines et respectueuses.

Peu d'études existent sur le rôle des hommes de la communauté haïtienne et leurs perceptions face aux relations amoureuses, aux comportements sexuels, incluant le multipartenariat et les dynamiques de violence au sein du couple. Cette réalité peut expliquer la faible représentation de leur rôle et de leur implication élaborés dans ce présent portrait global. En effet, nous en savons peu sur les stratégies d'intervention les plus efficaces auprès d'eux. Nous tenons à spécifier que malgré ce manque de littérature, il nous semble essentiel de **valoriser le rôle des hommes QOH et de les impliquer dans la recherche de solutions et de prévention.**

En effet, si le contexte le permet, lors d'interventions auprès des hommes QOH, il est recommandé de **valoriser le rôle du père comme chef de famille ainsi que celui de conjoint.** En intervention, moins ces hommes se sentent interpellés par leur apport positif dans la famille et dans les relations amoureuses, surtout lors de la période concernant la périnatalité, plus ils se sentiront exclus. Il se peut également qu'ils se sentent dévalorisés de façon durable.[42]

Finalement, les notions à retenir de l'ensemble de cette revue de littérature et des liens avec l'intervention sont les suivantes :

- **Chaque personne issue de cette communauté a un parcours de vie unique et chaque individu a sa façon propre de vivre et d'exprimer sa culture;**
- **Quel que soit le sujet d'intervention, trouver un équilibre entre les visions et perceptions basées sur les schèmes socioculturels québécois comparativement à celles vécues par les QOH.**

[42] Communication personnelle avec Johanne Samson et Guylaine Morin, avril 2008.

ANNEXE 1

Grâce à l'aimable autorisation de la revue Santé mentale au Québec, voici le texte complet de l'article « Grossesse hors mariage dans les familles haïtiennes » du Dr Frantz Raphaël.



Grossesse hors mariage dans les familles haïtiennes

Frantz Raphaël*

Des grossesses précoces chez des jeunes adolescentes haïtiennes de Montréal entraînent des situations de crise qui touchent plusieurs familles, en plus d'interpeller et d'impliquer des intervenants de diverses disciplines. Le sujet, abordé dans un contexte transculturel, fait référence au biculturalisme haïtien, tant en Haïti qu'en terre étrangère. Dans cet article, l'auteur aborde plus particulièrement la situation des Haïtiens dans le contexte québécois. L'analyse de l'attitude des parents des deux groupes culturels, occidentalisé et créole, constitue une lumière médiatrice dans les relations d'aide ou d'intervention psychothérapeutique. Dans la communauté haïtienne, les problèmes d'identité culturelle d'une part, et, le manque d'affiliation à la famille, d'autre part, sont à la base des conflits entre parents et enfants. L'auteur conclut avec des propositions dans le but d'améliorer l'efficacité des interventions avec ces familles dans leur processus d'adaptation migratoire.

La procréation représente généralement un privilège de la nature, autrement dit, un événement de joie. Cependant, la grossesse précoce hors du mariage dans les milieux haïtiens est une source de tension et de division familiale lorsqu'elle survient dans le pays d'origine, et encore plus lorsqu'elle se produit en terre étrangère. Il importe alors de se pencher sur le rôle de la famille en tant qu'enveloppe pour ses membres dans le sens groupal décrit par Anzieu (1999) afin de mieux comprendre ce qui s'y passe dans de telles situations.

À Montréal, les jeunes de la deuxième génération sont surreprésentés (Bernard, 2001) dans les centres d'accueil ; les intervenants souvent très expérimentés de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) ne savent plus où donner la tête face à l'attitude parfois excessive de rejet, de violence de certains parents. En effet, la Commission de la protection des droits des jeunes précisait dans une étude portant sur la clientèle multiethnique des centres de réadaptation en 1994 :

> « En ce qui concerne les enfants signalés aux Centres Jeunesses, plus de jeunes de ces groupes (Haïtiens, Noirs anglophones, Latinos-Américains) sont seuls et abandonnés sans liens familiaux et sociaux dans leur milieu

* L'auteur est médecin d'origine haïtienne, responsable clinique des Consultations en ethnopsychiatrie et en santé mentale au CLSC St-Michel à Montréal.

> d'origine ; ces ruptures sont souvent associées à la séparation parents/enfant au moment de l'immigration de leurs parents. Les conflits culturels et intergénérationnels avec les parents sont aggravés dans la situation d'intégration à une société nouvelle, où les difficultés quotidiennes de la survie de la famille sont moins souvent partagées par la famille élargie plus dispersée (ce qui ne serait pas le cas dans leur pays d'origine) » (Messier et Toupin, 1994).

Il y a certes un défi à relever, celui de comprendre l'attitude des parents et le comportement des jeunes dans ce contexte migratoire et transculturel. Pour ce faire, le sujet sera abordé en suivant le trajet migratoire des familles depuis le pays d'origine jusqu'au pays d'accueil à Montréal.

Dans le contexte d'Haïti, la grossesse hors mariage chez les adolescentes haïtiennes est perçue différemment du milieu d'accueil de Montréal. Ceci s'explique par l'existence du biculturalisme du peuple haïtien, nous entendons : la culture occidentalisée portée par une minorité, seulement 10 % de la population et la culture créole haïtienne (Fouchard, 1998) de la majorité issue des civilisations africaines, créée par les anciens esclaves avec ses valeurs propres, ses perceptions par rapport à la vie, à la maladie et à la mort. « Nous ne sommes pas un peuple homogène », nous a déjà lancé Jean-Price Mars, comme mise en garde dans son livre *Ainsi parla l'oncle* [1].

Conséquemment, quelques notions sur le biculturalisme s'avèrent-elles nécessaires pour la compréhension du texte. Aussi, nous mettrons en évidence la conception culturelle haïtienne de la liaison grossesse/mariage, et, nous présenterons les attitudes des familles haïtiennes face à la grossesse en dehors du mariage dans les deux cultures en Haïti et au Québec.

Le passage migratoire d'Haïti à Montréal nous permettra ensuite de comprendre les réactions des parents haïtiens souvent difficiles à saisir tant par des intervenants homo ou hétéro ethniques. Pour ce qui est des jeunes mères, nous ferons l'analyse des facteurs qui sont à la source de leurs différents problèmes selon leur groupe culturel dans le milieu d'accueil.

Toutefois, nous ne nous limiterons pas à faire un constat ; des propositions seront avancées pour tenter d'améliorer l'efficacité des interventions auprès des familles haïtiennes dans leur processus d'adaptation migratoire. En ce sens, ce texte se veut aussi une contribution pour que la réalité de ces jeunes mères soit portée au vu et au su de tous, que leur souffrance soit entendue et comprise.

Biculturalisme haïtien

L'intérêt de développer ce concept peut aider à la compréhension du texte et peut-être en faciliter les interventions cliniques. Il est important pour un clinicien de saisir que toutes les familles haïtiennes n'ont pas la même culture. Un bref retour historique devra nous rappeler que jusqu'à l'indépendance d'Haïti en 1804, la population était constituée de blancs (les colons) porteurs de valeurs occidentales, parlant français et de croyance chrétienne catholique, d'affranchis mulâtres fils ou filles de colons et de négresses, d'affranchis noirs encore appelés esclaves privilégiés, et en dernier lieu d'esclaves des champs (Fouchard, 1988).

Ce deuxième groupe (les affranchis), formé de mulâtres et de noirs libres, eux-mêmes propriétaires d'esclaves, était de culture métissée avec prédominance de mœurs occidentales. La masse des esclaves noirs, venant de pays et d'ethnies différents, devinrent les bâtisseurs d'une véritable culture créole haïtienne. En effet, pour pouvoir communiquer entre eux, ils ont été obligés de se créer une langue : le créole haïtien. Aussi, pour se retrouver conjointement dans leur appartenance à la tradition ancestrale, une religion a pris naissance : le vaudou haïtien. De plus, par nécessité, ils ont dû développer un savoir-faire résultant de leur origine africaine, adapté au milieu qui allait devenir la première république noire au monde.

Après la proclamation de l'indépendance en janvier 1804, il ne restait plus de colons blancs sur la terre d'Haïti. On n'entendit plus parler d'affranchis ni de créoles. Que sont-ils devenus ? Les anciens affranchis, les privilégiés plutôt instruits, tel Toussaint Louverture [2], sont aujourd'hui représentés par la bourgeoisie commerciale formée d'immigrants venus de l'Europe, du Moyen-Orient et de la petite bourgeoisie ou les classes moyennes, les *save* (en créole), les intellectuels (en français), somme toute, les héritiers de la culture dominante, la culture occidentale.

Les anciens créoles sont appelés Gwo pep la (en créole), les défavorisés (en français). En fait, si on tient compte de la pensée de Devereux (1970) qui voit les humains comme étant avant tout *des êtres culturels*, ce sont des *porteurs de la culture dominée* (Abou, 1995), la culture créole haïtienne, majoritaire tant en milieu rural qu'urbain, tant dans le pays qu'à l'extérieur.

Il importe de garder à l'esprit que, généralement, le passage à l'école, aux institutions universitaires, fait des filles et des fils issus de familles créoles de « nouveaux Occidentalisés », de « nouveaux

Affranchis », des intellos de la petite bourgeoisie, alors que les parents demeurent des Créoles. C'est bien ainsi que l'homme haïtien perçoit l'évolution, la modernité du Créole, comme s'il n'y pas de reconnaissance formelle d'élites créoles. Ainsi, ceux qui n'ont pas accès aux valeurs occidentales demeureront des Créoles, notion qu'il ne faut pas négliger dans nos pratiques transculturelles.

Familles haïtiennes

Grossesse et mariage

L'association grossesse/mariage dans la culture occidentale en Haïti est fondamentale pour les familles chrétiennes catholiques ou protestantes : *L'œuvre de chair ne désirera qu'en mariage seulement.*

Aussi, face aux grossesses hors mariage, la différence entre les prises de position des occidentalisés et des créoles est frappante, les réactions des familles sont significatives. Pour nous permettre de bien comprendre ce qui se passe avec les jeunes mères de la communauté haïtienne de Montréal, nous examinerons les réactions des deux groupes depuis Haïti.

Grossesse et mariage dans le groupe occidentalisé vivant en Haïti

L'alliance la plus connue est le mariage religieux catholique ou protestant, qui représente, du point de vue social, un honneur pour la famille. Le mariage civil chez le notaire ne satisfait même pas certaines familles de ce groupe culturel. Ainsi, les relations d'amoureux ont des limites de temps pour parler de mariage aux parents. Les fiançailles prolongées peuvent devenir suspectes, anxiogènes dans l'attente d'une date de mariage. Si, entre temps, la grossesse survient précocement, le mariage sera précipité pour éviter la honte, puisque le ventre de la mariée sera scruté. Dans le cas où il y aurait refus du mariage précipité, soit par le principal intéressé, soit par la famille de celui-ci, il survient de ce fait une source de tensions. Les deux familles seront alors en confrontation et le devenir de cette grossesse dépendra de l'entente de la future jeune mère avec sa propre famille. Dans les circonstances où une jeune fille devient enceinte d'un homme marié ou lors d'une alliance secrète, alors là, c'est la déchéance totale, on parlera même de malédiction. Avec la plus grande discrétion, la jeune parturiente est envoyée en province loin de son milieu de vie habituel jusqu'à l'accouchement et l'enfant risque d'être pris en adoption, soit par des alliés, soit par des personnes connues de la famille. Il arrive que malgré les croyances religieuses des parents, l'avortement clandestin soit considéré comme une solution. Tout compte fait, l'union libre qui s'apparente aux

conjoints de fait d'ici, à Montréal, est encore vue comme une honte pour la famille.

Grossesse et mariage dans le groupe créole en Haïti

Nous sommes dans un autre cadre culturel à majorité et non en totalité vaudouisant pratiquant, où la grossesse, selon Bijoux (1990, 32) est « un événement heureux quelle qu'en soient les circonstances, qu'il y ait mariage ou pas, que l'enfant ait un père ou pas ».

Dans ce groupe culturel, par opposition au mariage religieux, il y a le plaçage qui est un véritable mariage de droit commun. « C'est une entente consacrée de façon claire par la communauté, le plus souvent après demande formelle de la main de la fille à ses parents. Le *plaçage* est une union stable différente de ce fait de l'union libre. La grande majorité des familles sont constituées de couple en situation de *plaçage* » (Bijioux, 1990).

Ce type de mariage traditionnel met automatiquement le couple dans un contexte de famille élargie, surtout en milieu rural, le *Lakou*, avec une structure bien définie. Advenant une grossesse dans quelques conditions que ce soit, et si, pour une raison ou une autre, le père rompt la relation, l'enfant devient à toutes fins utiles, un "Pitit Kay ", l'enfant de la famille élargie. L'absence du père n'est pas forcément problématique, et la mère peut continuer ses études, aller travailler, car l'enfant se retrouve dans un contexte familial stable et bénéficie d'un encadrement adéquat. Il est en mains sûres et sera éduqué par la famille élargie.

Toutefois, selon Bijoux (1990) par analogie à Moro (2002), « lorsqu'un membre d'une famille ou toute une cellule familiale quitte le tronc commun du Lakou, il y a grand danger que les traditions se perdent ou plutôt, que des conflits de loyauté se créent ». On risque alors d'arriver finalement à une situation psychosociale dans laquelle l'individu rompt avec ses racines et devient sans foi ni loi, sans aucune règle morale ni aucun respect de la loi.

Processus migratoire : de Haïti à Montréal

Rien de tout ce qui a été dit précédemment n'a disparu en traversant les frontières du Canada. L'immigrant arrive avec des projets, des illusions, une nette détermination d'améliorer son niveau de vie tant socio-économique que professionnel. Dans la grande majorité des cas, la réalité du pays hôte amène la désillusion, un des premiers symptômes du traumatisme de la migration [3] ; lequel traumatisme aura des répercussions sur le développement des jeunes nés ici ou venus du pays. Lorsque les parents n'arrivent pas à surmonter les difficultés de l'adaptation, la famille

est fragilisée, elle est incapable de jouer son rôle de portage pour ses membres et de les contenir. Les progénitures se trouvent alors en situation de vulnérabilité, sans protection. Elles deviennent des proies faciles pour des groupes marginaux, avec, bien entendu, des risques élevés de grossesse non désirée. Il convient certes de différencier les jeunes qui ont vécu un certain temps en Haïti de ceux qui sont nés en terre étrangère. Souvent les premiers arrivent dans des conditions particulières : grosse peine en rapport à la séparation avec les grands-parents qui ont été parfois des substituts durant plus de dix ans, les oncles, les tantes et les amis d'enfance. Le cadre de la nouvelle famille en terre d'accueil est anxiogène dans certains cas. L'enfant, à son arrivée, ne connaît pas son père ou sa mère biologique ou encore, il doit s'adapter à un beau-parent ou se créer une place parmi d'autres enfants de lits différents. Autant de situations susceptibles d'occasionner des conflits intra-familiaux, un manque d'affiliation, une incapacité de se faire une identité personnelle ou culturelle, et, en fin de compte, de se retrouver dans des contextes où la possibilité de grossesse non-désirée est encore plus propice.

Quant à ceux qui sont nés ici, ils n'arrivent pas à se retrouver dans les valeurs traditionnelles de la culture haïtienne portée par les parents. La langue créole comme langue parlée à la maison est repoussée, l'éducation par la correction physique, les pratiques religieuses sont considérées comme arriérées. L'accoutrement vestimentaire de ces jeunes, leur façon de s'exprimer « men », leur mode de vie selon le modèle des noirs américains marginalisés aux États-Unis montrent bien que se pose un problème identitaire. « L'habit ne fait pas le moine » dit l'adage, mais il peut être inducteur de sens et de récit. Ainsi, les divergences culturelles entre parents et enfants sont fréquemment à l'origine de la complexité de leurs relations. Les communications entre adultes et enfants sont bien spécifiques en Haïti : un regard peut tout dire et l'enfant exécute sans réplique. La décision parentale ne se discute pas. Par contre, ici, les jeunes veulent des explications : pourquoi ? L'argumentation est de mise. Pourquoi ne puis-je pas dormir ailleurs comme font mes amis québécois ? L'éloignement du jeune de la culture haïtienne engendre de véritables chocs culturels intra familiaux qui varient en intensité avec l'âge. Les filles sont désavantagées dans la résolution de ces conflits par rapport aux garçons. Contrairement aux gars pour leurs copines, les « chums » des filles entre 10 et 15 ans ne sont pas bien vus. De là, commencent les petits secrets : cigarettes, drogue, alcool, les amourettes cachées susceptibles de causer des accidents de parcours sérieux : des grossesses précoces.

La gestion de cet événement varie également selon l'appartenance culturelle des parents, selon qu'ils sont plus ou moins proches de la

culture occidentale. À la première année secondaire, à l'adolescence, le jeune s'identifie très souvent à la culture de la majorité de ses camarades de classe, la culture québécoise. Ce n'est que plus tard qu'il remettra en question cette identité, lorsqu'il se fait poser des questions telles que : D'où viens-tu ? Depuis quand es-tu arrivé ici ? À ce moment, de façon plus évidente, il comprend les expressions de minorité visible, de Québécois pure laine. Il prend conscience qu'il y a le Québécois et l'autre : L'autre, c'est lui, l'immigrant, fils ou fille d'immigrants. Il devient l'enfant, d'entre deux pays, d'entre deux familles, d'entre deux cultures, donc sans enveloppe culturelle, susceptible d'être approché par des groupes à risque. Dans les sections suivantes, nous analyserons la réalité de ces jeunes mères des deux groupes culturels, occidentalisé et créole.

Groupe des occidentalisés à Montréal

Face aux problèmes d'adaptation relationnels avec leurs enfants, les parents déjà bien occidentalisés depuis Haïti vivent plus facilement le choc culturel. La grossesse précoce hors mariage qui pour eux était une honte, est acceptée, quoique avec un pincement, comme dans les familles québécoises de souche. C'est devenu et perçu comme une capacité d'évolution, une preuve d'ouverture aux méthodes contraceptives par des anovulants, une acceptation de conjoints de fait, de la monoparentalité. Par contre, tout se passe dans le secret familial jusqu'à ce que la mèche soit vendue. En grande partie, la famille se montre apte à gérer la situation, l'intervention des services sociaux, de la DPJ, est assez rare.

Groupe des créoles à Montréal

L'attitude des parents de ce groupe est surprenante. Alors qu'en Haïti, la grossesse pour eux était un événement de joie, avec ou sans mariage, avec ou sans la présence du père, ici, à Montréal, la réaction de non-acceptation est plutôt rigide, révoltante, parfois même violente. Les intervenants, face à ces cas de rejet de la part des parents, se retrouvent parfois avec peu de marge de manœuvre et vivent beaucoup d'impuissance. De telles situations sont susceptibles de provoquer le départ de la jeune fille de la famille, quand ce ne sont pas les parents eux-mêmes qui la mettent à la porte. C'est ainsi qu'elle sera exposée à la pauvreté, aux gangs, à la prostitution, aux drogues, au VIH/SIDA, et à d'autres grossesses non désirées, exemple frappant des « enfants de la guerre » en itinérance dans des pays avoisinants des leurs en Afrique, des « enfants de rue » dans les bidonvilles de Port-au-Prince. En dehors de l'enveloppe familiale, c'est l'exposition à tout ce qu'il y a de douleur,

de souffrance et de violence. Ce qui corrobore bien la pensée de Abrahams, dans le livre de Labossière (1997) : « Vivre déraciné, c'est vivre l'enfer ».

Comment donc s'expliquer la volte-face de ces parents créoles en présence de la grossesse hors mariage ? D'une part, la multiplication des églises protestantes et des groupes charismatiques, l'éloignement de ces familles du tronc commun du Lakou en Haïti, favorisent une certaine occidentalisation. Il y a une tendance à s'écarter de tout ce qui caractérise les valeurs traditionnelles typiquement haïtiennes. D'autre part, la peur d'être mal jugé par d'autres membres de la famille, par des amis, de se faire rétrograder dans l'ancien groupe culturel d'Haïti, dominé, peu valorisé, fait naître un sentiment d'échec dans leur processus d'évolution.

Religion et grossesse hors mariage

Les parents de confession protestante qui se voient obliger d'avouer devant les fidèles que leur fille est enceinte avant le mariage sont atterrés ; c'est la honte, la perte d'honneur, la preuve d'incompétence parentale. Il en résulte une source de conflits pouvant aller jusqu'à la rupture des relations.

Le quartier St-Michel à Montréal de plus en plus multiculturel voit augmenter le nombre des églises protestantes dans la communauté haïtienne, et dans les interventions cliniques, nous entendons assez régulièrement parler de la place accordée aux "témoignages" dans les offices du dimanche.

Fuir le drame familial

Certaines filles vont choisir d'être enceintes ou de faire appel à la DPJ pour des situations anodines dans l'unique but de partir de la maison pour fuir le drame familial. L'état d'esprit qui sévit dans le foyer est la somme de multiples deuils, de traumatismes vécus depuis le pays d'origine, de désillusions des parents en cours d'intégration au milieu d'accueil, de conflits entre adultes ainsi que de chicanes entre parents et enfants. La jeune femme enceinte se retrouve ainsi loin de ses proches, souvent du père de son enfant, durant les neuf mois de grossesse. Ce sentiment d'isolement dans des situations matérielles très précaires engendre l'appréhension de perdre son enfant par un signalement à la DPJ avant même sa naissance. L'accouchement se passe en l'absence d'êtres chers au moment où la future mère a le plus besoin de support psychologique, d'amour et d'affection.

Que faire face à de telles situations ?

Le fait de reconnaître l'influence des conditions socio-économiques des familles en difficulté d'adaptation dans un système si éloigné des leurs — barrière linguistique, analphabétisme, racisme, manque de référence éducationnelle et parentale — donne des pistes de solutions très concrètes surtout dans un contexte de prévention primaire.

Lorsqu'il est question de placement pour ce que certains appellent « incompétence parentale », il y a lieu de penser que derrière la réalité de ces familles, peuvent exister une absence de modèle parental, des traumatismes, qui font que les enfants d'aujourd'hui soient perçus comme des adultes. La référence la plus évidente est représentée par les anciennes « *restaveks* [4], ces jeunes, surtout des filles qui ont vécu la domesticité juvénile depuis l'âge de 5-6 ans qui sont porteuses de traces de traumatismes physiques, sexuels, psychologiques. Aussi, ces dernières, tourmentées par des symptômes post-traumatiques vieux de plus de vingt à trente ans, sont mères avec leur passé carencé qui leur sert de modèle de parentalité. Comment peut-on comprendre qu'une mère puisse donner son enfant en domesticité ? L'idée de base est un placement volontaire pour permettre aux jeunes d'aller à l'école, de recevoir une certaine éducation ; c'est très souvent un geste d'amour maternel, puisque conscient de son incapacité d'assurer l'avenir de l'enfant, elle fait un choix qui potentiellement comporte une chance de réussite. En effet, d'anciens « restaveks » ont même fréquenté de grandes universités et mérité le grade de doctorat. Il est à se demander si les organismes communautaires haïtiens n'ont pas un rôle à jouer pour faciliter une meilleure connaissance de l'histoire du pays d'origine, pour garder le lien avec les ancêtres, les vivants et les morts. Somme toute, comment les amener à assumer leur identité culturelle : occidentalisée ou créole ?

C'est sur cette base d'encadrement culturel que se développera le sentiment d'appartenance au premier groupe primaire qu'est la famille, à la communauté locale et au pays adopté, quel qu'en soit le lieu géographique. Est-ce la raison pour laquelle le placement en centre d'accueil, dès le début, doit être envisagé à double sens : aller et retour dans la famille naturelle. Sinon, l'avenir de la troisième génération risque de suivre le chemin des parents.

En contexte transculturel, tenant compte des différenciations de sens à la vie, à la maladie, à la mort, selon les groupes culturels, nos interventions en relation d'aide psychosociale ou psychothérapeutique seront, certes, plus appropriées, plus efficaces. Pour ce, il nous faut faire référence à la pluralité de la culture haïtienne, donner priorité au sens

que donne la famille à ses problèmes et avoir le courage d'intervenir en faisant place à la logique de l'étiologie avancée.

Nous aurons toujours à nous rappeler que nous, intervenants, sommes malgré nous dans un rapport dominant/dominé avec les usagers. Si nous ne prenons pas un écart pour donner préséance à l'autre, tout en nous appuyant sur notre formation de base, aucune co-construction par métissage ne sera possible. Le dominé, donc l'usager, se sentant en situation de soumission répondra par « oui » pour « non », ce qui biaise l'alliance thérapeutique. Dans ce rapport de dominant/dominé, le dispositif thérapeutique créé par Tobie Nathan (Mesmin, 1993) est à coup sûr le cadre thérapeutique idéal : un groupe multidisciplinaire, multiculturel qui se rapproche du « palabre africain » sous le Baobab. Les entrevues se font avec interprète/médiateur culturel permettant à la famille de rester maître de sa culture. C'est un espace démocratique où l'équipe thérapeutique accorde priorité au sens que la famille donne à ses problèmes. Les propositions thérapeutiques se font par co-construction, par métissage dans le respect mutuel, dans l'altérité.

Ces jeunes mères qui n'étaient pas prêtes à l'être et qui sont confrontées à la dure réalité de la vie, ont besoin d'être encadrées et encouragées. Et quand leurs propres parents manifestent de la détresse face à un événement qui, pour eux, n'est nul autre qu'un échec personnel et familial, le milieu thérapeutique peut devenir un lieu de médiation pour les protagonistes, un espace qui permettra au nouveau-né, en dépit des circonstances de son arrivée, d'être un membre à part entière de la famille élargie. Je veux croire que le modèle du « pitit caï », l'enfant du « lakou » est intéressant, et susceptible de protéger les jeunes mères et les nouveaux venus. Ce système évite des brèches dans la famille et donne une chance à la mère de se reprendre surtout quand le père est écarté du noyau familial quand il ne prend pas ses responsabilités. Est-il possible de Re-Construire le « lakou » en terre étrangère ? Sujet à débattre en co-construction entre les intervenants et les familles.

Hors du milieu psychothérapeutique, il faut réaliser que la fragilité de ces familles haïtiennes est le reflet de celle de la communauté dans son ensemble, de la faiblesse de son pouvoir économique qui devrait assurer le portage de ses adhérents, acheter son identité culturelle, faire d'elle une culture de prestige et affirmer son respect dans l'altérité. Il est essentiel que la communauté haïtienne soit assez bien structurée pour que ses membres soient bien protégés et plus susceptibles de s'ouvrir aux autres. Dans ce contexte de protection et d'ouverture à l'autre, cet

article se veut une contribution au long chemin à parcourir pour faire tomber les barrières culturelles, pour inviter les intervenants à se questionner sur cette réalité et surtout, pour mettre à jour le vécu de souffrances et d'incompréhension. Au-delà de l'intervention clinique, il faut bien se dire que toutes les jeunes mères ne vivent pas des situations identiques, et qu'il importe aussi bien de prendre en considérations celles dont parle René Depestre (Desroches, 2000, 67).

Je sais que vos filles, à l'âge où l'on fait la chasse aux papillons de la St-Jean sur la paille qui sent la moisissure, les dents serrées, vendent leur chair pour le pain chaud du lendemain.

Notes

1. En l'appelant Père de la négritude, Senghor l'a situé avec bonheur dans la genèse d'une Renaissance où il a joué un rôle véritablement prophétique… il a marqué le destin de la race noire et celui de sa patrie haïtienne ; Jean-Price Mars se fait le défenseur du folklore… Il enseignait que le vaudou était non pas une survivance méprisable d'un état primitif et arriéré, mais le trésor vivant d'une culture indépendante dont on ne devait pas avoir honte et qui était à la portée de la main.

2. «… cet esclave noir affranchi dix ans avant la Révolution par son maître Bayon de la Liberta, éclaire d'un jour nouveau les rivalités entre les anciennes catégories d'affranchis qui, après s'être assurés du contrôle du mouvement insurrectionnel le transformeront rapidement en un instrument de pouvoir permanent qu'ils essayeront tour à tour de maîtriser. » (Barthélemy, G., 2000, *Créoles-Bossales Conflit en Haïti*, p. 218)

3. […] pour un patient migrant, tout acte thérapeutique s'appuyant sur une causalité de type scientifique constitue à lui seul un nouveau traumatisme psychique. (Nathan, 1994, p. 21)

4. « De jeunes mineurs garçons ou filles qui vivent dans des foyers constitués de gens n'appartenant pas généralement à leurs familles naturelles. Ces jeunes rendent aux familles d'accueil toutes sortes de services sans rémunération dans des conditions imposées par ceux ou celles qui leur tiennent lieu de maîtres ou maîtresses ». Restavek, *La domesticité juvénile en Haïti*, IPSOFA Institut psychosocial de la famille, 1998, p. 7.

Références

ANDOCHE, J., 2001, Culture et santé mentale : les avatars français de l'ethnopsychiatrie, in Dozon, J.-P. et Fassin, D., éds, *Critique de la santé publique*, Balland, Paris, 281-308.

BERNARD, L., 2001, *Les trajectoires des jeunes d'origine haïtienne dans le système québécois de protection de la jeunesse*, thèse de doctorat en sciences, Université de Montréal.

BIJOUX, L., 1990, *Coup d'œil sur la famille haïtienne*, Éd. des Antilles « A », Port-au-Prince.

DESROCHES, J., 2000, *Prolégomènes à une littérature haïtienne en diaspora*, Éditions du CIDIHCA, Montréal.

DÉTRAUX, J.-J., 2003, Annonce de la déficience de l'enfant aux parents : facteurs favorisant un processus de résilience et l'émergence d'un sentiment de cohérence, in Le Cardinal, G., éd., *Du désastre au désir. Les modalités de l'accompagnement post-traumatiqu*e, L'Harmattan, Paris, 37-53.

DEVEREUX, G., 1967, Le renoncement à l'identité comme défense contre l'anéantissement, *Revue française de psychanalyse*, XXXI, 1, 101-142.

DEVEREUX, G., 1972, *Ethnopsychanalyse complémentariste*, Flammarion, Paris.

ERIKSON, E., 1968, *Identity, Youth and Crisis*, Faber and Faber, London.

FESTINGER, L., 1957, *A Theory of Cognitive Dissonance*, Peterson, Evanston.

FRANKL, V., 1970, *La psychothérapie et son image de l'homme*, Éditions Resma, Paris.

LABOSSIÈRE, C., 1997, *Autoregards, un passage obligé*, Achevé d'imprimer sur les presses de l'imprimeur II, Port-au-Prince.

LAPLANTINE, F., 1986, *Anthropologie de la maladie*, Payot, Paris.

MARS, J. P., 1993, *Ainsi parla l'oncle*, Leméac, Montréal.

MESMIN, C., 1993, *Les enfants de migrants à l'école, réussite, échec*, Éditions de la Pensée sauvage, Grenoble.

MESSIER, C., TOUPIN, J., 1996, La clientèle des Centres de réadaptation pour les jeunes en difficulté, *Revue canadienne de psychoéducation*, 25, 2.

MESTRE, C., 2004, La psychiatrie transculturelle : un champ nécessaire et complexe, in Moro, M.-R, De La Noe, Q., Mouchenik, Y., éds., *Manuel de psychiatrie transculturelle. Travail clinique, travail social*, La Pensée Sauvage, Grenoble, 179-195.

MONROY, M., 2003, La fragile consistance de « l'être-là », in Le Cardinal, G., ed., *Du désastre au désir. Les modalités de l'accompagnement post-traumatique*, L'Harmattan, Paris, 31-36.

MORO, M.-R, *Enfants d'ici venus d'ailleurs*, Éditions La Découverte et Syros, Paris.

MORO, M.-R, DE LA NOE, Q., MOUCHENIK, Y., 2004, *Manuel de psychiatrie transculturelle. Travail clinique, travail social*, La Pensée Sauvage, Grenoble.

NATHAN, T., 1994, *L'influence qui guérit*, Éditions Odile Jacob, Paris.

POCREAU, J.-B., MARTINS BORGES, L., 2003, Immunité psychologique face aux situations de violence extrême : apport de la clinique ethnopsychiatrique, in Casoni, D., Brunet, L., eds., *Comprendre l'acte terroriste*, Presses de l'Université du Québec, 133-145.

ABSTRACT

Out of wedlock pregnancies in Haitian families

Early pregnancies in Haitian teenagers entails crisis situations within many families in addition to questioning and involving many professionals of various fields. This subject is addressed in a transcultural context with reference to Haitian biculturalism both in Haiti and abroad. In this article, the author examines more specifically the situation of Haitians within Quebec society. Analysis of the parents' attitude of both cultural group, the western as well as creole, constitutes a light of mediation regarding help and support or psychotherapeutic intervention. In the Haitian community, problems of cultural identity on one side, and lack of affiliation to family on the other, are at the basis of conflicts between parents and children. The author concludes with proposals aiming at improving interventions with these families in their process of migratory adaptation.

RESUMEN

Embarazo sin matrimonio en las familias haitianas

Los embarazos precoces de las jóvenes adolescentes haitianas de Montreal acarrean situaciones de crisis que afectan a varias familias, además de interpelar e implicar a los interventores de diversas disciplinas. El tema, abordado en un contexto transcultural, hace referencia al biculturalismo haitiano, tanto en Haití como en el extranjero. En este artículo, el autor aborda particularmente la situación de los haitianos en el contexto quebequense. El análisis de la actitud de los padres de dos grupos culturales, occidentalizados y criollos, constituye una luz mediadora en las relaciones de ayuda o intervención psicoterapéutica. En la comunidad haitiana, los problemas de identidad cultural, por una parte,

y la falta de afiliación a la familia, por otra, se encuentran a la base de los conflictos entre padres e hijos. El autor concluye con proposiciones que tienen por objetivo mejorar la eficacia de las intervenciones con estas familias durante su proceso de adaptación migratoria.

RESUMO

Gravidez fora do casamento nas famílias haitianas

A gravidez precoce nas jovens adolescentes haitianas de Montreal leva a situações de crise que atingem várias famílias, além de interessar e implicar intervenientes de várias disciplinas. O assunto, abordado em um contexto transcultural, diz respeito ao biculturalismo haitiano, tanto no Haiti quanto em terra estrangeira. Neste artigo, o autor aborda particularmente a situação dos haitianos no contexto quebequense. A análise da atitude dos pais dos dois grupos culturais, ocidentalizado e crioulo, constitui uma luz mediadora nas relações de ajuda ou de intervenção psicoterapêutica. Na comunidade haitiana, os problemas de identidade cultural por um lado e a falta de integração com a família, de outro, são a base dos conflitos entre pais e filhos. O autor conclui com propostas que objetivam melhorar a eficácia das intervenções nestas famílias em seu processo de adaptação imigratória.

ANNEXE 2

DIMENSIONS DE LA VIOLENCE

Voici quelques rappels des dimensions de la violence faite aux femmes[43]:

- La violence physique (maltraitance, coups, négligence, actes brutaux pouvant causer des blessures graves, voire mortelles);
- La violence psychologique et verbale (dénigrement, isolement, surveillance, jalousie, cris, insultes, humiliation, intimidation, etc.);
- La violence sexuelle (agression sexuelle, attouchements, harcèlement, contraintes à des relations intimes dangereuses, dégradantes ou blessantes, mutilations génitales);
- La violence économique (contrôle économique du conjoint, refus de ce dernier de laisser sa conjointe travailler, privation d'argent pour le ménage, oubli, omission ou chantage).

Le cycle de la violence conjugale comprend 4 phases où les émotions vécues par les femmes et les hommes se distinguent dans une relation caractérisée par :

1) Tension de l'homme/peur de la femme
2) Agression de l'homme/colère ou tristesse de la femme
3) Invalidation par l'homme/responsabilisation de la femme
4) Rémission de l'homme/espoir de la femme

Lorsqu'un couple vit une dynamique de violence, l'objectif d'intervention est de soutenir et de référer aussi bien les femmes que les hommes vers des ressources spécialisées. Cette référence spécifique permet qu'ils soient accompagnés dans leur processus de prise de conscience sur les rapports égalitaires au sein du couple et l'établissement de relations saines présentes et futures.

Veuillez noter qu'une liste de ressources ainsi que des outils spécifiques à la dynamique de violence vous sont proposés à la p. 71 de ce document.

OUTILS

Pour des outils et des informations complémentaires à ce sujet, veuillez vous référer aux thèmes suivants inclus dans la trousse d'outils QOH :

- *« Relations amoureuses des jeunes et violence »*
- *« Relations amoureuses des adultes et violence »*

ATTENTION PARTICULIÈRE

Un tel problème ne peut se résoudre seulement en une seule rencontre ou en distribuant des dépliants. S'assurer d'informer les adultes QOH sur les ressources existantes et accessibles pour eux.

Lors de références, si vous sentez que la personne résiste à aller consulter dans son quartier, par peur de se faire identifier, si le contexte le permet, il est préférable de la référer dans un quartier où elle se sentira plus à l'aise.

[43] Pontel, Maud, Femmes Noires et alors, des Québécois d'origine haïtienne disent la violence, BCHM, UQÀM service aux collectivités, deuxième trimestre 2004. VOIR p. 17-18.

ANNEXE 3

RÉFLÉCHIR SUR SA PRISE DE RISQUE

Si le contexte vous le permet, voici des questions qui peuvent être utiles à poser aux jeunes et aux adultes QOH pour les amener à développer une réflexion sur leur prise de risque afin d'entrer dans un processus d'adoption d'un comportement préventif :

Quelle est pour la personne QOH :

Le sens du condom.

Ex. : obstacle à l'engagement/à la confiance, barrière à la spontanéité, au plaisir, etc.

NOTE : *Il est possible de transformer ces obstacles d'utilisation du condom en messages plus positifs. La personne qui utilise un condom démontre :*

- *Qu'elle est responsable de sa santé et de celle des autres;*
- *Qu'elle se respecte et respecte son/sa partenaire;*
- *Qu'évaluer la valeur de la confiance sur la non-utilisation du condom est trop risqué. La confiance se construit, se nourrit dans plusieurs sphères de la relation, pas seulement dans la sphère sexuelle;*
- *Qu'elle est prête à une forme d'engagement : ne pas prendre le risque de transmettre une ITSS incluant le VIH/sida;*
- *Qu'elle « risque » d'avoir plus de plaisir en ne craignant pas une ITSS ou une grossesse non désirée.*

Le sens de l'engagement.

- Les conséquences pour la personne de la perte d'un partenaire sexuel stable, occasionnel, secret en cas de refus d'utilisation du condom (violence, problème économique, etc.).
- La symbolique de la grossesse (rôle social valorisé, sortir de l'emprise familiale).
- L'existence du soutien social des pairs pour parler des thèmes liés à la sexualité et à l'utilisation du condom.
- Les arguments les plus courants pour empêcher l'utilisation du condom. Par exemple vous pouvez lui demander :
  - Comment trouvez-vous la négociation du condom avec votre/vos partenaire(s)?

NOTE : *Si le contexte vous le permet, utilisez les obstacles de la personne QOH à se protéger et trouvez des contre-arguments avec elle :*

- *Quels sont les arguments utilisés par votre partenaire pour refuser l'utilisation du condom?*
- *Que pouvez-vous répondre à ces arguments?*
- *Avez-vous des amis avec lesquels vous pourriez vous pratiquer à développer des contre-arguments pour négocier l'utilisation du condom ou des arguments pour refuser une relation sexuelle non protégée?*

OUTILS

Pour des outils spécifiques, veuillez vous référer au thème suivant inclus dans la trousse d'outils QOH :

- *« Communication parents/adolescents en termes de sexualité » plus spécifiquement, à la fin du thème, vous trouverez le magazine « Ça sexprime », numéro 4, hiver 2006. VOIR aux p. 16-17, « Situations d'apprentissage quant à la négociation et à l'utilisation du condom ».*

Aussi téléchargeable sur le site suivant : www.msss.gouv.qc.ca/itss

JEUX DE MOTS LUDIQUES

pour faire la promotion de l'utilisation du condom[44] [45]

En intervention, il est recommandé d'adapter votre langage à la population visée par vos messages de prévention. Par exemple, certains QOH vont utiliser le mot « chapeau », « capote », « condom », préservatif ou autre terme. Assurez-vous de parler le même langage qu'eux.

C	Contraception : un condom protège des grossesses non désirées.
O	Original : il existe des condoms de toutes les couleurs.
N	Non-stressant : avec un condom, on n'a pas à s'inquiéter, on est protégé.
D	Désir : le condom, c'est le désir d'être sécuritaire, de s'amuser, etc.
O	Oral : les condoms à saveurs ajoutent du piquant lors des relations orales.
M	Maturité : il faut être mature pour se respecter lors d'une relation sexuelle.
C	Cool : les couleurs et les textures permettent de les personnaliser.
O	Obligatoire : pour rester en santé.
N	Nécessaire : pour avoir du plaisir en toute sécurité.
D	Dialogue : l'utilisation du condom demande une certaine communication avec son partenaire.
O	Outil : le condom est un « outil » de l'amour.
M	Maladie vénérienne : les condoms protègent des ITS, autrefois appelées maladie vénériennes.
	D'autres suggestions
C	Coloré, Chlamydia, Câlins, Communication, etc.
O	Oui, Ouverture d'esprit, Orgasme, Opportunité, etc.
N	Naturel, Nervuré, Numéro Un, Négociation, etc.
D	Doux, Décoratif, Décompresser, Disponibilité, etc.
O	Oui, Ouverture d'esprit, Orgasme, Opportunité, etc.
M	Masculinité (un « vrai gars », ça se protège), Mince, Mignon, Multitude, Maternité, etc.

[44] Tiré de «La trousse d'intervention Lifestyles », un moyen pratique et efficace de parler de condoms aux jeunes, Guide de l'intervenant, p. 5. 2003.

[45] Il est possible de commander la trousse complète qui comprend le guide de l'intervenant à l'adresse suivante : www.lifestyles.com/canada/pubFr.html#_Toc153693700

ANNEXE 4

STRATÉGIES POUR MAXIMISER L'UTILISATION DU PRÉSERVATIF

En intervention, il est recommandé d'adapter votre langage à la population visée par vos messages de prévention. Par exemple, certains QOH vont utiliser le mot « chapeau », « capote », « condom », préservatif ou autre terme. Assurez-vous de parler le même langage qu'eux.

Voici des suggestions de pistes d'intervention qui peuvent aider à maximiser les messages de prévention liés à l'utilisation du préservatif [46] :

- Le développement des capacités de négociation du préservatif avec les partenaires, en fonction du type de relation amoureuse et sexuelle.
- Les techniques d'utilisation du préservatif, pour éviter le bris du préservatif, par exemple.
- La revalorisation du préservatif et de ses propriétés protectrices.
- La reconnaissance d'une situation de risque selon les différents niveaux d'engagement émotif et sexuel, en particulier dans le cas de relations sexuelles clandestines.
- La sensibilisation aux dimensions biomédicales du VIH/sida, des ITS et aux nouveaux traitements.
- La sensibilisation aux aspects affectifs et érotiques, rattachés à l'exercice de la sexualité, dépassant les aspects biologiques et techniques, pour privilégier une approche plus existentielle, plus expérientielle.

[46] Tiré intégralement de : Robillard, C., Délice, Y, Lévy, JJ., Frigault LR., Sexualité et prévention, une étude auprès des jeunes d'origine haïtienne, p. 85-86. 4e trimestre, 2004.

ANNEXE 5

LEXIQUE CRÉOLE[47]

Objectifs visés par ce lexique

Pour les personnes qui ne parlent pas créole, permet de :

- « Briser la glace » pour favoriser la création d'un lien de confiance;
- Favoriser la compassion en nommant une émotion en créole;
- Détendre l'atmosphère en utilisant l'humour en prononçant des mots simples en créole qui peuvent être teinté d'un accent plus québécois.

Pour les personnes qui parlent créole, permet de :

- Favoriser la création d'un lien de confiance (rapprochement de la culture d'origine);
- Utiliser des proverbes pour faire passer certains messages plus délicats de façon, légère, ludique, imagé et symbolique;
- Favoriser la compassion en permettant à la personne de parler de situations difficiles dans sa propre langue.

Chaque région d'Haïti a ses particularités dans la locution créole. Il est souhaitable de vérifier avec la personne le niveau de compréhension avant d'utiliser certains mots ou de vous lancer dans une conversation.

Notions de base[48]

Dans l'orthographe haïtien, il n'y a pas d'accent aigu (é), par contre les mots avec la lettre **E** se prononcent avec un accent aigu (é). Ex : medikaman.

W variante de **ou**. Le « **Ou** » devient w en fin de phrase et devant un mot commençant par une voyelle. Ex : Ou kontan, w ap danse.

Particularité culturelle : il est conseillé de commencer toute conversation par des phrases en français puis continuer familièrement en créole.

[47] Traduction réalisée par Marie-Hélène Luly, organisatrice communautaire (projet compassion), GAP-VIES ainsi que de Joseph Jean-Gilles, Directeur de GAP-VIES. Octobre 2008.

[48] Cette partie est tirée intégralement de "Termes médicaux français/créole haïtien" préparé par Marie Paule Camblard en collaboration avec Monique Dauphin, Harry Pierre Lorfils et Jean-Robert Legros. DSP Montréal-Centre 14 février 2007.

Français	Créole
Est-ce que vous habitez loin d'ici? Dans quel quartier?	Eske w rete lwen pa bò isit? Nan Ki katye w rete? Nan ki zòn ou rete?
Avez-vous un-e petit-e ami-e?, Depuis quand?	Eske w gen menaj? Eske w renmen? Depi ki lè?
Êtes-vous marié? placé? Depuis quand?	Eke w marye? Eske w plase? Eske w akote? Depi ki lè?
Y-a-t-il quelqu'un en qui vous avez confiance et à qui vous pouvez vous confier?	Eske w gen yon moun ou ka fè konfyans, yon moun ou ka di zafè w?
Avez-vous de la famille ici?	Eske w gen fanmi isit?
C'est beaucoup d'émotions! Y-a-t-il une émotion en particulier que vous voudriez me partager?	Anpil emosyon pa vre? Eske w gen yon bagay ki make w ou ta renmen pale avèk mwen?
Il ne faut pas lâcher	Pa lage Kenbe fèm
Valeurs amoureuses	Valè lanmou

A	Aimer	Renmen
	Amitiés	Zanmitay
	Amour	Lanmou
	Attirance	Mache nan san
	Attirance homosexuelle	Gason ki renmen gason parèy yo
	Attirance hétérosexuelle	Gason ki renmen fanm Fanm ki renmen gason
	Attirance bisexuelle	Moun ki renmen ni fanm ni gason
B	Bien-être physique Bien-être mental	Santi kò w anfòm Santi tèt ou anfòm
C	Colère	Kòlè Fache
	Communauté	Kominote
	Communiquer	Kominike Kontakte
	Confidentialité	Konfidansyèl Konfidansyalite

	Cousin Cousine	Kouzen Kouzin
D	Déni	Refize asepteRefize admèt Pa vle pran konsyans
	Dépistage	Depistay (chache konnen) Pase tès pou konnen
	Dignité	Diyite
	Douleur	Doulè
	Droits	Dwa
	Drogue	Dwòg
E	Enfants	Timoun Pitit
	Enragé	Anraje
F	Famille	Fanmi Lafanmi
	Femme	Fanm Madanm
	Fête Fêter	Fèt Banbòch Banboche
	Fille	Ti fi Pitit fi
	Frère	Frè

	Frustration	Vekse Veksasyon Fristre Fristrasyon
G	Garçon	Gason
	Grands-parents	Ayèl Bizayèl
	Grand-mère	Grann Granmè
	Grand-père	Granpè Granpapa
	Grossesse	Gwo vant Gwòs Fanm ansent Bèl maladi
H	Homosexualité	Gason ki fè bagay ak gason Gason ki fè sèks ak gason Fanm ki fè bagay ak fanm, fanm ki fè sèks ak fanm
	Honneur	Lonè
	Honte	Lawont
	Humiliation	Imilyasyon
I	Interruption volontaire de grossesse	
	IVG	Fè Avòtman Jete pitit Retire pitit Dilatasyon
	Avortement spontané	Fòs kouch Fè Avòtman Pèdi pitit
	Invité	Envite
	ITSS	Enfeksyon moun trape nan fè sèks, Enfeksyon moun trape nan fè bagay
M	Manipulation	Jwe nan tèt Jwe nan lespri Jwe nan lòlòj
	Mari	Mari Nonm Mouche (forme grossière)
	Mourir	Mouri
O	Oncle	Tonton Monnonk
	Orientation (homosexuelle, hétérosexuelle, bisexuelle)	Ak ki moun ou fè bagay? Ak ki kalite moun ou ta vle fè bagay? (fanm, gason oubyen tou de)

P	Partenaire sexuel	Patnè (patnè kabann)
	Peur	Lapèrèz
	Pousser	Pouse
	Pasteur	Pastè
	Prêtre	Pè
	Prêtres dans la religion vaudou	Oungan, Wougan ou Bòkò : homme prêtre dans la religion vaudou Manbo : femme prêtresse dans la religion vaudou
R	Respect	Respè
S	Secret	Sekrè
	Séduire	Vire lòlòj
	Sexualité	Zafè sèks
	Sœur	Sè
	Soutien	Soutyen Sipò
	Spiritualité - Quelles sont tes croyances?	Nan kisa ou kwè?
	Suivi médical	Siv kay doktè
T	Tante	Matant
	Tristesse	Chagren
V	VIH-sida	Viris sida Maladi sida
	Violence physique	Bay kou Bat Kale
	Violence psychologique	Pale mal Rabese Joure Imilye
	Vivre	Viv
	Voisin-e	Vwazen Vwazin
	Violence faite aux femmes	Vyolans sou fanm
	Grossesse précoce	Gwosès twò bonè
	Grossesse non désirée	Gwosès malè

Proverbes[49]

Kreyòl pale, kreyòl konprann! (Ti pawol Lamital)

Voici une petite sélection de proverbes haïtiens de notre ami Talégrand Noël qui nous les dévoile en nous livrant quelques clés pour les comprendre. Talégrand est haïtien d'origine rurale, artiste, romancier et grand connaisseur de nombreux proverbes (voir notre bibliographie).

En Haïti, les proverbes font partie de la culture populaire, ils sont des milliers et se transmettent oralement de générations en générations constituant ainsi un riche patrimoine.

Les paysans manient ces proverbes avec perspicacité et beaucoup de répartie, leur évitant ainsi de se lancer dans de grands discours tout en se faisant bien comprendre.

Créole	Français
Kay piti nat anba bwa	La maison est petite, on prend ses nattes sous le bras (Même si on est un peu juste, il faut faire de la place pour accueillir et héberger tout le monde)
Manje kwit pa gen mèt	La nourriture cuite n'a pas de maître (Il faut partager avec quiconque arrive à l'heure du repas)
Sa pòv genyen se li l pote nan mache	Ce que le pauvre possède c'est ce qu'il apporte au marché (Il faut offrir ou savoir se contenter de ce que l'on a)
Bay piti pa chich	Donner peu ne signifie pas qu'on est pingre (On donne ce qu'on a. Sous entendu : si on avait beaucoup, on donnerait davantage)
Se anvi bay ki bay	C'est parce qu'on a vraiment envie qu'on a donné (Faire un geste de générosité alors qu'on est soi-même dans une situation précaire)
Konn li pa di lespri pou sa	Savoir lire ne veut pas dire qu'on a de l'esprit (Être lettré ne signifie pas qu'on est intelligent pour autant)
Konesans se richès	La connaissance c'est de la richesse
Bwa pi wo di li wè lwen, men grenn pwomennen di li wè pi lwen pase l	L'arbre le plus haut dit qu'il voit loin, mais la graine qui se promène dit qu'elle voit plus loin que lui (Celui ou celle qui voyage a plus de chance de découvrir des choses que ne verra pas celui ou celle qui ne se déplace jamais)
Rayi chen, men pa di l fimen tabak	On peut détester le chien, mais on ne doit pas dire qu'il fume (Il ne faut pas accuser quelqu'un de ce dont il n'est pas capable)
Pa janm koupe dwèt moun k ap ba ou manje	Ne jamais couper le doigt de celui ou celle qui te donne à manger (Ne pas se montrer ingrat ou méchant vis-à-vis de quelqu'un qui t'aide)

[49] Ce document est en libre accès sur le site Internet suivant : www.collectif-haiti.fr/proverbes.php [Site consulté en octobre 2008]

Lè bab kanmarad ou pran dife, mete pa ou alatranp	Lorsque la barbe de ton camarade prend feu, tu peux commencer à mettre la tienne dans la trempe (Il ne faut pas se réjouir lorsque le malheur frappe chez le voisin. Car, nul n'est jamais complètement à l'abri)
Bat chen an tann mèt li	Battez le chien, attendez son maître (Quand on fait du mal à quelqu'un qui est incapable de se défendre, il faut s'attendre à des représailles de la part de ses proches)
Twò prese pa fè jou louvri	Être trop pressé ne fait pas se lever le jour (Cela ne sert à rien de se précipiter)
San se san, dlo se dlo	Le sang c'est le sang, l'eau c'est l'eau (Quelles que soient les circonstances, on reste toujours sensible à la situation de quelqu'un avec lequel on a des liens du sang) b (Les actes qu'on commet en dehors du domicile ont de toute façon des répercussions sur le reste de la famille ou seront connus de la famille)
Koulèv ki gen ke pa janbe dife	Une couleuvre ayant une queue ne traverse pas le feu (Il faut être prudent ou il ne faut pas prendre de risques inutiles quand on a de la famille et/ou des responsabilités)
Manman chen pa janm mòde pitit li jous nan zo	Une chienne ne mord jamais ses petits jusqu'aux os (On ne peut pas faire mal à son propre enfant ou à sa propre chair)
Tete pa janm twò lou pou mèt li	Les seins ne sont jamais trop lourds pour les gens qui les ont (Même si c'est difficile, on s'efforce toujours d'assumer ses responsabilités quand il s'agit de ses propres biens ou de sa progéniture)
Dwèt ou santi ou pa ka koupe l jete	Même si tes doigts puent, tu ne peux pas les couper pour les jeter (Que quelqu'un fasse des choses préjudiciables aux membres de sa famille, on ne peut pas s'en débarrasser ou le tuer pour autant)
Jan chat mache lajounen se pa konsa li peche lannwit	La façon dont le chat marche le jour est différente de la façon dont il chasse la nuit (Il ne faut pas se fier à l'apparence)
Se lè kay pran dife ou konn konbyen kokobe ki te ladan	C'est lorsqu'une maison brûle qu'on sait combien il y avait de handicapés à l'intérieur (Lorsqu'une affaire éclate au grand jour, on est souvent surpris par l'identité des protagonistes)
Se rat kay k ap manje kay	C'est le rat de la maison qui la mange (Pas besoin d'aller chercher ailleurs, le coupable se trouve dans le cercle rapproché (familial ou amical))
Rat manje kann, zandolit mouri inosan	Les rats mangent la canne à sucre, les anolis (espèce de lézard) meurent innocents (Les innocents payent pour les coupables)
Twou manti pa fon	Le trou du mensonge n'est pas profond (La vérité finit toujours par éclater au grand jour)

Moun ki ba ou konsèy achte kabrit nan lapli, se pa li ki ede w pran swen li nan lesèk	Ceux ou celles qui te conseillent d'acheter des chèvres pendant la pluie ne sont pas ceux ou celles qui t'aident à les nourrir quand vient la sécheresse (Les conseilleurs ne sont pas les payeurs)
Chay sot sou tèt tonbe sou zèpòl	Le fardeau sort de la tête pour atterrir sur les épaules (Dans le langage vaudou, pour dire que quelqu'un est ou sera épargné (guéri) au détriment d'un membre de sa propre famille qui périra a sa place)
Dan pouri se sou fig mi li gen fòs	Les dents pourries exercent leur force contre les bananes mûres (Les lâches s'en prennent toujours aux plus faibles)
Sa w fè se li ou wè	Ce que tu fais, c'est ce que tu vois (Tu récoltes ce que tu as semé)
Jan chache, jan twouve	La façon dont on cherche, c'est la façon dont on trouve (Tu l'as cherché! ou tu l'as mérité!)
Jistis Bondye se kabwèt bèf	La justice de Dieu, c'est une charrette tirée par un bœuf (La justice divine est semblable à une charrette, lente mais efficace. Sous entendu, qu'elle se produira tôt ou tard)
Toutan tèt poko koupe, li espere pote chapo	Tant que la tête n'est pas coupée, elle a l'espoir de porter le chapeau (Tant qu'on est vivant, il faut lutter sans jamais désespérer)

Bibliographie

ADRIEN, A., Bien Aimé., M., Fournier, F. et Tannenbaum, T. (2001). *Les Montréalais d'origine haïtienne et le contrôle de la tuberculose et de l'infection au VIH : barrières stratégies d'action.* Direction de la santé publique. Régie Régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

ADRIEN, A., Boivin, J-F., Hankins, C., Leaune, V., Tousignant, Y. et Tremblay, J. (1991). *Le sida et les Montréalais d'origine haïtienne. Connaissances, attitudes, croyances et comportements de la communauté.* Centre d'études sur le sida. Département de santé communautaire. Hôpital général de Montréal.

ADRIEN, A. et Cayemittes, M. (1991). *Le sida en Haïti : connaissances, attitudes, croyances et comportements de la population.* Centre d'études sur le sida. Département de santé communautaire. Hôpital général de Montréal.

A, GOUDREAU., Côté, G., (2001). La Bibliothérapie : comment favoriser l'alliance thérapeutique. Revue Québécoise de psychologie, vol.22 (3), pp 7-25.BADIE, B. et Tolotti, S. (2007). *L'État du monde, Annuaire économique et géopolitique 2008,* Éditions La Découverte, Éditions du Boréal, quatrième trimestre 2007. Paris, France.

BIJOUX, L. (1990). *Coup d'œil sur la famille haïtienne.* Port-au-Prince, Éditions Des Antilles « A ».

DEJEAN, P. (1990). *D'Haïti au Québec.* Centre International de Documentation et d'Information Haïtienne, Caribéenne et Afro-Canadienne (CIDIHCA).

DIEUDONNÉ, I. (1996). *Intervenir auprès de la clientèle d'origine haïtienne dans le cadre de la protection de la jeunesse*. Les Centres jeunesse de Montréal.

L'État du monde, Annuaire économique et géopolitique 2006 (2005), Éditions La Découverte, Éditions du Boréal, quatrième trimestre 2005. Montréal.

HAMEL, C., guide d'accompagnement de la pièce de théâtre *« Il était une deuxième fois, tranche de vie d'une famille immigrante »* Mise au jeu, 2007.

JAMES, L. (2006). *« Manuel de prévention du VIH : outil pour les fournisseurs de services servant les communautés africaines et africaines caribéennes vivant au Canada, partie 1.* CACVO, juillet 2006. Centre de santé communautaire Women's Health in Women's Hands. Disponible sur www.accho.ca [page consultée octobre 2008].

LEAUNE, V. (2003). *« Stratégies d'adaptation au risque d'infection au VIH chez les jeunes femmes d'origine haïtienne. Une réalité multidimensionnelle et dynamique ».* Dans Lévy et coll. (dirs). Enjeux Psychosociaux de la santé, Québec, Presses de l'Université du Québec.

Ministère de l'immigration et des Communautés culturelles : *Portrait statistique de la population d'origine ethnique haïtienne recensée au Québec en 2001*, Gouvernement du Québec, 2005. Disponible sur : www.quebecinterculturel.gouv.qc.ca/fr/diversite-ethnoculturelle/stats-groupes-ethno.html [page consultée octobre 2008].

PONTEL, M. (2004). *Femmes Noires et alors, des Québécois d'origine haïtienne disent la violence.* BCHM, UQÀM, Service aux collectivités. Montréal.

RAPHAEL, F. (2006). *Grossesse hors mariage dans les familles haïtiennes.* Revue Santé mentale au Québec, XXX1, n°2, automne 2006, p. 165-178.

ROBILLARD, C., Délice, Y, Lévy, JJ. et Frigault, L-R. (2004). *Sexualité et prévention, une étude auprès des jeunes d'origine haïtienne.* Montréal, Éditions Saint-Martin.

RRSSS de Montréal, CLSC Côte-des-Neiges (1996). *Mères et Mondes, la communauté haïtienne.* Feuillet d'information sur la santé des mères et des nouveau-nés de communautés culturelles de Montréal, no 3-Mai.

RYAN, B. (2000). *"La honte d'être"*, Association québécoise de suicidologie, Vis à vie, "Suicide et orientations sexuelles", vol. 10, n°2, septembre 2000. Disponible sur : www.aqps.info/docs/vav/v10/v10n2-03.html - [page consultée octobre 2008].

Statistiques Canada (2008). Tableau personnalisé CO-0982, recensement 2006, avril 2008.

THARAO, E., Massaquoi, N. et Teclcom, S. (2006) *« Silent Voices of the HIV/AIDS Epidemic : African and Caribbean Women in Toronto ».* 2002-2004, April 2006. Disponible sur : www.whiwh.com/Silent%20Voices%20of%20HIV%20Final%20Report.pdf - [page consultée octobre 2008].

TROTTIER, G., Fernet, M., Otis, J., Pelletier, R., Boucher, M., Lévy, J. J., Bastien, R., Samson, J. et Lapointe, N. (2005). *« Les expériences de vie des femmes séropositives depuis l'avènement des nouvelles thérapies contre le VIH/sida »*, Rapport de recherche. FQRSC : SR 46-40-2003-2005.

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Québec
Direction de santé publique

BON DE COMMANDE

QUANTITÉ	TITRE DE LA PUBLICATION	PRIX UNITAIRE (plus frais de manutention si désiré par la poste)	TOTAL
	Trousse d'outils pour la prévention et le soutien auprès des Québécois d'origine haïtienne	**250.00 $** sur place à la Santé publique	

CAHIER 1 Portrait global des Québécois d'origine haïtienne

CAHIER 2 Communication parents/adolescents en termes de sexualité

CAHIER 3.1/ 3.2 Dépistage du VIH counseling pré-test et dépistage du VIH auprès des femmes enceintes

CAHIER 3.3 Grandes lignes du counseling post-test

Incluant les documents annexes qui forment l'ensemble de la trousse d'outils.

978-2-89494-761-6
Numéro d'ISBN

Nom _____

Adresse _____
N° Rue App.

_____
Ville Code postal

Téléphone _____ Télécopieur _____

Les commandes sont payables *à l'avance* par chèque ou mandat-poste à l'ordre de la Direction de santé publique de Montréal

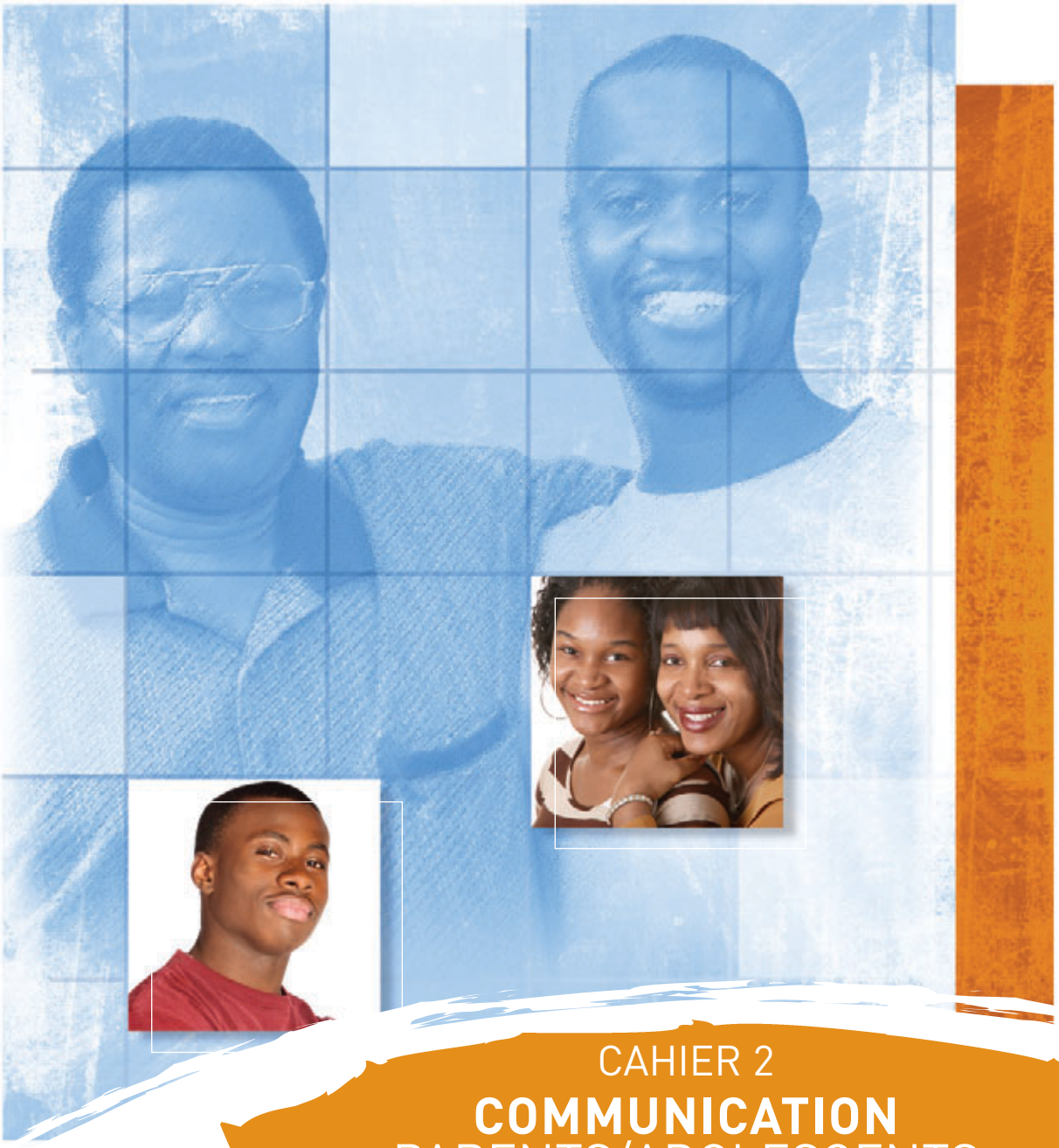
Veuillez retourner votre bon de commande à :
CENTRE DE DOCUMENTATION
Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3

Pour information : 514 528-2400 poste 3646

GARDER notre monde ENSANTÉ

1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : 514 528-2400
www.santepub-mtl.qc.ca

Trousse d'outils pour la prévention et le soutien auprès des Québécois d'origine haïtienne



CAHIER 2

COMMUNICATION PARENTS/ADOLESCENTS en termes de sexualité

Intégrer les dimensions culturelles dans l'intervention face au VIH et aux autres infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

DOCUMENT DE RÉFÉRENCE

S.V.P. REPLACER CE DOSSIER DANS LA SECTION APPROPRIÉE DE LA TROUSSE APRÈS UTILISATION.

Trousse d'outils pour la prévention et le soutien auprès des Québécois d'origine haïtienne

CAHIER 2
Communications parents/adolescents en termes de sexualité

Valérie Lépine

2008

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Québec

gap VIES

COCQ-Sida

La «Trousse d'outils pour la prévention et le soutien auprès des Québécois d'origine haïtienne» est un assemblage de documents de diverses natures et provenances visant à renforcer les interventions en prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang auprès des Québécois d'origine haïtienne (QOH) et le soutien aux personnes vivant avec le VIH. Quatre de ces documents en constituent le cœur de la trousse et ont été spécifiquement conçus en ce sens. Le présent document est l'un de ceux-là.

Trousse d'outils pour la prévention et le soutien auprès des Québécois d'origine haïtienne

Cahier 1 - Portrait global des Québécois d'origine haïtienne

Cahier 2 - Communication parents/adolescents en termes de sexualité

Cahier 3.1/3.2 - Dépistage du VIH counseling pré-test et dépistage du VIH auprès des femmes enceintes

Cahier 3.3 - Grandes lignes du counseling post-test

© Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal;
COCQ-SIDA et GAP-VIES (2008)
Tous droits réservés

ISBN 978-2-89494-761-6
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2008
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2008
Prix : 250,00$ vendue en trousse complète avec documents de provenances diverses

Crédits concernant la trousse d'outils ciblant les Québécois d'origine haïtienne (QOH) :

L'élaboration de la trousse d'outils a été rendue possible grâce à la contribution financière de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal dans le cadre de la Stratégie ITSS du MSSS. La trousse s'est construite à la suite d'une étape initiale de recherche (phase 1) financée par les Instituts de Recherche en Santé du Canada (IRSC). Sa production a été possible grâce au financement de la Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-Sida), un organisme subventionné par le Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang (SLITSS). Ce projet n'aurait pas été possible sans la contribution inestimable du personnel du Groupe d'actions pour la prévention de la transmission et l'éradication du sida (GAP-VIES), organisme communautaire qui offre des services de prévention du VIH/sida et du soutien auprès des PVVIH de la communauté haïtienne et leurs proches.

RESPONSABLE DE L'ENSEMBLE DU PROJET (PHASES 1 ET 2)

Dr Alix Adrien — Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

AUTEURE ET COORDONNATRICE DU PROJET PHASE 2

Recherche, conception et rédaction de l'ensemble de la trousse d'outils

Valérie Lépine — Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

COORDONNATRICE DU PROJET PHASE 1

Recherche, mise en place du partenariat et recension des écrits

Witnisse Mereus — Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

MEMBRES DU COMITÉ DE PILOTAGE DU PROJET, PARTENAIRES AU PROJET ET VALIDATION FINALE DU CONTENU

Riyas Fadel, **Jorge Flores**, **René Lavoie** — Coordonnateurs de projet COCQ-Sida

Joseph Jean-Gilles — Directeur, GAP-VIES

Dr Carole Morissette — Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

MEMBRES DU COMITÉ DE SOUTIEN À L'ÉLABORATION DE LA TROUSSE ET À LA VALIDATION DU CONTENU

Edith Duterville — Institut thoracique de Montréal (ITM)
Riyas Fadel — COCQ-Sida
Roseline Joltéus — GAP-VIES
Marie-Hélène Luly — GAP-VIES
Guylaine Morin — Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine
Geneviève Nemouthé — GAP-VIES
Fabienne Pierre-Jacques — Bureau de la communauté haïtienne de Montréal (BCHM)
Stéphane Richard — GAP-VIES
Jean-Michel Richard — Maison d'Hérelle
Martine Tate — CSSS St-Michel

VALIDATION EXTERNE

Dr Frantz Raphaël — Médecin, ethnothérapeute au CSSS St-Léonard/St-Michel

CONCEPTION GRAPHIQUE ET MISE EN PAGES

Marie-Judith Langlois — MJL Design

RÉVISION LINGUISTIQUE

Adeline Murat
Emmanuelle Adrien

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

INTRODUCTION

ATTENTION AUX GÉNÉRALISATIONS RAPIDES ET ABUSIVES



Le profil des personnes d'origine haïtienne vivant au Québec n'est pas homogène. Chaque personne issue de cette communauté a un parcours de vie unique et chaque individu a sa façon propre de vivre et d'exprimer sa culture. De plus, certains QOH sont de nouveaux immigrants alors que d'autres sont nés au Québec de parents nés en Haïti[1]. Il existe une différence entre ces Québécois d'origine haïtienne au niveau de l'impact socioculturel haïtien et de l'existence ou non de chocs post-traumatiques liés à des situations de conflits politiques vécus en Haïti.

Par exemple, le Dr Frantz Raphaël (2006) distingue deux groupes issus de la communauté haïtienne vivant à Montréal, le groupe des occidentalisés et le groupe des créoles :

> *« Le passage à l'école, aux institutions universitaires, fait des filles et fils issus de familles créoles de « nouveaux occidentalisés », de « nouveaux Affranchis », des intellos de la petite bourgeoisie, alors que les parents demeurent des Créoles. C'est bien ainsi que l'homme haïtien perçoit l'évolution, la modernité du Créole, comme s'il n'y a pas de reconnaissance formelle d'élites créoles. Ainsi, ceux qui n'ont pas accès aux valeurs occidentales, demeureront des Créoles, notion qu'il ne faut pas négliger dans nos pratiques transculturelles. »*

Ce document présente les particularités culturelles de la communauté haïtienne pouvant influencer les interventions en lien avec la communication parents/adolescents en termes de sexualité. L'objectif est d'identifier des spécificités culturelles jouant un rôle dans la communication sur la sexualité, dans le but de développer des stratégies facilitant le dialogue à ce sujet.

Les informations se retrouvant dans ce document peuvent parfois paraître stéréotypées ou porter des préjugés. Cependant, il est important de les aborder afin de mieux adapter les interventions. En tant qu'intervenant communautaire ou social, infirmier ou encore professionnel de la santé, ces informations peuvent vous guider dans vos interventions. Tel que mentionné, chaque personne est différente et exprime sa culture à sa façon. Il est donc important d'éviter les généralisations et de vous laisser guider par la personne devant vous.

Pertinence d'ouvrir le dialogue entre les parents QOH et leur adolescent face aux thèmes liés à l'amour et à la sexualité.

Quelle que soit la culture, la période d'adolescence est une période remplie de questionnements face à son identité personnelle, ses besoins, ses attentes par rapport à la vie en général et plus particulièrement face à l'amour et à la sexualité. Les croyances et les coutumes socioculturelles, d'une culture donnée, peuvent influencer le comportement et définir la façon socialement acceptée de vivre ce moment.

[1] Tableau personnalisé CO-0982, recensement 2006, Statistiques Canada, avril 2008.

Durant cette période de vie, la famille demeure un modèle central qui inspire les jeunes sur les rôles de genre qu'ils ont à développer. Le rôle de l'homme et de la femme, tout comme pour les comportements sexuels, prennent leur base auprès de l'entourage immédiat. En effet, les parents transmettent leurs croyances, leurs attitudes et leurs perceptions face à l'univers de l'amour et de la sexualité. Les échanges entre les parents et leur adolescent sont donc importants, puisqu'ils influencent la perception de la sexualité du jeune, surtout dans le but de le guider vers une exploration qui soit éclairée et sécuritaire.

En effet, en prenant en compte qu'au Québec, sur les 3 519 cas de VIH rapportés d'avril 2002 à juin 2006, 280 (8 %) étaient d'origine haïtienne. Et parmi les 1 853 nouveaux cas de VIH rapportés pour cette même période, 137 (7,4 %) étaient issus de la population originaire d'Haïti.[2] De 1979 à décembre 2003, le nombre total de cas déclarés de sida provenant de cette communauté s'élevait à 585 soit 9,6 % des 6 098 cas déclarés au Québec[3]. Ce nombre représente près de 85,0 % des 690 cas de sida déclarés chez les personnes originaires d'un pays où le VIH est endémique.

À ces données épidémiologiques s'ajoute le taux d'incidence élevé (nouveaux cas déclarés) de certaines ITSS dans la région de Montréal au sein des jeunes hommes et femmes âgés entre 15-24 ans. Parmi ces infections on compte, entre autres, la chlamydia et la gonorrhée (Leclerc P., Tremblay, C., 2008).

À Montréal, pour le CSSS Saint-Léonard/Saint-Michel et pour tous les autres CSSS de Montréal, la chlamydia est la maladie à déclaration obligatoire (MADO) la plus souvent déclarée. En effet, pour le CLSC Saint-Michel, on compte un taux d'incidence de chlamydia de 1 141,7 par 100 000 pour les jeunes âgés entre 20 à 24 ans et de 1 018,1 par 100 000 pour les jeunes âgés entre 15 à 19 ans (Leclerc P., Tremblay, C., 2008)[4]. Concernant le CLSC Saint-Léonard, on parle de 892,0 par 100 000 pour les jeunes âgés entre 20 à 24 ans. Notons que ce territoire dessert 10 % des immigrants de Montréal soit 49 470 personnes. Parmi les communautés immigrantes, on compte 16,5 % de personnes originaires d'Haïti (Centre de santé et de services sociaux de Saint-Léonard et Saint-Michel, 2004).

De plus, pour tous les territoires, ce sont surtout les femmes qui seraient particulièrement touchées par la chlamydiose (Leclerc P., Tremblay, C., 2008). Notons qu'une des complications de la chlamydia lorsqu'elle n'est pas traitée est l'infertilité.

En prenant en compte ces taux d'incidence, il est clair que les jeunes QOH font partie des populations qui sont touchées par le VIH et les autres ITSS. Ainsi, afin de réduire les risques des jeunes QOH face à ces problématiques, la communication entre les parents et leur adolescent en termes de sexualité devient un élément essentiel.

[2] Institut national de santé publique du Québec : *Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec - Cas cumulatifs*, d'avril 2002 à juin 2006. Avril 2007.

[3] Ministère de la santé et des services sociaux : *Surveillance des cas de syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA). Cas cumulatifs 1979-2003.* Mise à jour 2003-2.

[4] Le rapport régional et local sur la situation épidémiologique des ITSS sont en libre accès à l'adresse suivante, site de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal: www.santepub-mtl.qc.ca/Portrait/csss/stleonardstmichel/index.html

Pour certains parents QOH, il peut sembler délicat de parler des thèmes liés à la sexualité, surtout si les normes socioculturelles prônent la virginité avant le mariage. Par contre, il est primordial de **renforcer leurs habilités parentales à dialoguer avec leur jeune sur les sujets qui touchent l'univers des relations amoureuses et sexuelles.**

En effet, renforcer les habiletés parentales à communiquer avec leur adolescent sur les thèmes liés à la sexualité permet de favoriser l'atteinte des objectifs suivants :

- Développer une relation amoureuse saine, harmonieuse, sans violence, basée sur des rapports de genre égalitaires;
- Prévenir les grossesses précoces et non désirées;
- Prévenir l'infection au VIH et les autres ITSS, ce qui contribue à préserver sa fertilité (complication de certaines ITSS), valeur sociale importante pour les QOH.

COMMUNICATION PARENTS/ADOLESCENTS EN TERMES DE SEXUALITÉ

Éléments à prendre en considération lors de l'intervention

FAVORISER

- Un lieu calme, accueillant, discret, assurant la confidentialité;
- Une ouverture d'esprit, une absence de jugement de valeur;
- Un langage simple et accessible en répétant plusieurs fois la même information;
- Une compréhension des concepts moins familiers en demandant à la personne de répéter dans ses mots;
- Une approche culturelle adaptée à la réalité des parents en tenant compte de leurs repères, leurs valeurs, leurs préoccupations face aux questions liées à l'éducation sexuelle;
- L'identification des « idées reçues »;
- La clarification de vos interrogations face aux spécificités culturelles liées à la sexualité;
- Le partage dans vos questionnements;
- La confiance en la personne QOH pour qu'elle vous guide sur **sa** réalité;
- Une distribution d'informations complémentaires simples et adaptées;
- Une deuxième ou plusieurs rencontres de suivi.

***Proposition de définition de l'éducation sexuelle*[5] :**

Processus explicite ou implicite visant, d'une part, le développement intégral de soi en tant qu'être sexué en relation et, d'autre part, l'apprentissage progressif de la sexualité humaine et de sa propre sexualité. Comprend toutes les actions directes ou indirectes, intentionnelles ou non, formelles ou informelles utilisées à ces fins. [Syn: éducation à la sexualité]

[5] Département de sexologie, Lexique des termes sexologiques. Disponible sur : www.elysees-monceau.com/Sexologie&Psycho/lexique_des_termes_sexologiques.htm [page consultée en juin 2008].

Selon Immigration et Communautés culturelles du Québec (2005)[6], 75 % des personnes âgées de 15 ans et plus sont de première génération, c'est-à-dire nées à l'étranger et 22,4 % sont de la deuxième génération, c'est-à-dire nées au Québec mais de parents nés à l'étranger.

Toujours selon Immigration et Communautés culturelles du Québec (2007), parmi la population immigrante admise entre 1996 et 2005 au Québec, on compte 14 767 immigrants pour lesquels leur dernière résidence était Haïti.

En tenant compte de ces variables, il est important de noter que les personnes faisant appel aux services de soutien médical et psychosocial peuvent être de nouveaux arrivants, directement d'Haïti. Il est probable que le bagage traditionnel de la culture haïtienne, à des niveaux différents, soit encore bien présent.

Il est fortement recommandé de lire les documents à distribuer aux parents avant de leur transmettre. Cela permet de s'assurer qu'ils sont bien adaptés à leur réalité. Il est aussi possible de guider les parents vers des sections en particulier, courtes et simples à comprendre.

EN BREF

Les schèmes socioculturels varient d'un parent QOH à l'autre. Il faut donc explorer avec eux leurs attitudes, leurs valeurs et leurs traditions. Vous pourrez ainsi mieux adapter le contenu de ce cahier à la réalité du parent QOH.

Diplomatiquement et humblement, n'hésitez pas à questionner le parent QOH sur ses propres schèmes de pensée socioculturels liés à l'éducation sexuelle de son adolescent.

Pour des propositions d'interventions complémentaires veuillez vous référer au « Portrait global des Québécois d'origine haïtienne » à la section « Groupes des créoles et des occidentalisés à Montréal » :

« Liens avec l'intervention » à la p. 16

Sections 1 à 1.6 incluant tous les « Liens avec l'intervention » p. 17 à 33

LE LANGAGE NON VERBAL ET LES FORMES DE RESPECT DANS LA COMMUNICATION PEUVENT VARIER D'UNE CULTURE À L'AUTRE.

[6] Les données démographiques du recensement de 2006 n'étant pas encore disponible, par conséquent, nous utiliserons celles de 2001 du « Portrait statistique de la population ethnique haïtienne recensée au Québec en 2001 », Immigration et communautés culturelles, Gouvernement du Québec, 2005.

COMMUNICATION PARENTS/ADOLESCENTS QOH EN TERMES DE SEXUALITÉ



Informations utiles pour une approche culturelle adaptée aux QOH [7]

La sphère sexuelle

Dans plusieurs cultures, dont la culture haïtienne, la discussion sur des thèmes liés à la sexualité est souvent évitée et, comme beaucoup de parents, les parents QOH remettent souvent la responsabilité d'éducation sexuelle entre les mains du milieu scolaire et aux professionnels de la santé.

Certains parents QOH ne s'identifient pas comme vecteur d'information en matière d'éducation sexuelle. Certains pensent que leur adolescent a accès à diverses sources d'information où il peut trouver des réponses à ses questions (Internet, télévision, pairs, fratrie, cousins/cousines, milieu scolaire, maison de jeunes).

En effet, il peut exister un malaise réciproque face aux discussions en matière d'amour et de sexualité. Par peur du jugement, le jeune peut se sentir embarrassé, démuni de poser des questions. Par ailleurs, le parent peut aussi se sentir dépassé par le manque d'outils et d'information à ce sujet. Influencés également par d'autres facteurs socioculturels et religieux, les deux parties préfèrent garder le silence.

Mythes de certains parents QOH face à l'éducation sexuelle

Tout comme plusieurs parents, certains parents QOH pensent que s'ils parlent de sexualité avec leur adolescent, ils vont l'inciter à développer une vie sexuelle active. En d'autres mots, certains se disent que s'ils n'en parlent pas « ça n'arrivera pas ».

Dans les faits, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1993)[8], l'éducation sexuelle :

- N'incite pas les jeunes à avoir des relations sexuelles plus tôt ou plus souvent;
- Peut apprendre aux jeunes à repousser leur premier rapport sexuel
- Peut accroître l'utilisation des contraceptifs.

De plus, l'OMS insiste sur le fait qu'il est important de commencer l'éducation sexuelle à un jeune âge.

S'ASSURER D'AVOIR LU LES FICHES PRÉCÉDENTES: « Éléments à prendre en considération lors de l'intervention ».

Pour des informations complémentaires à ce sujet, veuillez vous référer aux thèmes inclus dans le « Portrait global des Québécois d'origine haïtienne » :

Sexualité, VIH et inégalité des rapports de genre, au point 4.2, p. 46-47.

Amour et sexualité chez les jeunes QOH, point 5, p. 50-52.

Parents QOH face à la vie sexuelle et la grossesse hors mariage de leurs adolescentes p. 60-63.

[7] La majeure partie du contenu de ce thème est inspirée des communications avec les comités de soutien à l'élaboration de la trousse, 14-15 mai 2007.

[8] Cité dans « Série de modules sur la technologie contraceptive et la santé de la reproduction, santé de la reproduction des jeunes adultes », FHI, disponible à l'adresse suivante : www.fhi.org/fr/RH/Training/trainmat/Modules/adol/ss/s2pg10.htm [consultée en juillet 2008]. **Excellent site à consulter.**

Certains parents QOH peuvent aussi se dire que si leur adolescent a besoin d'information, c'est lui qui va initier le dialogue. En réalité, les parents s'attentent à ce que leur jeune pose des questions sur les thèmes liés à la sexualité, alors que les jeunes attendent que les parents ouvrent le dialogue à ce sujet. Il est donc utile de briser ce cercle en outillant les parents à initier le dialogue sur la sexualité.

De plus, il peut arriver que certains parents pensent que les garçons n'ont pas besoin d'autant d'information que les filles. Tel que mentionné plus tôt, l'OMS utilise le terme « jeunes » qui inclut aussi bien les filles que les garçons. Tous deux ont besoin d'être accompagnés afin de développer des relations amoureuses harmonieuses, saines et égalitaires ainsi que des comportements sexuels sécuritaires.

ATTENTION AUX GÉNÉRALISATIONS RAPIDES ET ABUSIVES



Le dialogue en termes de sexualité : position des jeunes QOH

Influencés par les pressions sociales, culturelles et religieuses qui peuvent interdire une vie sexuelle active avant le mariage, particulièrement pour les filles, certains jeunes QOH n'osent pas poser des questions liées à la sexualité à leurs parents et aux adultes qui les entourent. C'est la crainte d'être identifié comme sexuellement actif qui prédomine. Le respect de la vie intime et de la dynamique des rôles hiérarchisés dans la famille, vient ajouter une barrière au dialogue franc et ouvert en termes de sexualité. La relation avec les parents, surtout le père, ne permet pas une communication ouverte sur ces questions.

Dans ce contexte, parler de sexualité devient alors un domaine encore plus intime et par conséquent demeure privé. Ainsi, pour certains adolescents QOH, ouvrir le dialogue sur les questions liées à la sexualité équivaut à manquer de respect envers leurs parents.

Il arrive aussi que le silence perdure par peur de faire intrusion dans la vie intime des parents. Ce malaise est influencé par la nature des questions posées et la peur de confronter les parents à leur propre vie affective et sexuelle.

De plus, certains adolescents craignent que le fait de poser des questions en lien avec l'univers sexuel peut, pour certains, signifier qu'ils sont bel et bien actifs sexuellement. Ce constat peut, dès lors, créer une atmosphère de jugement, exacerbée par la crainte des interdits de la part des parents que les jeunes ne sont pas nécessairement prêts à accepter.

Le dialogue en termes de sexualité : position des parents QOH

Dans la culture haïtienne, le fait que la famille soit élargie peut avoir comme conséquence que le rôle de l'éducation sexuelle ne revient pas toujours au père et à la mère. Parfois, ce sera un oncle ou une tante ou encore un ami de la famille qui sera chargé de s'assurer que l'essentiel est transmis (virginité avant le mariage, importance du mariage, importance des enfants après le mariage, fidélité).

ATTENTION AUX GÉNÉRALISATIONS RAPIDES ET ABUSIVES

Les thèmes liés à la sexualité sont rarement discutés avec les garçons et très souvent, ils ont droit à une permissivité plus grande que les filles. Par exemple, les garçons peuvent :

- Sortir seuls, non accompagnés par une tierce personne, sans être constamment chaperonnés;
- Rentrer à des heures plus tardives que les filles;
- Séduire les filles;
- Avoir des relations sexuelles avant le mariage sans être questionnés sur leur virginité.

Par contre, le dialogue avec les filles, s'il a lieu, est fait lorsqu'elles ont leurs premières menstruations et le discours, parfois réprobateur, peut être teinté de peurs et d'interdits. La discussion peut faire allusion à :

- Le déshonneur de la famille, en disant à la jeune fille à quel point la valeur de la virginité avant le mariage est une valeur qui doit absolument être respectée, cadeau précieux pour son futur mari et pour l'honneur des deux familles. Puisque lorsqu'il y a un mariage, c'est une filiation importante entre deux familles qui se crée;
- L'exclusion de la jeune fille de la famille en cas de relations sexuelles ou d'une grossesse en dehors du mariage, qui peut être jugée illégitime par certains parents;
- L'exclusion de la jeune fille de la famille en cas d'interruption volontaire de grossesse.

Il arrive que les mères soient plus strictes avec les filles dans un souci de préserver la dignité du père face au reste de la communauté haïtienne :

> *« Ce père ne peut contrôler sa famille, la mère ne sait pas bien éduquer leurs enfants. »*[9]

Souvent, comme pour d'autres parents, ils se sentent dépassés par d'autres événements plus prioritaires. Il y a aussi le fait qu'ils manquent souvent eux-mêmes d'informations adéquates concernant la sexualité. **Cette absence de dialogue n'est donc pas dûe au manque de volonté, mais plutôt au fait qu'ils ne se sentent pas outillés pour répondre aux questions en lien avec l'éducation sexuelle de leur adolescent.**

[9] Communication avec le comité de soutien à l'élaboration de la trousse, volet prévention, 18 septembre 2007.

Selon Azdouz (2004), les divergences en matière d'amour et de sexualité sont accentuées ou minimisées selon l'intensité du choc culturel. Ainsi, les propos qui suivent éclairent sur la dynamique qui peut entourer les relations amoureuses des jeunes et des parents issus de l'immigration et qui peut encore subsister dans certaines familles haïtiennes où les parents sont nés en Haïti et leurs enfants au Québec :

> *« Les différences vont être influencées et accentuées ou minimisées par l'intensité du choc culturel et de la crise d'identité qui en découle. Plus le choc culturel est fort plus la différence, l'écart entre la conception du couple et la relation amoureuse dans le pays d'origine et celles que l'on retrouve ici, est grande. Plus le parent va dire à l'enfant : « Ici c'est ici, chez nous, c'est chez nous. Nous on a une conception du couple qui est balisée par la religion, et c'est à l'intérieur de ça que tu vas rentrer », plus, bien entendu, le jeune va développer à son tour des stratégies qui vont vous donner, comme intervenants, comme praticien, du fil à retordre, parce qu'il faut décoder. »*

Tel que soulevé plus tôt dans ce document, Robillard et coll. (2004) confirment que le sujet de la sexualité, étant vu comme gênant, est plutôt évité :

> *« Les répondants, hommes ou femmes, rapportent rarement pouvoir aisément discuter de sexualité avec leurs parents. Thème gênant, le sujet est plutôt évité. D'ailleurs, leurs activités sexuelles ont parfois lieu en cachette puisque les parents ne permettent pas aux amis de dormir à la maison. Lorsque les parents abordent ces questions, c'est souvent de manière indirecte et en privilégiant les questions de prévention. Dans certains cas, les jeunes filles reçoivent comme message principal de se méfier des hommes. Alors que certains répondants souhaiteraient soulever des questions sur la sexualité avec leurs parents, d'autres n'en ressentent pas l'intérêt ou la nécessité. »*

Finalement, lorsque des thèmes liés à la sexualité sont abordés, le malaise est souvent partagé. Les parents, plus les mères que les pères, auraient tendance à développer des discours préventifs prônant la virginité (Robillard et coll., 2004).



LIENS AVEC L'INTERVENTION

La prise en compte de ces éléments permet de comprendre que pour certains parents QOH, parler de sexualité avec leur adolescent est un défi de taille. En effet, il est naturel qu'au début, ils se sentent moins outillés à parler directement avec leur jeune de sexualité. Mais avec le temps, il est possible de les accompagner et **il est fortement recommandé d'encourager les parents QOH à devenir un vecteur d'information positif en termes d'éducation sexuelle pour leur adolescent.**

EN BREF[10]

Concernant la communication entre parents et adolescents QOH en termes de sexualité, le contrôle familial et social peut parfois paraître excessif. En effet, il arrive que les valeurs plus traditionnelles telles que la honte, la pression de la communauté, le mariage socialement valorisé, l'honneur, la fierté et la réputation basée sur les « qu'en dira-t-on », soient des éléments qui influencent les attitudes plus strictes des parents face à la vie affective et sexuelle de leur adolescent.

Il y a parfois un laisser-aller avec les garçons et des attentes plus strictes envers les filles. Alors que parfois, les parents peuvent décider d'être plus stricts pour les deux. Dans ce cas, ce qui peut amener certains parents à augmenter les interdits est influencé par la peur de pertes de repères pour leur adolescent. Cette peur peut être liée à la culture québécoise perçue comme « trop permissive » en matière de sexualité.

De plus, certains diront que cela permet de préserver leur culture, leurs traditions. Il y a même certains parents qui étaient permissifs en Haïti et arrivés ici, deviennent plus stricts.

ATTENTION AUX GÉNÉRALISATIONS RAPIDES ET ABUSIVES, CHAQUE PERSONNE QOH VIT SA PROPRE RÉALITÉ.

ÉVITER

LA GÉNÉRALISATION du contenu de ce thème à toute la communauté haïtienne.

Rappelons que le profil des personnes d'origine haïtienne vivant au Québec n'est pas homogène. Il est important de tenir compte que chaque personne issue de cette communauté a un parcours de vie unique.

Pour le Dr Frantz Raphaël (2006), nous pouvons distinguer deux groupes issus de la communauté haïtienne vivant à Montréal. Il s'agit du groupe des **occidentalisés** et du **groupe des créoles**.

« L'ETHNOCENTRISME »
Penser qu'il n'y a qu'une seule façon de voir et de vivre la sexualité, et tenter d'amener les QOH à intégrer tous les schèmes socioculturels québécois.

« SUPÉRIORITÉ PROFESSIONNELLE »
Croire que les experts en matière d'éducation sexuelle sont les intervenants ou professionnels, alors que ce sont les parents les vrais experts de leur réalité ainsi que de leur rythme d'adaptation culturelle.

LA DISTRIBUTION DE CERTAINS DÉPLIANTS SANS AUCUNE INTERVENTION
Il est fortement recommandé de prévoir un suivi avec le/les parents après la distribution de certains dépliants ou autres documents semblables.

En effet, surestimer l'impact de certaines brochures ou dépliants sur le renforcement des habiletés parentales à parler de thèmes liés à la sexualité, est un piège à éviter.

Il est fortement recommandé de lire les documents à distribuer aux parents avant de leur transmettre. Cela permet de s'assurer qu'ils sont bien adaptés à leur réalité. Il est aussi possible de guider les parents vers des sections en particulier, courtes et simples à comprendre.

[9] Communication avec le comité de soutien à l'élaboration de la trousse, volet prévention, 18 septembre 2007.

COMMUNICATION PARENTS/ADOLESCENTS EN TERMES DE SEXUALITÉ



Propositions d'idées et d'actions originales

Trucs astuces

ATTENTION cette piste d'intervention est présentée à titre indicatif seulement.

Premièrement, soyez humble et transparent avec vous-même et les parents qui sont devant vous. Par exemple, afin de vous rassurer mutuellement (vous et la personne devant vous) vous pouvez commencer la rencontre en disant :

> *« Je sais que ce n'est pas toujours facile de parler de ce sujet, surtout avec quelqu'un d'inconnu ou qu'on connaît peu, mais sachez que je suis là pour vous écouter, vous accompagner et essayer de mieux vous comprendre (perception, attitudes, valeurs). À mes yeux, toutes les questions méritent d'être posées, surtout qu'on a rarement l'occasion de parler des thèmes liés à la sexualité. Deux têtes valent mieux qu'une pour se poser des questions et trouver des solutions! »*

Questions pouvant vous inspirer afin de briser la glace ou encore, aller plus en profondeur.

Ces questions peuvent vous permettre, d'une part, d'aider les parents QOH à réfléchir sur leurs propres réticences en lien avec l'éducation sexuelle auprès de leur adolescent et, d'autre part, de trouver des solutions pour briser le silence.

Si vous devez poser des questions plus délicates, prévenez les parents. En effet, insistez sur le fait que certaines questions pourront sembler gênantes, mais que le but est de trouver des solutions.

Posez les questions en partant du plus général pour aller vers le plus spécifique, le plus intime.

PROPOSITIONS DE QUESTIONS

- Trouvez-vous que votre enfant a changé depuis qu'il est dans sa période d'adolescence? Expliquez.
- Vous, pensez-vous que vous avez changé? Expliquez.
- Quelles sont vos peurs, vos préoccupations face à la sexualité de votre adolescent?
- Quelles sont les valeurs, les croyances et les traditions qui sont importantes pour vous et qui pourraient être en lien avec la vie amoureuse et sexuelle de votre adolescent ? Lesquelles aimeriez-vous transmettre à votre adolescent?
- Comment évaluez-vous votre niveau d'information face aux thèmes liés à la sexualité à l'adolescence?
- Y a-t-il des thèmes qui vous rendent mal à l'aise?
- Y a-t-il un thème en particulier que vous aimeriez aborder avec votre enfant?
- Avez-vous des inquiétudes particulières que vous aimeriez partager avec lui?
- De quelle façon pourriez-vous aborder le sujet avec votre adolescent?
- Avec qui souhaiteriez-vous que votre adolescent parle de sexualité?

ATTENTION À VOTRE NON VERBAL ET SOYEZ ATTENTIF AUX INCONFORTS DES PARENTS AINSI QU'AUX VÔTRES.

AUTRES PROPOSITIONS DE QUESTIONS PLUS INTIMES

- Lorsque vous étiez plus jeune, à quel moment avez-vous entendu parler pour la première fois d'un thème lié à la sexualité ? (contexte, mot ou sujet, âge, lieu, personnes présentes, etc.)
- Comment avez-vous réagi? Et les gens autour de vous?
- Par la suite, aviez-vous quelqu'un de confiance avec qui parler de sujets liés à la sexualité?
  - Si oui, qui?
  - Si non, auriez-vous aimé avoir quelqu'un avec qui en parler?
- Comment évaluez-vous le niveau de communication avec vos enfants?
- Est-ce que vos enfants viennent facilement vous faire des confidences (heureuses et malheureuses)?
- Quelles sortes de confidences vous font vos enfants?
- Quelles sont les différences et les similitudes entre votre adolescence et celle de votre fille/garçon en lien avec la sexualité?
- Est-ce que le fait que votre enfant soit une fille (ou un garçon) influence vos attentes face à ses comportements sexuels? En quoi est-ce différent?

Encouragez les parents QOH à devenir un vecteur d'information positif en termes d'éducation sexuelle pour leur adolescent. Il est naturel qu'au début, ils se sentent moins outillés à parler directement avec leur jeune de sexualité. Le fait qu'ils se questionnent sur leur rôle démontre qu'ils se soucient de la santé sexuelle de leur adolescent.

Tout comme beaucoup de parents, il est possible que même à la suite d'efforts assidus, les parents QOH ne se sentent pas à l'aise à parler de ces thèmes avec leur jeune. Ainsi vous pouvez les aider à identifier quelqu'un de leur entourage qui pourrait jouer ce rôle :

- **Un autre parent;**
- **Ami de la famille;**
- **Tante maternelle, oncle paternel;**
- **Voisin ou autre personne significative en qui le parent et le jeune ont confiance.**

Il vaut mieux cibler une autre personne pour parler de thèmes liés à la sexualité que d'insister et faire pression sur un parent qui n'est pas prêt. L'adolescent peut sentir le malaise, le jugement ou les interdits et les efforts consacrés à initier un dialogue pourront, au contraire, renforcer le silence autour de la sexualité.

- Advenant, que le parent cible une autre personne pour parler avec son enfant, vous pouvez lui proposer de faire une rencontre à trois afin de leur distribuer des dépliants, brochures et/ou les inviter à faire partie d'un groupe de discussion (visionnement d'un scénario).
- Si le contexte vous le permet, distribuez une liste des ressources disponibles (dépliants, livres, documents électroniques, sites Internet, liste d'organismes pour jeunes, adresses CSSS/CLSC, etc.).
- Un parent qui a aimé la brochure et qui est ouvert à tous ces thèmes peut devenir une personne pivot, un leader communautaire important, qui peut vous aider à rejoindre et rassembler d'autres parents (distribution de brochures, groupe de discussion).

OUTILS

Pour des outils à distribuer aux parents et servant à perfectionner votre intervention, veuillez vous référer aux documents annexés à celui-ci. En particulier, l'outil audiovisuel « Films/DVD, Scénario d'Afrique» (bon brise-glace).

Bibliographie

AZDOUZ, R. (2004). *« Traditions culturelles et religieuses : Influence sur les relations amoureuses des jeunes »*. Dans A Battaglini, J. Guillon et P.H Tremblay, Actes du colloque du 26 novembre 2004 : Diversité culturelle et relations amoureuses, Accompagner les jeunes. Projet Relation amoureuse des jeunes, Direction de santé publique de Montréal.

Centre de santé et de services sociaux de Saint-Léonard et Saint-Michel (2004). Portrait de la population. Trousse d'information. Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.
Disponible sur : www.santemontreal.qc.ca/pdf/PDF_CSSS/pop_10.pdf
[Page consultée en juillet 2008].

Immigration et Communautés culturelles (2005). Portrait statistique de la population d'origine ethnique haïtienne recensée au Québec en 2001. Gouvernement du Québec.

Immigration et communautés culturelles du Québec (2007), Direction de la recherche et de l'analyse prospective : Présence au Québec en 2007 des immigrants admis de 1996 à 2005. Avril 2007. Disponible sur www.micc.gouv.qc.ca. [Page consultée en juillet 2008].

LECLERC, P., Tremblay, C.(2008). *Situation épidémiologique des ITSS-2006. Fiche descriptive pour les CSSS Saint-Léonard et Saint-Michel.* Montréal. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

RAPHAËL, F.. *Grossesse hors mariage dans les familles haïtienne.* Revue Santé mentale au Québec, XXX1, N°2, automne 2006, pages 165-178.

ROBILLARD, C., Délice, Y, Lévy, JJ. et Frigault, L-R.(2004). *Sexualité et prévention, une étude auprès des jeunes d'origine haïtienne.* Montréal, Éditions Saint-Martin.

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Québec
Direction de santé publique

BON DE COMMANDE

QUANTITÉ	TITRE DE LA PUBLICATION	PRIX UNITAIRE (plus frais de manutention si désiré par la poste)	TOTAL
	Trousse d'outils pour la prévention et le soutien auprès des Québécois d'origine haïtienne	**250.00 $** sur place à la Santé publique	

CAHIER 1 Portrait global des Québécois d'origine haïtienne

CAHIER 2 Communication parents/adolescents en termes de sexualité

CAHIER 3.1/ 3.2 Dépistage du VIH counseling pré-test et dépistage du VIH auprès des femmes enceintes

CAHIER 3.3 Grandes lignes du counseling post-test

Incluant les documents annexes qui forment l'ensemble de la trousse d'outils.

978-2-89494-761-6
Numéro d'ISBN

Nom _____

Adresse _____
N° Rue App.

_____
Ville Code postal

Téléphone _____ Télécopieur _____

Les commandes sont payables *à l'avance* par chèque ou mandat-poste à l'ordre de la Direction de santé publique de Montréal

Veuillez retourner votre bon de commande à :
CENTRE DE DOCUMENTATION
Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3

Pour information : 514 528-2400 poste 3646

GARDER notre monde ENSANTÉ

1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : 514 528-2400
www.santepub-mtl.qc.ca

Trousse d'outils pour la prévention et le soutien auprès des Québécois d'origine haïtienne



CAHIER 3.1

DÉPISTAGE DU VIH
COUNSELING PRÉ-TEST

et

CAHIER 3.2
DÉPISTAGE DU VIH
auprès des femmes enceintes

Intégrer les dimensions culturelles dans l'intervention face au VIH et aux autres infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

DOCUMENT DE RÉFÉRENCE

S.V.P. REPLACER CE DOSSIER DANS LA SECTION APPROPRIÉE DE LA TROUSSE APRÈS UTILISATION.

Trousse d'outils pour la prévention et le soutien auprès des Québécois d'origine haïtienne

CAHIER 3.1
Dépistage du VIH
counseling pré-test

et

CAHIER 3.2
Dépistage du VIH
auprès des femmes enceintes

Valérie Lépine

2008

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Québec

gap VIES

COCQ-Sida

La «Trousse d'outils pour la prévention et le soutien auprès des Québécois d'origine haïtienne» est un assemblage de documents de diverses natures et provenances visant à renforcer les interventions en prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang auprès des Québécois d'origine haïtienne (QOH) et le soutien aux personnes vivant avec le VIH. Quatre de ces documents en constituent le cœur de la trousse et ont été spécifiquement conçus en ce sens. Le présent document est l'un de ceux-là.

Trousse d'outils pour la prévention et le soutien auprès des Québécois d'origine haïtienne

Cahier 1 - Portrait global des Québécois d'origine haïtienne

Cahier 2 - Communication parents/adolescents en termes de sexualité

▷ **Cahier 3.1/3.2 - Dépistage du VIH counseling pré-test et dépistage du VIH auprès des femmes enceintes**

Cahier 3.3 - Grandes lignes du counseling post-test

© Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal;
COCQ-SIDA et GAP-VIES (2008)
Tous droits réservés

ISBN 978-2-89494-761-6
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2008
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2008
Prix : 250,00$ vendue en trousse complète avec documents de provenances diverses

Crédits concernant la trousse d'outils ciblant les Québécois d'origine haïtienne (QOH) :

L'élaboration de la trousse d'outils a été rendue possible grâce à la contribution financière de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal dans le cadre de la Stratégie ITSS du MSSS. La trousse s'est construite à la suite d'une étape initiale de recherche (phase 1) financée par les Instituts de Recherche en Santé du Canada (IRSC). Sa production a été possible grâce au financement de la Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-Sida), un organisme subventionné par le Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang (SLITSS). Ce projet n'aurait pas été possible sans la contribution inestimable du personnel du Groupe d'actions pour la prévention de la transmission et l'éradication du sida (GAP-VIES), organisme communautaire qui offre des services de prévention du VIH/sida et du soutien auprès des PVVIH de la communauté haïtienne et leurs proches.

RESPONSABLE DE L'ENSEMBLE DU PROJET (PHASES 1 ET 2)

Dr Alix Adrien — Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

AUTEURE ET COORDONNATRICE DU PROJET PHASE 2

Recherche, conception et rédaction de l'ensemble de la trousse d'outils

Valérie Lépine — Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

COORDONNATRICE DU PROJET PHASE 1

Recherche, mise en place du partenariat et recension des écrits

Witnisse Mereus — Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

MEMBRES DU COMITÉ DE PILOTAGE DU PROJET, PARTENAIRES AU PROJET ET VALIDATION FINALE DU CONTENU

Riyas Fadel — Coordonnateurs de projet, COCQ-Sida
Jorge Flores — Coordonnateurs de projet, COCQ-Sida
René Lavoie — Coordonnateurs de projet, COCQ-Sida

Joseph Jean-Gilles — Directeur, GAP-VIES

Dr Carole Morissette — Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

MEMBRES DU COMITÉ DE SOUTIEN À L'ÉLABORATION DE LA TROUSSE ET À LA VALIDATION DU CONTENU

Edith Duterville — Institut thoracique de Montréal (ITM)
Riyas Fadel — COCQ-Sida
Roseline Joltéus — GAP-VIES
Marie-Hélène Luly — GAP-VIES
Guylaine Morin — Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine
Geneviève Nemouthé — GAP-VIES
Fabienne Pierre-Jacques — Bureau de la communauté haïtienne de Montréal (BCHM)
Stéphane Richard — GAP-VIES
Jean-Michel Richard — Maison d'Hérelle
Martine Tate — CSSS St-Michel

VALIDATION DU CONTENU DÉPISTAGE AUPRÈS DES FEMMES ENCEINTES

Johanne Samson — Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

CONCEPTION GRAPHIQUE ET MISE EN PAGES

Marie-Judith Langlois — MJL Design

RÉVISION LINGUISTIQUE

Adeline Murat
Emmanuelle Adrien

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

CAHIER 3.1
Dépistage du VIH
counseling pré-test

NOTES PRÉALABLES À LA LECTURE DE CE DOCUMENT

- Les informations qui suivent sont inspirées de différents ouvrages et articles dont les références bibliographiques sont à la fin de ce document;
- Plusieurs documents cités sont inclus dans ce cahier « Cahier 3.1 : Dépistage du VIH : Counseling pré-test »;
- Si le temps vous le permet, la lecture de ces ouvrages et articles vous permettra d'approfondir certains aspects liés au dépistage du VIH auprès des Québécois d'origine haïtienne;
- Les fiches qui suivent servent de **résumé** des éléments les plus importants à considérer concernant le dépistage du VIH auprès des Québécois d'origine haïtienne.

Pour maximiser vos interventions, veuillez vous référer au « Portrait global des Québecois d'origine haïtienne » qui contient des informations plus exhaustives et complémentaires sur ce thème.

OUTILS

Pour des outils à distribuer aux jeunes et adultes QOH sur les informations générales liées au VIH/sida (outils en créole/français) veuillez vous référer aux documents suivants, annexés à la suite de ce cahier :

« Genyen batay la sou maladi Sida » (INPES, France)

ATTENTION
Cet outil est réalisé en France, avant de le distribuer, il est recommandé de vous assurer :

- Que le contenu est adapté à votre population;
- De distribuer les références du Québec;
- Pour une liste de ressources, veuillez vous référer aux annexes 2 et 3 dans la trousse d'outils sous le thème « Cahier 3.3 : Dépistage du VIH : Grandes lignes du counseling post-test ».

ATTENTION AUX GÉNÉRALISATIONS RAPIDES ET ABUSIVES



Le profil des personnes d'origine haïtienne vivant au Québec n'est pas homogène. Chaque personne issue de cette communauté a un parcours de vie unique et chaque individu a sa façon propre de vivre et d'exprimer sa culture. De plus, certains QOH sont de nouveaux immigrants alors que beaucoup sont nés au Québec de parents nés en Haïti[1]. Il existe une différence entre d'autres Québécois d'origine haïtienne au niveau de l'impact socioculturel haïtien et de l'existence ou non de chocs post-traumatiques liés à des situations de conflits politiques vécus en Haïti.

Par exemple, le Dr Frantz Raphaël (2006) distingue deux groupes issus de la communauté haïtienne vivant à Montréal, le groupe des occidentalisés et le groupe des créoles[2] :

> *« Le passage à l'école, aux institutions universitaires, fait des filles et fils issus de familles créoles de « nouveaux occidentalisés », de « nouveaux Affranchis », des intellos de la petite bourgeoisie, alors que les parents demeurent des Créoles. C'est bien ainsi que l'homme haïtien perçoit l'évolution, la modernité du Créole, comme s'il n'y a pas de reconnaissance formelle d'élites créoles. Ainsi, ceux qui n'ont pas accès aux valeurs occidentales, demeureront des Créoles, notion qu'il ne faut pas négliger dans nos pratiques transculturelles. »*

Ce document présente les particularités culturelles de la communauté haïtienne pouvant influencer les interventions en lien avec le dépistage du VIH. L'objectif est d'identifier ces barrières culturelles qui jouent un rôle dans la prise de décision de passer un test de dépistage, dans le but de développer des stratégies pouvant les surmonter.

LE LANGAGE NON VERBAL ET LES FORMES DE RESPECT DANS LA COMMUNICATION PEUVENT VARIER D'UNE CULTURE À L'AUTRE.



Les informations qu'on retrouve dans ce document peuvent parfois paraître stéréotypées ou véhiculer des préjugés. Cependant, il est important de les aborder afin de mieux adapter les interventions. En tant qu'intervenant communautaire ou social, infirmier ou encore professionnel de la santé, ces informations peuvent vous guider dans vos interventions. Tel que mentionné, chaque personne est différente et exprime sa culture à sa façon. Il est donc important d'éviter les généralisations et de vous laisser guider par la personne devant vous.

[1] Tableau personnalisé CO-0982, recensement 2006, Statistiques Canada, avril 2008.

[2] Pour des informations approfondies sur le concept des « familles occidentalisées et créoles », veuillez vous référer à l'annexe 1 du « Portrait global des Québécois d'origine haïtienne ». Grâce à l'aimable autorisation de la revue Santé mentale au Québec, l'article du Dr Frantz Raphaël se retrouve en intégralité en annexe 1 . Voir p. 168-169

DÉPISTAGE DU VIH AUPRÈS DES QOH

Recommandations pour le counseling[3] pré-test

- Respecter et être sensible à la réalité de la personne;
- Dialoguer en posant des questions simples et ouvertes;
- Respecter les moments de silence (le dépistage peut être très émouvant);
- Donner des informations justes, accessibles et imagées;
- Respecter le rythme de la personne;
- Faire preuve de diplomatie et de perspicacité lors de l'évaluation des risques en évitant :
  - l'intrusion et la curiosité à l'allure d'une enquête;
  - le jugement verbal et non verbal (se « confesser » de quelque chose de « mal »);
- Accompagner pour l'adoption d'un comportement préventif (VIH, co-infection ITSS, surinfection du VIH);
- Informer sur les avantages et désavantages du test du VIH incluant les informations de base (pourquoi, où, quand, comment, avec qui);
- Expliquer en détail le déroulement du test (diminution des mythes, peurs, anxiétés);
- Rassurer la personne (ex. : en cas de séropositivité, elle ne sera pas automatiquement expulsée du Québec);
- Faire valoir les droits des PVVIH.

Pour plus d'informations sur les droits des PVVIH, veuillez vous référer à la trousse d'outils sous le thème « Cahier 3.3 : Dépistage du VIH : Grandes lignes du counseling post-test », en particulier:

- *Dépliant réalisé par la COCQ-Sida « LE PROGRAMME SIDA EN MILIEU DE TRAVAIL » (disponible à la COCQ-Sida).*

  Visitez aussi leur site : www.cocqsida.com

  Site Internet du réseau juridique canadien VIH/sida : www.aidslaw.ca
- *Fiches réalisées par la Coalition interagence sida et développement*

  Visitez aussi leur site : www.icad-cisd.com

[3] Le mot counselling, avec deux -L-, se rencontre fréquemment en Europe et au Canada anglais, mais au Québec c'est la graphie avec un seul -L- qui prédomine (Office québécois de la langue française, 2008). Site : www.oqlf.gouv.qc.ca

OUTILS

Il est fortement recommandé de compléter votre lecture par les thèmes et sous-thèmes associés dans le « Portrait global des Québécois d'origine haïtienne ». En particulier les sections 11 à 16, p. 68 à 74 :

- *Conception de la santé,*
- *Perception de la maladie*
- *Façon occidentale et profane de concevoir la maladie*
- *Représentations, attitudes et sentiments face au VIH/sida*
- *Enjeux de confidentialité*

DÉPISTAGE DU VIH



Counseling pré-test
Informations utiles pour une approche culturelle adaptée aux QOH

La stigmatisation et le VIH

Au Québec, comme dans le reste du Canada, la communauté haïtienne peut vivre de multiples stigmates basés sur le racisme, l'appartenance religieuse ou encore le statut d'immigration. De plus, les QOH appartenant à la communauté lesbienne, bisexuelle, gaie, transsexuelle et transgenre (LGBT) peuvent subir davantage de discrimination et ce par la communauté haïtienne elle-même. Cette stigmatisation prend sa source dans *« l'interprétation des normes et des valeurs morales qui prévalent parmi quelques segments de la communauté »* (Goodluck, 2008).

LIENS AVEC L'INTERVENTION

La stigmatisation liée au VIH peut donc s'ajouter à des stigmatisations déjà existante. Ceci peut influencer négativement le désir de passer un test de dépistage du VIH.

La prise en compte de ces facteurs permet de mieux motiver la personne QOH à passer un test de dépistage.

Tout au long du processus, il est donc important de rassurer la personne QOH qu'elle pourra bénéficier de différentes formes de soutien (groupe de parole, organisme communautaire, professionnels de la santé, intervenants sociaux, etc.). Il est fortement recommandé de faire valoir l'importance de ces ressources et les services qu'elles offrent.

Selon Lawson et coll. (2004), la stigmatisation et la discrimination liées au VIH sont des réalités auxquelles sont confrontées les PVVIH des communautés d'origine africaine et caribéenne vivant à Toronto.

En effet, ces groupes ethnoculturels sont victimes de jugements qui « définissent le VIH comme une maladie « noire/africaine » (Lawson et coll., 2004). À Toronto, il arrive même que des professionnels de la santé ainsi que des organismes communautaires

perpétuent cette fausse croyance, empêchant ainsi les personnes issues des communautés ethnoculturelles de faire appel aux services médico-sociaux, de peur d'être stigmatisées dans leur démarche au lieu d'être soutenues. Cette situation peut expliquer la peur du rejet et le sentiment de méfiance face au système de santé et des services sociaux, ressentis par certaines personnes d'origine caribéenne et africaine (Lawson et coll., 2004).

Lawson et coll. (2004) décrivent les stéréotypes véhiculés par les communautés africaine et caribéenne envers les individus qui sont infectés ou soupçonnés d'être infectés par le VIH. Ceux-ci incluent les personnes :

- qui sont d'orientation homosexuelle, surtout les hommes;
- qui pratiquent la promiscuité sexuelle;
- qui n'ont pas respecté les normes culturelles ou le code moral ou religieux. Par exemple, qui sont infidèles ou qui ont des relations sexuelles avec des personnes d'autres milieux culturels ou religieux.

Les personnes identifiées comme vivant avec le VIH sont souvent jugées immorales et considérées comme une honte pour leur famille et leur communauté. Le commérage, le harcèlement verbal qui ridiculise la personne, ainsi que l'ostracisme font partie des réactions de la communauté africaine et caribéenne face aux gens connus ou soupçonnés de vivre avec le VIH (Lawson et coll., 2004).

Le fait que le VIH touche à la sexualité, sujet tabou dans la communauté haïtienne, contribue à la forte prévalence de l'infection car il s'agit d'une « maladie secrète » (Adrien et coll., 2001).

Voici d'autres exemples éloquents en lien avec les préjugés, la discrimination et la stigmatisation face au VIH :

> *« La notion de la maladie honteuse est toujours là. Une maladie des pauvres, maladies des gens malpropres et non éduqués. Ceci rend les gens très méfiants et ils ne parlent pas de ces maladies. Un médecin d'origine haïtienne en CLSC. » (Adrien et coll., 2001)*

> *« [...] Les gens ont très peur du sida. Ils déclarent souvent dans les rencontres qu'ils éviteraient autant que possible de fréquenter quelqu'un qui serait atteint du sida, même si c'était leur meilleur ami. Chacun veut s'en éloigner et ne s'imagine pas être touché directement par le problème. Le sida c'est l'affaire des autres. Travailleuse communautaire d'origine haïtienne. » (Adrien et coll., 2001)*

> *« Si les gens se comportaient comme il faut, ils ne contracteraient pas le VIH. » (Lawson et coll., 2004)*

Le test de dépistage du VIH

Selon l'INPES (2004), parmi les aspects du test de dépistage qui demeurent peu connus par la population migrante/étrangère en France, il y a :

- le laps de temps requis entre la prise de risque et le passage du test (période fenêtre[4] de 3 mois avant la séroconversion);
- l'existence du traitement prophylactique (traitement post-exposition);
- le temps d'attente concernant les résultats;
- les lieux de références où il est possible de passer le test dépistage;
- les endroits où le test est gratuit;
- le respect de l'anonymat et de la confidentialité.

Pour le moment (2008), il est possible de passer un test de dépistage rapide pour le VIH. Ce test n'est pas gratuit (environ 60 $) et il n'est disponible qu'à certains endroits. Il est donc recommandé de vérifier ces informations avant de référer la personne QOH.

ATTENTION :
Les tests rapides ne détectent pas le VIH plus rapidement, la période fenêtre de 3 mois est toujours à respecter. Ces tests donnent des résultats rapides, soient entre 2 et 20 minutes.

LIENS AVEC L'INTERVENTION

L'étude qualitative menée en Guyane française par l'ORSG (2003) chez les migrants haïtiens et celle réalisée par l'INPES (2004) auprès de la population migrantes étrangères en France affirment que pour favoriser le dépistage, il est essentiel de partager les informations de base, de façon claire et précise, sur l'ensemble du test de dépistage (définition, déroulement, lieux) surtout pour les femmes, puisque les hommes seraient plus familiers avec cette notion.

Pour faciliter la compréhension, le terme « dépistage » étant moins utilisé, l'INPES (2004) propose de parler en termes de « test », « test de dépistage», « analyse » ou encore « examen ».

OUTILS

Pour des informations complémentaires à ce sujet, se référer aux thèmes et sous-thèmes associés dans le « Portrait global des Québécois d'origine haïtienne ».

[4] *« La période fenêtre ou période muette est une période au cours de laquelle une personne peut être atteinte d'une maladie sans que les analyses de biologie médicale puissent la détecter. Elle couvre la période entre l'exposition (prise de risque) et le moment où une analyse serait en mesure de détecter l'infection chez la majorité des personnes infectées »* (Réf. Guide Québécois de dépistage, MSSS, p. 41. 2006)

Les motivations face au test de dépistage du VIH

Selon l'INPES (2004), parmi les raisons qui peuvent influencer une personne migrante/étrangère à faire un test de dépistage, on retrouve :

- le désir d'avoir le cœur net sur son statut sérologique;
- l'envie d'avoir l'esprit en paix;
- l'efficacité du comportement préventif adopté;
- la protection de son/ses partenaire(s);
- l'accès aux suivis et aux soutiens médicaux le plus tôt possible (en cas de séropositivité);
- le fait d'être en bonne santé afin, entre autres, de soutenir la famille restée au pays ou encore par désir de devenir parent.

De plus, pour certains QOH, parmi d'autres motivations à passer le test de dépistage du VIH, on note[5] :

- un geste positif pour soi et pour les autres qui favorise la santé;
- une protection de son bébé en cas de grossesse ou encore le fait de rester le plus longtemps en santé pour subvenir aux besoins de son enfant.



LIENS AVEC L'INTERVENTION

Les informations précédentes peuvent servir d'éléments persuasifs en transformant ces « motivations » en « avantages » et, ainsi, motiver une personne QOH à passer le test de dépistage du VIH.

Les barrières face au test de dépistage du VIH

Concernant les barrières face au test de dépistage, plusieurs raisons, dont les fausses idées véhiculées face au VIH, auraient une influence sur la réticence de passer un test (James, 2006) :

À Toronto, certains Africains et Caribéens jugent qu'ils ne sont pas à risque puisqu'ils pensent que ce sont seulement les personnes ou les comportements suivants qui sont à risque :

- les hommes gais (en particulier les hommes blancs);
- les travailleuses du sexe;
- les utilisateurs de drogues par injection;
- les personnes immorales;
- les personnes qui ont plusieurs partenaires sexuels;
- l'échange de faveurs sexuelles pour de l'argent ou autres biens matériels.

[5] Communication avec le comité de soutien à l'élaboration de la trousse (volet clinique). 24 septembre 2007.

- **Les mythes** sur le fait qu'un dépistage du VIH est « un examen de routine » (réalisé au cours d'autres prises de sang, par exemple lors de l'examen de santé annuel).
- **La peur de perdre son emploi** (sécurité financière ici et pour la famille restée au pays) et son logement.
- **Le déni** : en connaissance des risques personnels encourus, la personne se doute qu'elle est peut-être séropositive, mais elle n'est psychologiquement pas prête à faire face au résultat positif du test.
- **L'angoisse face à ses aptitudes personnelles à faire face à un résultat positif.**
- **Les inquiétudes liées à l'impact d'un dépistage du VIH sur le statut d'immigration** (pour les personnes qui ne sont pas encore résidents permanents).
- **Le désintérêt face au dépistage.**

Autres barrières chez les QOH[6] :

- La **méconnaissance** de l'existence du VIH et du test de dépistage.
- Les préjugés ainsi que les mythes associés au VIH/sida : notion de **maladie « débilitante »**.
- Le fait qu'il y a **plus d'inconvénients à passer le test que des avantages.**
- **Le fait de remettre à plus tard.**
- **La peur de mourir :** le résultat va tuer (peur de mourir à l'annonce de la nouvelle).
- **Le manque d'information** sur les lieux de dépistage et la procédure elle-même.
- **Le refus systématique.**
- **La peur d'être identifié** par les voisins, les amis, la famille sur le lieu du dépistage.
- **La peur d'être expulsé en Haïti** si le test est positif.
- **La peur que la famille et les amis restés en Haïti soient au courant** (peur de la stigmatisation, exclusion, rejet, isolement).
- **La peur que les amis, la famille et tout le quartier** au Québec soient au courant (stigmatisation, exclusion, rejet, isolement).

Femmes de la communauté haïtienne et test de dépistage du VIH

En complément aux autres sections de ce document, il est pertinent d'ajouter que les inégalités de genre peuvent influencer certaines femmes d'origine africaine et caribéenne à ne pas passer de test de dépistage (James, 2006) :

> *« Comme la plupart des femmes au Canada, les femmes des cultures africaines et africaines caribéennes sont souvent éduquées à être des subordonnées des hommes faisant partie de leur vie. Ce déséquilibre des sexes, qui est souvent encouragé par les enseignements religieux et les normes socioculturelles, limite l'aptitude des femmes à négocier*

[6] Communication avec le comité de soutien à l'élaboration de la trousse (volet clinique). 24 septembre 2007.

le sexe sans risque; au point où elles ne subiront pas un dépistage du VIH et au point où elles ne demanderont pas à leurs partenaires sexuels d'utiliser un préservatif (même lorsqu'elles savent que leurs partenaires sexuels ont des relations sexuelles intimes « ailleurs »). Elles le font par peur d'être perçues comme ayant des connaissances sexuelles poussées et des mœurs légères. »

Voici des propos qui font état de la peur de la stigmatisation que peuvent vivre les femmes d'origine africaine et haïtienne face au VIH :

« Parmi les répondantes d'origine africaine et haïtienne, mais de façon moins prononcée chez les femmes québécoises, le VIH/sida est associé à des comportements sexuels considérés comme inacceptables et ce sont les femmes volages, aux mœurs légères, ayant plusieurs partenaires sexuels qui sont infectées par le VIH. Les comportements sexuels jugés immoraux et hors normes sont intimement liés au type de VIH/sida que l'on retrouve chez les prostitués, les homosexuels et les toxicomanes ». (Trottier et coll., 2005)

LIENS AVEC L'INTERVENTION

Ces informations permettent de développer un discours réaliste et honnête face au test de dépistage du VIH puisqu'elles éclairent sur les peurs et barrières qu'une personne QOH peut vivre face au test. En connaissant ces obstacles, il est donc possible de diminuer l'anxiété de la personne, la rassurer et l'encourager à passer le test de dépistage du VIH.

Voici quelques questions à soulever avec la personne QOH afin de la rassurer et la motiver à passer le test :

- Connaissez-vous le test de dépistage du VIH?
- Que savez-vous à ce sujet ou qu'avez-vous entendu dire à ce propos?
- Expliquer à la personne en quoi consiste le test du dépistage (comment cela se passe).
- Explorer les avantages et les désavantages de passer un test.
- Avez-vous des inquiétudes ou des questions face à ce test?
- Y a-t-il des raisons particulières qui vous ont empêché-e ou qui vous empêchent de passer le test? (si oui, lesquelles?)
- Expliquer que le test requiert le consentement de la personne, qu'il est confidentiel et qu'il peut être fait dans une variété d'endroits et pas nécessairement dans le quartier de résidence de la personne.
- Donner à la personne une liste d'endroits où elle peut passer le test.
- Accompagner la personne dans sa démarche en l'aidant à prendre un rendez-vous pour passer le test et, si possible, offrir de l'accompagner lors du rendez-vous ou référer la personne à un service d'accompagnement.

OUTILS

Pour une liste des centres de dépistage des ITSS et du VIH informez-vous, auprès de votre organisme communautaire ou CSSS/CLSC de quartier, de la disponibilité du document suivant :

- *« CSSS : État de situation de l'offre de services de dépistage et de prise en charge des ITSS*

Organismes communautaires :

- *État de situation de l'offre de services préventifs ITSS» (ASSS de Montréal, 2008)*

ATTENTION : Certains CLSC acceptent seulement les résidents de leur secteur, si la personne veut passer un test ailleurs que dans son CLSC (peur de stigmatisation), il faudra vérifier l'accessibilité en téléphonant à Info-Santé, numéro de téléphone : 811

Attention ces questions sont présentées à titre indicatif seulement

Motiver à passer le test de dépistage du VIH[7]

Pour favoriser la motivation de la personne QOH à passer le test de dépistage du VIH, vous pouvez lui expliquer en détail le déroulement.

ATTENTION :
Certains CLSC acceptent seulement les résidents de leur secteur, si la personne veut passer un test ailleurs que dans son CLSC (peur de stigmatisation), il faudra vérifier l'accessibilité.

Par exemple :

1- La personne peut passer le test dans un centre de « Services intégrés de dépistage et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang » (SIDEP), qui souvent est localisé dans le CLSC de son quartier. De plus, les tests sont disponibles auprès de certaines cliniques et médecins généralistes.

Information supplémentaire : une personne de 14 ans et plus n'a pas besoin de l'autorisation de ses parents pour passer un test de dépistage et peut donc le faire sans que ses parents soient informés.

2- Il existe deux tests de dépistage du VIH : le dépistage confidentiel et le dépistage anonyme.

a. Le dépistage confidentiel est la forme la plus courante. La personne doit présenter sa carte d'assurance maladie. Comme tout renseignement médical, le passage du test et les résultats sont consignés dans le dossier médical de la personne et resteront confidentiels. Seul le médecin traitant ou l'infirmière a le droit de consulter le dossier. La personne doit donner sa permission écrite pour la transmission de toute information du dossier médical.

b. Il est possible de passer un test de dépistage anonyme pour le VIH uniquement dans les centres où une équipe est spécialisée dans le dépistage des ITSS. Pour ce faire, la personne doit expressément demander de passer un test anonyme. Elle n'aura pas à montrer sa carte d'assurance maladie ni donner son vrai nom. Ceci peut être utile si la personne n'a pas de carte d'assurance maladie (ex. : nouveau arrivant ou personne réfugiée). Notons que cette modalité demeure une mesure d'exception. De plus, dans le cas d'un diagnostic positif du VIH, pour des fins d'exigences sur l'hémovigilance, le médecin a le devoir de questionner la personne sur les dons ou réception d'organes, le don de sang, etc. Advenant que l'une des réponses soit positive, il a l'obligation de déclarer nominalement l'infection au VIH, puisque dans ce cas précis, elle devient alors une maladie à déclaration obligatoire (MADO)[8].

3- Quand la personne choisit l'endroit où passer le test, il est préférable de prendre un rendez-vous ou de vérifier les heures de services sans rendez-vous (si disponibles).

4- Que ce soit avec ou sans rendez-vous, en se rendant au lieu de dépistage, la personne devra attendre dans une salle d'attente. Pour atténuer la peur de stigmatisation, informer la personne qu'en général, les gens qui se retrouvent dans la salle d'attente viennent pour différentes raisons qui ne sont pas d'emblée liées au VIH.

Pour des informations approfondies sur les meilleurs pratiques pour inciter les jeunes au dépistage du VIH, veuillez vous référer aux outils suivants annexés à la suite de ce cahier :

- *YouthNet (VIH : Counseling et dépistage volontaire)*
- *« Counseling et dépistage du VIH pour les jeunes », manuel à l'intention des prestataire de services, (USAID, FHI, YouthNet, PSI, AIDSMARK)*

[7] Cette section est inspirée de la communication avec Riyas Fadel, coordonateur de la COCQ-Sida, 3 juillet 2008.
[8] Communication avec Lucie Bédard, 16 juillet 2008.

5- Pour passer le test, le médecin ou l'infirmier demandera à la personne différentes informations dans le but d'évaluer les risques encourus. Les tests de dépistage du VIH et des autres ITSS doivent être faits suite à une « période fenêtre[9] » qui varie selon la nature de l'infection. (Références disponibles à la page suivante)

Le professionnel de la santé posera plusieurs questions qui peuvent sembler délicates, mais qui sont essentielles pour évaluer les tests à faire, spécialement si la personne passe aussi des tests de dépistage pour les autres ITSS. Rappelez que les professionnels de la santé (médecins, infirmiers) et les intervenants sociaux et communautaires sont tenus à un **code d'éthique stricte en matière de respect de la confidentialité.** Il est important de mettre l'accent sur le fait que ces questions sont d'ordre médical et ne portent pas un jugement sur les pratiques de la personne. Si la personne QOH se sent jugée, certains recours sont possibles et elle peut en discuter avec vous.

6- Une prise de sang sera réalisée. Dans le cas de tests de dépistage d'infections transmissibles sexuellement (ITS), l'infirmière ou le médecin peut demander aussi un échantillon d'urine, utiliser un écouvillon pour le col de l'utérus et un coton-tige pour gratter l'intérieur de la gorge, l'urètre ou l'anus. Rassurer la personne que cette procédure peut être inconfortable mais elle n'est pas nécessairement douloureuse.

7- Les échantillons sont ensuite envoyés à un laboratoire médical. Dans tous les cas, il s'agit toujours d'informations médicales et donc soumises à un code de confidentialité.

8- Dans le cas du test du VIH, un premier test est effectué dans le laboratoire médical. Si le résultat est négatif, il est transmis au médecin en clinique. Si le résultat est positif, l'échantillon de sang est envoyé à un laboratoire central de l'Institut national de santé publique à Québec pour confirmation avec un code unique ne permettant pas d'identifier la personne. L'échantillon est alors testé encore une fois pour confirmer le résultat positif.

Le résultat final est ensuite transmis au médecin traitant qui doit fournir des renseignements statistiques sur la personne, *sans l'identifier*. Il s'agit de renseignements sociodémographiques (âge, sexe, origine ethnoculturelle), des renseignements sur le test (premier test ou non), et des renseignements sur la catégorie de risque.

Rappelons que pour des fins d'exigences sur l'hémovigilance, le médecin doit poser à son client des questions sur les dons ou réception d'organes, le don de sang, etc. Advenant que l'une des réponses aux questions soit positive, le cas doit être déclaré nominalement comme toute autre MADO.[10]

9- En moyenne, les résultats seront disponibles une à trois semaines après le test. La personne doit prendre un rendez-vous de suivi pour recevoir ses résultats.

Il est fortement recommandé d'informer la personne QOH qu'il existe plusieurs méthodes de prélèvements liés aux ITSS incluant le VIH/sida (échantillon d'urine, prise de sang et coton-tige) car chez plusieurs hommes, jeunes et adultes, la douleur liée au coton-tige est un obstacle au dépistage.

Si le contexte vous le permet, avant de référer les jeunes et adultes QOH vers des lieux de dépistage, veuillez vous assurer de la disponibilité du test d'urine.



Pour le moment (2008), il est possible de passer un test de dépistage rapide pour le VIH. Ce test n'est pas gratuit (environ 60 $) et il n'est disponible qu'à certains endroits. Il est donc recommandé de vérifier ces informations avant de référer la personne QOH.



ATTENTION :
Les tests rapides ne détectent pas le VIH plus rapidement, la période fenêtre de 3 mois est toujours à respecter. Ces tests donnent des résultats rapides, soient entre 2 et 20 minutes.

[9] « La période fenêtre ou période muette est une période au cours de laquelle une personne peut être atteinte d'une maladie sans que les analyses de biologie médicale puissent la détecter. Elle couvre la période entre l'exposition (prise de risque) et le moment où une analyse serait en mesure de détecter l'infection chez la majorité des personnes infectées ». (Réf. Guide Québécois de dépistage, MSSS, p. 41 2006)

[10] Communication avec Lucie Bédard, 16 juillet 2008.

Attention chaque province a ses propres règles de soins incluant le protocole entourant le dépistage du VIH.

Pour des informations complémentaires sur le dépistage du VIH

INFORMATIONS SPÉCIFIQUES AU QUÉBEC

- *« Guide Québécois de dépistage. Infections transmissibles sexuellement et par le sang » (MSSS, 2006).*
- *Le consentement (p. 19-21).*
- *Demande d'analyses nominatives, non nominatives ou anonymes (p. 24).*
- *Les facteurs de risque non spécifiques associés aux ITSS (p. 35-36).*
- *Les facteurs de risques spécifiques selon l'ITSS (p. 37-39).*
- *Période fenêtre selon l'infection (p. 42-43), selon l'infection par le VIH (p. 44).*
- *Le counseling pré-test individualisé (p. 49-50).*
- *La communication des résultats d'analyses et le counseling post-test individualisé (ITSS) (p. 59-66).*
- *Counseling post-test face à un résultat positif du VIH (p. 66-68).*
- *Le processus d'orientation de la personne atteinte pour un suivi médical ou psychosocial (p. 69-70).*

Téléchargeable sur le site suivant : publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-317-03.pdf

OUTILS

INFORMATIONS SPÉCIFIQUES AUX COMMUNAUTÉS AFRICAINES ET AFRICAINES CARIBÉENNES VIVANT À TORONTO

- *« Manuel de prévention du VIH : outil pour les fournisseurs de services servant les communautés africaines et africaines caribéennes vivant au Canada ». CACVO, 2006.*
  - *Questions en rapport avec l'évaluation des risques. Partie II, p. 4-5.*

Le manuel se trouve dans la trousse d'outils QOH à la fin du séparateur « Cahier 3.1 : Dépistage du VIH : counseling pré-test ».
Aussi disponible sur le site suivant : www.accho.ca

DÉPISTAGE DU VIH

Counseling pré-test

EN BREF

Accompagner la personne QOH vers un dépistage, c'est :

- **Connaître sa conception de la santé** (ex. : vaudou), de la maladie, ses connaissances face au VIH/sida ainsi que sa peur d'être stigmatisée (possibilité de triple ou quadruple stigmatisation).
- Donner les informations de base sur les modes de transmission du VIH et des autres ITSS en :
  - **Utilisant un langage simple**, imagé avec des analogies, contrairement à l'utilisation de terminologies médicales complexes et inaccessibles.
  - **Utilisant des graphiques, dessins, symboles clairs** illustrant la transmission et la prévention afin de compléter et renforcer les explications verbales.
  - **Utilisant l'humour avec prudence.**
  - **Répétant la même information**, de façon succincte, pour s'assurer que la personne a bien compris. Lui demander de répéter, **dans ses mots**, l'information reçue.
  - Ayant une attitude et un discours ouverts et inclusifs de la diversité culturelle et de l'égalité entre hommes et femmes. De plus, développer un discours qui ne suppose pas l'orientation sexuelle de la personne.

EN BREF

- **Connaître ses barrières socioculturelles** face au dépistage* telles que :
  - La conception de la santé;
  - La perception de la maladie;
  - Les représentations, attitudes et sentiments face au VIH/sida;
  - Connaissances face au VIH/sida.
- Faire l'évaluation des risques en s'assurant de ne **pas juger verbalement et non verbalement** les comportements à risque encourus.
- **Valoriser la démarche de passer le test** en promouvant les avantages. Entre autres, le test permet de :
  - Faire le point;
  - Développer des attitudes responsables qui témoignent du respect et du soin à l'égard d'elle-même, de son/ses partenaires, de sa famille, de ses enfants, etc.
- Expliquer les enjeux liés aux résultats du test en déculpabilisant la personne de la notion de « faute » et en dédramatisant les conséquences d'un résultat positif.
- Mettre l'emphase sur le fait qu'**il y a des traitements** qui assurent une qualité de vie mais qu'**on ne guérit pas le VIH/sida**.
- **Aborder les aspects positifs du dépistage précoce** afin de répondre à la représentation du rôle que veut développer la personne dans sa vie (rôle parental, familial et social, responsabilité de la famille, pilier économique).
- **Aborder la notion des rêves** pour l'avenir en lien avec le dépistage précoce « plus tôt je le sais, plus tôt que je peux prendre soin de moi et des autres ici et en Haïti » (travail, partenaire, famille, amis).
- **Aborder les droits des PVVIH** ainsi que l'accessibilité aux traitements.
- Si le contexte le permet, prévoir une **médiation** ou un **interprète** dans la langue choisie par la personne.

Afin de respecter les réalités des personnes QOH, adoptez l'écoute active, qui peut être utile dans la majorité des interventions[11].

Par exemple :

- **Expliquez-moi votre perception des choses...**
- **Comment vivez-vous cette situation?**
- **Si je comprends bien, vous dites que...! Est-ce exact que...?**
- **Avez-vous déjà entendu parler du VIH, du test de dépistage du VIH, des traitements antirétroviraux?**
- **Etc.**

** Des informations détaillées se trouvent aux sections 11 à 16, p. 68 à 74 dans le « Portrait global des Québécois d'origine haïtienne ». Vous y trouverez aussi d'autres informations pertinentes.*

[11] Communication personnelle avec le Dr Frantz Raphaël. Médecin, ethnothérapeute au CSSS St-Léonard/St-Michel. Montréal. Le 5 mars 2008.

Bibliographie

ADRIEN, A., Bien Aimé., M., Fournier, F. et Tannenbaum, T. (2001). *Les Montréalais d'origine haïtienne et le contrôle de la tuberculose et de l'infection au VIH : barrières stratégies d'action.* Direction de la santé publique. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

ADRIEN, A., Boivin, J-F., Hankins, C., Leaune, V., Tousignant, Y. et Tremblay, J. (1991). *Le sida et les Montréalais d'origine haïtienne. Connaissances, attitudes, croyances et comportements de la communauté.* Centre d'études sur le sida. Département de santé communautaire. Hôpital général de Montréal.

GOODLUCK, M. (2008). *Comment arrêter la stigmatisation du VIH/sida chez les communautés africaines et caribéennes de Toronto*; feuillet d'information. CACVO. Disponible sur : www.accho.ca [page consultée juin 2008].

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. *Dépistage du VIH/sida chez la personne migrante/étrangère.* Repères pour votre pratique.
Disponible sur : www.inpes.sante.fr [page consultée juin 2008].

JAMES, L., *Manuel de prévention du VIH : outil pour les fournisseurs de services servant les communautés africaines et africaines caribéennes vivant au Canada, partie 1.* CACVO, juillet 2006. Centre de santé communautaire Women's Health in Women's Hands. Disponible sur www.accho.ca [page consultée le 1er juin 2008].

LAWSON E. Gardezi F., Le stigma Study team et al. (2008). *Comment les personnes d'origine africaine et caribéenne de Toronto vivent et réagissent face à la stigmatisation, le déni, la peur et la discrimination liés au VIH.* Résumé du rapport, CACVO.
Disponible sur : www.accho.ca [page consultée juin 2008].

ORSG, *Connaissance et freins en matière de dépistage du VIH/SIDA chez les primo-migrants originaires d'Haïti et du Surinam vivant en Guyane.* Décembre 2003.
Disponible sur : www.sida-info-service.org [page consultée juin 2008].

RAPHAËL, F., *Grossesse hors mariage dans les familles haïtiennes,* Revue Santé mentale au Québec, XXX1, no 2. Automne 2006.165-178.

Santé Québec; Clarkson, M. et Eustache, R. (1997). *La santé c'est la richesse. Enquête Santé Québec auprès de la communauté haïtienne, rapport de la phase 1.* Montréal, Ministère de santé et des services sociaux. Gouvernement du Québec.

TROTTIER, G., Fernet, M., Otis, J., Pelletier, R., Boucher, M., Lévy, J. J., Bastien, R., Samson, J., Lapointe, N., (2005). *« Les expériences de vie des femmes séropositives depuis l'avènement des nouvelles thérapies contre le VIH/sida »*. Rapport de recherche.

CAHIER 3.2
Dépistage du VIH auprès des femmes enceintes

OUTILS

Pour des outils contenant les informations générales sur le dépistage du VIH chez la femme enceinte, vous trouverez deux dépliants à la toute fin de cette section :

- *« Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse » (sans spécificité ethnoculturelle), destiné aux professionnels de la santé, intervenants communautaires et sociaux.*
- *« Sante manman se sante Pitit tou » (en créole)[12], destiné aux femmes enceintes d'origine haïtienne.*

Pour la version en français (sans spécificité ethnoculturelle), elle est en libre accès sur le site Internet suivant : www.msss.qc.ca[13]

Démarche :

1. *www.msss.qc.ca*
2. *À gauche, cliquez sur documentation;*
3. *Cliquez sur publication;*
4. *Cliquez sur la lettre « E »;*
5. *Cliquez sur « Enceinte ou vous pensez le devenir… et le SIDA ? »*

ATTENTION!
Certaines références ne sont plus à jour, avant de distribuer le dépliant, vérifiez les références et avisez les femmes enceintes QOH. Par exemple, le Centre de ressources et d'interventions en santé et sexualité (CRISS) n'existe plus.

Situations de vulnérabilité des femmes QOH face au VIH [14]

Parmi les situations de vulnérabilité qui augmentent le risque de certaines femmes QOH d'être infectées par le VIH, qu'elles soient enceintes ou pas, on note le multipartenariat de leur partenaire (avoir plusieurs femmes). De plus, certains partenaires ou conjoints feraient des voyages fréquents en Haïti, se confrontant ainsi à certaines situations à risque dans un pays où l'infection du VIH est endémique et par le fait même, de retour au Québec, pouvant mettre à risque leur conjointe laissée au Québec.

OUTILS

Il est fortement recommandé de compléter votre lecture par les thèmes et sous-thèmes associés dans le « Portrait global des Québécois d'origine haïtienne ». En particulier la section 6 sur le multipartenariat, aux pages 49 à 51.

Dépistage du VIH lors de la grossesse[15]

Depuis mai 1997, toutes les femmes enceintes du Québec se voient offrir la possibilité de passer un test de dépistage volontairement (MSSS, 2002). Influencé par le fait que les femmes enceintes QOH proviennent de l'un des pays où le VIH est endémique et par conséquent, qu'elles sont plus à risque d'être infectées, elles devraient faire partie de celles qui sont le plus dépistées.

En général, les femmes enceintes issues de la communauté haïtienne acceptent facilement de se faire dépister. En effet, au Centre maternel et infantile sur le sida (CMIS) du CHU Sainte-Justine, peu de femmes enceintes refusent ce test. Elles comprennent la pertinence d'être testées, surtout pour protéger leur enfant, puisque c'est la santé du bébé qui prime.

[12] Faute de copies disponibles, grâce à l'aimable autorisation de reproduction des Publications du Québec, ce dépliant est photocopié.

[13] Site Internet consulté en novembre 2008.

[14] La section qui suit est inspirée d'une communication personnelle avec Johanne Samson et Guylaine Morin. 4 avril 2008 et des résultats de l'enquête épidémiologique menée chez les QOH en 1994 (Adrien, 1999).

[15] La section qui suit est inspirée d'une communication personnelle avec Johanne Samson et Guylaine Morin. 4 avril 2008.

Rappelons que le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant, lorsque la mère n'est pas traitée, est d'environ 25 %. Au Québec, depuis déjà plusieurs années, grâce à l'accès à un traitement optimal d'agents antirétroviraux (durant au moins les 8 dernières semaines de la grossesse, lors de l'accouchement et durant les 6 premières semaines de vie du bébé), peu d'enfants naissent avec le VIH (1 enfant infecté sur 337 couples mères-enfants traités en multiples thérapies depuis 1998).

Pour certaines femmes enceintes d'origine haïtienne, il y a confusion sur la façon dont le test est administré. En effet, certaines femmes QOH croient qu'elles ont déjà été testées, puisqu'elles ont eu des prises de sang. Ces femmes se disent que si elles n'ont pas eu de nouvelles, c'est qu'elles ne sont pas infectées par le VIH. D'autres pensent que le test de dépistage fait partie de l'examen de routine. Pour celles issues de l'immigration, certaines pensent qu'elles ont été testées à leur entrée au Canada.

Selon Nicolas et al. (2006), il faudrait préserver la femme haïtienne enceinte de mauvaises nouvelles :

> *« La communauté haïtienne croit que d'annoncer de mauvaises nouvelles ou des nouvelles qui pourraient avoir un effet de choc sur une femme enceinte devrait être évité, puisque cela pourrait provoquer une fausse-couche, un accouchement précoce, une déformation du fœtus et même avoir un impact sur la santé de la femme enceinte. »*[16]

Cette croyance peut inciter certaines femmes enceintes QOH à ne pas vouloir passer le test de dépistage du VIH et ce, par peur de recevoir un diagnostic positif et ainsi perdre leur bébé.



LIENS AVEC L'INTERVENTION

Il est recommandé de bien expliquer les avantages de passer le test du VIH et d'insister sur le fait que même si la nouvelle d'un diagnostic positif au VIH est un choc, la mère et le bébé pourront avoir accès à des traitements et ainsi, au lieu d'imaginer perdre son bébé, la mère QOH augmente les possibilités qu'il naisse non infecté donc en santé.

[16] Traduit de l'anglais de l'article « Using multicultural lens » the American Psychological Association's (APA) Multicultural guidelines, (2002).

Mères QOH qui donnent naissance à un bébé infecté par le VIH[17]

Pour certaines mères, la peur du dévoilement du statut sérologique devient tellement présente qu'il y a un impact sur les soins qu'elles peuvent apporter à leur bébé. Lorsque l'enfant est en âge de parler, la mère peut craindre qu'il en parle à l'entourage. Pour préserver le secret, certaines mères ne vont pas divulguer à l'enfant qu'il vit avec le VIH et, autant que l'enfant se porte bien, la mère ne lui donnera pas de traitements. La mère craint d'être identifiée comme ayant transmis le VIH à son enfant et par conséquent, d'être identifiée comme première fautive.

En contrepartie, la plupart des mères haïtiennes veulent le bien-être de leur enfant et, par amour et sens des responsabilités, il y a une grande observance face aux traitements pour elle et leur enfant.

Notons qu'en Haïti, à la suite de la naissance du bébé, une tradition veut que le cordon ombilical soit enterré dans un endroit précis afin d'y planter un arbre. L'arbre qui grandit témoigne ainsi de la croissance de l'enfant *(« Mères et Mondes, la communauté haïtienne », RRSSS de Montréal, CLSC Côte-des-Neiges, 1996)*.



LIENS AVEC L'INTERVENTION

Cette information peut être utile pour permettre à certaines femmes enceintes QOH, vivant avec le VIH ou pas, de réaliser cette tradition ici au Québec.

En effet, depuis 2004, au mois de mai, le jardin botanique de Montréal distribue un petit arbre au sein de leur programme **« Mon arbre à moi »** offrant ainsi l'opportunité de planter un arbre en guise de nouvelle naissance. Ce projet est subventionné par le Ministère des Ressources naturelles du Gouvernement du Québec. Informez-vous et informez les mères QOH de cette possibilité.

Pour des informations complémentaires, veuillez visiter le site suivant :
www.mrn.gouv.qc.ca/mon-arbre/index.jsp

Barrières pour les femmes enceintes QOH face au dépistage[18]

À Toronto, pour les femmes enceintes d'origine africaine et caribéenne, les barrières face au dépistage seraient les mêmes que pour le reste de leur communauté, en particulier celles concernant la peur de la stigmatisation, du rejet et de l'isolement par l'entourage, les amis et la famille. La peur de ne pas avoir la force nécessaire pour faire face à un test VIH positif en plus de tous les autres soucis du quotidien, incluant les difficultés liées à la grossesse, serait aussi un obstacle à passer le test de dépistage (James, 2006). Parmi les autres barrières, on note la peur de multiples pertes telles que : son mari (appui financier), son emploi (sécurité financière) et son logement (James, 2006).



OUTILS

Il est fortement recommandé de compléter votre lecture par la section précédente incluse dans le cahier 3.1 « Dépistage du VIH counseling pré-test » sous « la stigmatisation et le VIH » p. 12-13.

[17] La section qui suit est inspirée d'une communication personnelle avec Johanne Samson et Guylaine Morin. 4 avril 2008.
[18] Ibid.

Il est fortement recommandé de compléter votre lecture par les thèmes et sous-thèmes associés dans le « Portrait global des Québécois d'origine haïtienne », en particulier :

- *« Amour et sexualité chez les jeunes QOH », point 5, p. 50-52*
- *« Parents QOH face à la vie sexuelle et la grossesse hors mariage de leurs adolescentes » p. 60-63 VOIR en particulier « liens avec l'intervention » au point 8.7, p. 62*

Enfants d'origine haïtienne nés avec le VIH[19]

Grâce à la possibilité de réduire de façon importante la transmission du VIH de la mère à l'enfant, les enfants nés avec le VIH sont maintenant dans leur période de pré-adolescence ou d'adolescence. Il s'avère important de considérer cet état de fait, puisque leur exploration sexuelle, influencée par plusieurs facteurs, peut entraîner des risques de transmission et de surinfection.

Leur famille peut avoir de la difficulté à aborder les thèmes liés à l'amour, à la sexualité, au VIH et à l'utilisation du préservatif. Il est donc possible que les jeunes adolescents QOH vivant avec le VIH aient peu accès, par le biais de leur famille, à une information pouvant les guider vers une exploration sexuelle saine et sécuritaire.

LIENS AVEC L'INTERVENTION

En intervention il est recommandé d'explorer avec ces jeunes les sujets suivants :

- Les difficultés qu'ils rencontrent liées avec le fait de vivre avec le VIH depuis leur naissance;
- Le non-dévoilement de leur statut de peur d'être rejeté;
- La présence de crainte ou d'angoisse face à l'exploration amoureuse et sexuelle;
- Leur niveau de confiance en soi ainsi que d'estime personnelle.

Dans la réalité, ces éléments peuvent avoir un impact sur le développement ou non de comportements sécuritaires face au VIH.

Notons que ces jeunes peuvent vivre certaines difficultés dans leurs relations amoureuses et sociales. Il est donc utile de discuter avec eux de la question suivante :

- Comment ils se sentent par rapport aux autres et comment pensent-ils que les autres les perçoivent ?

Prendre en compte qu'il y a une possibilité de double ou de triple **stigmatisation** : être d'origine haïtienne, vivre avec le VIH et être d'orientation homosexuelle ou bisexuelle.

OUTILS

Pour des outils spécifiques aux jeunes et le VIH/sida, veuillez vous référer aux documents suivants inclus à la fin de ce cahier :

- *Des livres pour l'enseignement sur le VIH/sida, La collection « auteurs africains junior » sur le VIH/sida*

Visitez leur site Internet : www.educationsida.com

[19] La section qui suit est inspirée d'une communication personnelle avec Johanne Samson et Guylaine Morin. 4 avril 2008.

ÉTUDES RÉALISÉES À CE SUJET

Peu d'études existent sur ce nouveau portrait de l'épidémie pédiatrique. Un résumé d'articles ainsi que d'un mémoire traitant de ce sujet au Québec, se trouvent dans la trousse d'outils, au cahier 3.3 (thème 7.3/9) « Grandes lignes du counseling post-test » :

- Garceau-Brodeur, M.-H., Fernet, M., Lévy, J. J., Massie, L., Otis, J., Thériault, J., Samson, J., & Lapointe, N. (2005). À propos du VIH/sida à l'adolescence. Adolescence, 23(3), 755-763.

  Résumé disponible sur le site Internet suivant :
  www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=ADO_053_0755

- Garceau-Brodeur, Marie-Hélène (2007). « Rôle des représentations sociales du VIH/SIDA et des stratégies d'ajustement dans l'élaboration des scénarios amoureux/affectifs, sexuels/préventifs et liés aux projets d'avenir parmi des préadolescents et adolescents infectés depuis leur naissance ». Mémoire. Montréal (Québec, Canada), Université du Québec à Montréal, Maîtrise en sexologie.

  Mémoire téléchargeable sur le site suivant : www.archipel.uqam.ca/907



LIENS AVEC L'INTERVENTION

Il est fortement recommandé de :

- Déconstruire les mythes et les idées reçues face au VIH/sida et au test de dépistage;
- Identifier avec elles leurs perceptions, leurs résistances et leurs peurs liées au test de dépistage et à la stigmatisation face au VIH/sida.
- Inciter une femme enceinte QOH à se faire dépister en parlant des avantages suivants :
  - **L'existence d'un traitement optimal durant la grossesse, à l'accouchement et pour le nouveau-né afin d'éviter les risques de transmission du VIH;**
  - **Taux de transmission au bébé de moins de 1 % lorsque la mère est traitée;**
  - **Possibilité de devenir enceinte de nouveau car elle peut être référée dans un centre spécialisé où il existe des techniques particulières de conception sans être exposé au VIH.**

En effet, en expliquant à ces femmes enceintes QOH que le dépistage permettra par la suite de prendre les mesures nécessaires pour les protéger et protéger leur bébé, vous facilitez la discussion pour les convaincre de passer le test.

Rappelons que, comme dans d'autres cultures, le rôle de mère est un rôle social valorisé dans la communauté haïtienne. En faisant la promotion de la santé du bébé, vous dédramatisez le test de dépistage. Vous donnez également espoir à la femme QOH enceinte, ou qui pense le devenir, de pouvoir continuer d'être mère malgré un test VIH positif.



Il est fortement recommandé de compléter votre lecture par les thèmes et sous-thèmes associés dans le « Portrait global des Québécois d'origine haïtienne », en particulier :

- *« La place de la spiritualité » incluant des liens avec l'intervention, section 2 p. 34-36*
- *« Sexualité, VIH et inégalité des rapports de genre », au point 4.2 p. 43-47*
- *« Représentation de la maladie » et thèmes connexes, sections 13 à 15, p. 73-76*

Bibliographie

ADRIEN A, Leaune V, Remis R et al., *Migration and HIV : An epidemiological study of Montrealers of Haitian origin.* Int J STD and AIDS 1999; 10 (4) : 237-242.

JAMES, L. (2006). *« Manuel de prévention du VIH : outil pour les fournisseurs de services servant les communautés africaines et africaines caribéennes vivant au Canada »*, Partie I, CACVO. Disponible sur le site suivant : www.accho.ca

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2002), *Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse.*

NICOLAS, G., DeSilva, A.M., Grey, K.S., & Gonzalez-Eastep, D. (2006). *« Using multicultural lens to understand illness among Haitians living in America »*. Journal of professional Psychology : research and Practice, 37(6) 702-707.

RRSSS de Montréal, CLSC Côte-des-Neiges. Feuillet d'information sur la santé des mères et des nouveaux-nés de communautés culturelles de Montréal, nº 3-Mai 1996, *« Mères et Mondes, la communauté haïtienne »*

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Québec
Direction de santé publique

BON DE COMMANDE

QUANTITÉ	TITRE DE LA PUBLICATION	PRIX UNITAIRE (plus frais de manutention si désiré par la poste)	TOTAL
	Trousse d'outils pour la prévention et le soutien auprès des Québécois d'origine haïtienne	**250.00 $** sur place à la Santé publique	

CAHIER 1 Portrait global des Québécois d'origine haïtienne

CAHIER 2 Communication parents/adolescents en termes de sexualité

CAHIER 3.1/ 3.2 Dépistage du VIH counseling pré-test et dépistage du VIH auprès des femmes enceintes

CAHIER 3.3 Grandes lignes du counseling post-test

Incluant les documents annexes qui forment l'ensemble de la trousse d'outils.

978-2-89494-761-6
Numéro d'ISBN

Nom _____

Adresse _____
N° Rue App.

_____
Ville Code postal

Téléphone _____ Télécopieur _____

Les commandes sont payables *à l'avance* par chèque ou mandat-poste à l'ordre de la Direction de santé publique de Montréal

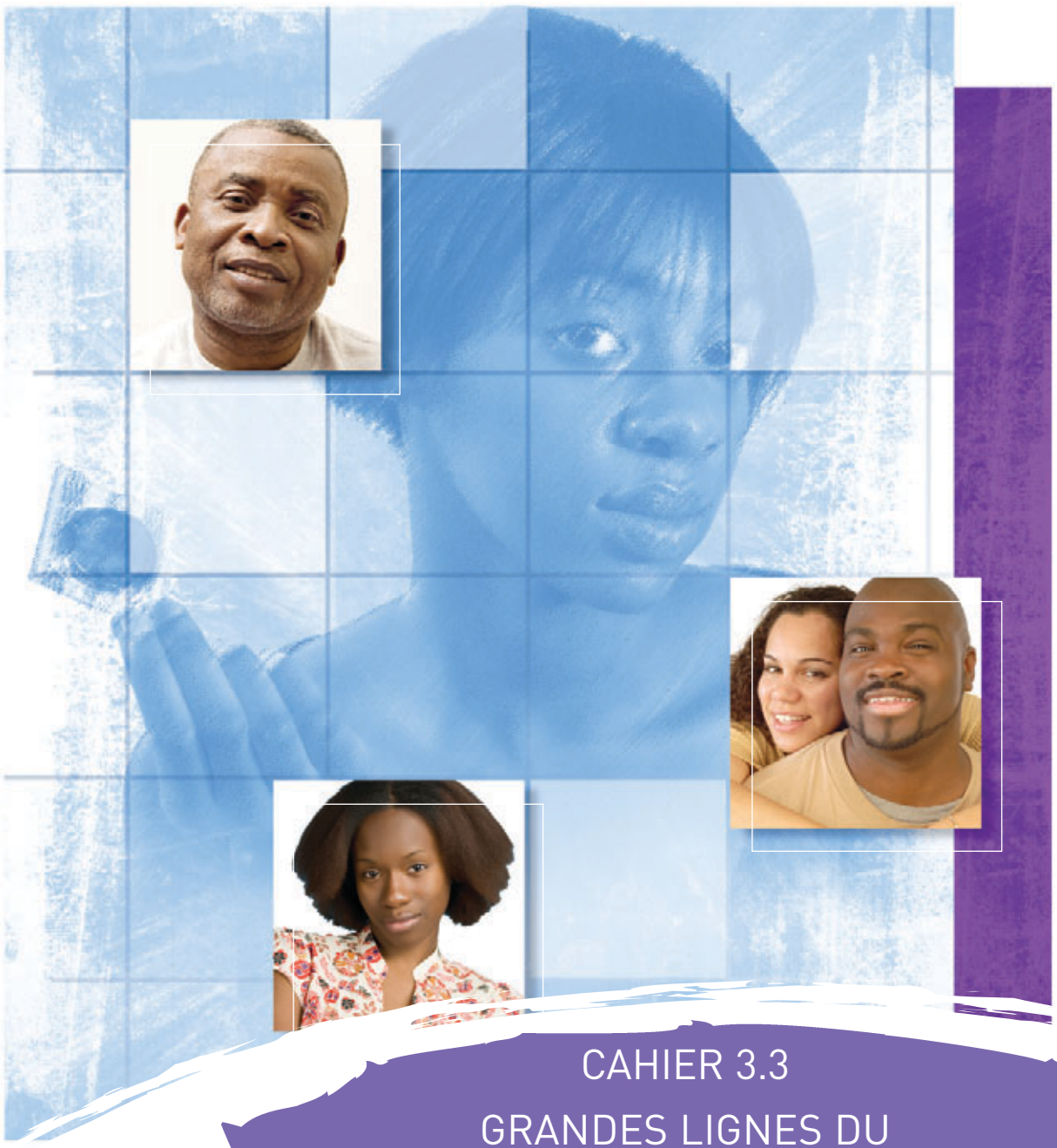
Veuillez retourner votre bon de commande à :
CENTRE DE DOCUMENTATION
Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3

Pour information : 514 528-2400 poste 3646

GARDER notre monde ENSANTÉ

1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : 514 528-2400
www.santepub-mtl.qc.ca

Trousse d'outils pour la prévention et le soutien auprès des Québécois d'origine haïtienne



CAHIER 3.3
GRANDES LIGNES DU
COUNSELING POST-TEST

INCLUANT LE DÉVOILEMENT
ET NON DÉVOILEMENT DE SON STATUT SÉROLOGIQUE

Intégrer les dimensions culturelles dans l'intervention face au VIH et aux autres infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

DOCUMENT DE RÉFÉRENCE

S.V.P. REPLACER CE DOSSIER DANS LA SECTION APPROPRIÉE DE LA TROUSSE APRÈS UTILISATION.

Trousse d'outils pour la prévention et le soutien auprès des Québécois d'origine haïtienne

CAHIER 3.3
Grandes lignes du counseling post-test

Valérie Lépine

2008

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Québec

gap VIES

COCQ-Sida

La «Trousse d'outils pour la prévention et le soutien auprès des Québécois d'origine haïtienne» est un assemblage de documents de diverses natures et provenances visant à renforcer les interventions en prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang auprès des Québécois d'origine haïtienne (QOH) et le soutien aux personnes vivant avec le VIH. Quatre de ces documents en constituent le cœur de la trousse et ont été spécifiquement conçus en ce sens. Le présent document est l'un de ceux-là.

Trousse d'outils pour la prévention et le soutien auprès des Québécois d'origine haïtienne

Cahier 1 - Portrait global des Québécois d'origine haïtienne

Cahier 2 - Communication parents/adolescents en termes de sexualité

Cahier 3.1/3.2 - Dépistage du VIH counseling pré-test et dépistage du VIH auprès des femmes enceintes

▷ **Cahier 3.3 - Grandes lignes du counseling post-test**

© Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal;
COCQ-SIDA et GAP-VIES (2008)
Tous droits réservés

ISBN 978-2-89494-761-6
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2008
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2008
Prix : 250,00$ vendue en trousse complète avec documents de provenances diverses

Crédits concernant la trousse d'outils ciblant les Québécois d'origine haïtienne (QOH) :

L'élaboration de la trousse d'outils a été rendue possible grâce à la contribution financière de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal dans le cadre de la Stratégie ITSS du MSSS. La trousse s'est construite à la suite d'une étape initiale de recherche (phase 1) financée par les Instituts de Recherche en Santé du Canada (IRSC). Sa production a été possible grâce au financement de la Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-Sida), un organisme subventionné par le Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang (SLITSS). Ce projet n'aurait pas été possible sans la contribution inestimable du personnel du Groupe d'actions pour la prévention de la transmission et l'éradication du sida (GAP-VIES), organisme communautaire qui offre des services de prévention du VIH/sida et du soutien auprès des PVVIH de la communauté haïtienne et leurs proches.

RESPONSABLE DE L'ENSEMBLE DU PROJET (PHASES 1 ET 2)

Dr Alix Adrien — Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

AUTEURE ET COORDONNATRICE DU PROJET PHASE 2

Recherche, conception et rédaction de l'ensemble de la trousse d'outils

Valérie Lépine — Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

COORDONNATRICE DU PROJET PHASE 1

Recherche, mise en place du partenariat et recension des écrits

Witnisse Mereus — Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

MEMBRES DU COMITÉ DE PILOTAGE DU PROJET, PARTENAIRES AU PROJET ET VALIDATION FINALE DU CONTENU

Riyas Fadel — Coordonnateurs de projet, COCQ-Sida
Jorge Flores — Coordonnateurs de projet, COCQ-Sida
René Lavoie — Coordonnateurs de projet, COCQ-Sida

Joseph Jean-Gilles — Directeur, GAP-VIES

Dr Carole Morissette — Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

MEMBRES DU COMITÉ DE SOUTIEN À L'ÉLABORATION DE LA TROUSSE ET À LA VALIDATION DU CONTENU

Edith Duterville — Institut thoracique de Montréal (ITM)
Riyas Fadel — COCQ-Sida
Roseline Joltéus — GAP-VIES
Marie-Hélène Luly — GAP-VIES
Guylaine Morin — Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine
Geneviève Nemouthé — GAP-VIES
Fabienne Pierre-Jacques — Bureau de la communauté haïtienne de Montréal (BCHM)
Stéphane Richard — GAP-VIES
Jean-Michel Richard — Maison d'Hérelle
Martine Tate — CSSS St-Michel

VALIDATION DU CONTENU DÉPISTAGE AUPRÈS DES FEMMES ENCEINTES

Johanne Samson — Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

CONCEPTION GRAPHIQUE ET MISE EN PAGES

Marie-Judith Langlois — MJL Design

RÉVISION LINGUISTIQUE

Adeline Murat
Emmanuelle Adrien

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

INTRODUCTION

Le profil des personnes d'origine haïtienne vivant au Québec n'est pas homogène. Chaque personne issue de cette communauté a un parcours de vie unique et chaque individu a sa façon propre de vivre et d'exprimer sa culture. De plus, certains QOH sont de nouveaux immigrants alors que beaucoup sont nés au Québec de parents nés en Haïti[1]. Il existe une différence entre ces Québécois d'origine haïtienne au niveau de l'impact socioculturel haïtien et de l'existence ou non de chocs post-traumatiques liés à des situations de conflits politiques vécus en Haïti.

ATTENTION AUX GÉNÉRALISATIONS RAPIDES ET ABUSIVES

Par exemple, le Dr Frantz Raphaël (2006) distingue deux groupes issus de la communauté haïtienne vivant à Montréal, le groupe des occidentalisés et le groupe des créoles[2] :

> *« Le passage à l'école, aux institutions universitaires, fait des filles et fils issus de familles créoles de « nouveaux occidentalisés », de « nouveaux Affranchis », des intellos de la petite bourgeoisie, alors que les parents demeurent des Créoles. C'est bien ainsi que l'homme haïtien perçoit l'évolution, la modernité du Créole, comme s'il n'y a pas de reconnaissance formelle d'élites créoles. Ainsi, ceux qui n'ont pas accès aux valeurs occidentales, demeureront des Créoles, notion qu'il ne faut pas négliger dans nos pratiques transculturelles. »*

Ce document présente les particularités culturelles de la communauté haïtienne pouvant influencer les interventions en lien avec le counseling post-test du dépistage du VIH. L'objectif est d'identifier les barrières culturelles ainsi que les motivations qui jouent un rôle dans la prise de décision de dévoiler ou non son statut sérologique lié au VIH/sida.

LE LANGAGE NON VERBAL ET LES FORMES DE RESPECT DANS LA COMMUNICATION PEUVENT VARIER D'UNE CULTURE À L'AUTRE.

Les informations qu'on retrouve dans ce document, peuvent parfois paraître stéréotypées ou porter des préjugés. Cependant, il est important de les aborder afin de mieux adapter les interventions. En effet, ces informations peuvent guider les interventions des personnes amenées à travailler auprès de la communauté haïtienne sur les thèmes liés aux counseling pré-test et post-test du dépistage du VIH. Tel que mentionné, chaque personne est différente et exprime sa culture à sa façon. Il est donc important d'éviter les généralisations et de vous laisser guider par la personne devant vous.

[1] Tableau personnalisé CO-0982, recensement 2006, Statistiques Canada, avril 2008.

[2] Pour des informations approfondies sur le concept des « familles occidentalisées et créoles », veuillez vous référer à l'annexe 1 du « Portrait global des Québécois d'origine haïtienne ». Grâce à l'aimable autorisation de la revue Santé mentale au Québec, l'article du Dr Frantz Raphaël se retrouve en intégralité en annexe 1 . Voir p.168-169

Recommandations pour le counseling[3] post-test

- Respecter et être sensible à la réalité de la personne;
- Dialoguer en posant des questions simples et ouvertes;
- Respecter les moments de silence (le dépistage peut être très émouvant);
- Donner des informations justes, accessibles et imagées;
- Respecter le rythme de la personne;
- Faire preuve de diplomatie et de perspicacité lors de l'évaluation des risques en évitant :
  - l'intrusion et la curiosité à l'allure d'une enquête;
  - le jugement verbal et non verbal (se « confesser » de quelque chose de « mal »).
- Accompagner pour l'adoption d'un comportement préventif (VIH, co-infection ITSS, surinfection du VIH);
- Rassurer la personne (ex. : en cas de séropositivité, elle ne sera pas automatiquement expulsée du Québec);
- Faire valoir les droits des PVVIH.

Pour plus d'information sur les droits des PVVIH, veuillez vous référer aux outils annexés à la suite de ce cahier, en particulier :

- *Dépliant réalisé par la COCQ-Sida « LE PROGRAMME SIDA EN MILIEU DE TRAVAIL » (disponible à la COCQ-Sida).*

  Visitez aussi leur site : www.cocqsida.com

  Site Internet du réseau juridique canadien VIH/sida : www.aidslaw.ca
- *Fiches réalisées par la Coalition interagence sida et développement*

  Visitez aussi leur site : www.icad-cisd.com

[3] Le mot counselling , avec deux -L-, se rencontre fréquemment en Europe et au Canada anglais, mais au Québec c'est la graphie avec un seul -L- qui prédomine (Office québécois de la langue française, 2008).
Site : www.oqlf.gouv.qc.ca

COUNSELING POST-TEST LIÉ AU DÉPISTAGE DU VIH

OUTILS

Outils où vous trouverez des informations plus approfondies sur le counseling post-test face au dépistage du VIH :

INFORMATIONS SPÉCIFIQUES AU QUÉBEC

- *« Guide québécois de dépistage. Infections transmissibles sexuellement et par le sang » (MSSS, 2006)*
  - *Le counseling post-test lorsque le résultat du dépistage de l'infection par le VIH est positif (p. 66-68)*
  - *Le processus d'orientation de la personne atteinte pour un suivi médical ou psychosocial (p. 69-70)*

Téléchargeable sur le site suivant :
publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-317-03.pdf

INFORMATIONS SPÉCIFIQUES AUX COMMUNTAUTÉS AFRICAINES ET CARIBÉENNES VIVANT À TORONTO

- *« Manuel de prévention du VIH : outil pour les fournisseurs de services servant les communautés africaines et africaines caribéennes vivant au Canada » (CACVO, 2006)*
  - *Les problèmes légaux, la divulgation du statut de séropositivité et la notification au partenaire, aux pages 27-30.*

Le manuel se trouve dans la trousse d'outils QOH dans le séparateur « Dépistage du VIH». Aussi disponible sur le site suivant : www.accho.ca

Diagnostic d'un test VIH positif

*Pour des **informations complémentaires**, veuillez vour référer aux thèmes et sous-thèmes associés inclus dans le « Portrait global des Québécois d'origine haïtienne » :*

- *« Perception de la maladie » et thèmes connexes, incluant les liens avec l'intervention aux sections 12 à 16, p. 72-78.*
- *La première section de cette trilogie : « Dépistage du VIH : counseling pré-test ».*

ATTENTION PARTICULIÈRE

Peu d'études existent sur les comportements, les attitudes, les valeurs, les croyances ainsi que l'existence de résistance des hommes de la communauté haïtienne en lien avec le dépistage du VIH/sida, le counseling post-test et le dévoilement.

Dans les pages qui suivent, cette réalité explique la faible représentation des hommes concernant le counseling post-test. En effet, nous en savons peu sur les stratégies d'intervention les plus efficaces auprès d'eux.

En contre partie, du fait qu'il y a une étude qualitative réalisée à ce sujet auprès des femmes issues de communautés ethnoculturelles, alors qu'aucune étude qualitative équivalente n'a été réalisée chez les hommes, les femmes QOH ont une plus grande attention que les hommes dans les textes qui suivent. Ceci ne signifie pas que les femmes ont un rôle prédominant dans la transmission du VIH.

Nous tenons à spécifier que malgré ce manque de littérature, en intervention, il est recommandé d'adapter à la réalité des hommes QOH certains éléments de ce cahier, en les laissant valider vos actions, et de les impliquer dans la recherche de solutions et de prévention.

Perceptions des QOH face à un résultat positif du VIH

Tout comme pour les perceptions liées au VIH/sida, certaines personnes issues de la communauté haïtienne associent le diagnostic d'un test positif à des causes magico-religieuses (Adrien et coll., 2001) :

> *« Si un test du VIH s'avère être positif, la tendance sera d'associer la maladie à un mauvais sort (« on m'a envoyé une mort du sida »). Aux dires des participants, plusieurs patients retournent en Haïti, et vont voir un « hougan » qui confirme leur diagnostic de « mò voye ». De retour au pays, ils nient la réalité et continuent à entretenir des relations sexuelles [non protégées] avec un ou des partenaires. Ce serait surtout les personnes peu scolarisées qui ont une conception magico-religieuse de la maladie.»*

En complément, la croyance vaudou amène certaines personnes de la communauté haïtienne à se déresponsabiliser face à la transmission du VIH :

> *« Le vodou[4], très présent dans la culture haïtienne, tend à situer la causalité des événements à l'extérieur de la personne. On dira par exemple, face au sida, que c'est quelqu'un qui nous en veut qui nous a donné la maladie, ce qui facilite l'acceptation mais ne favorise pas la responsabilisation individuelle. Un autre argument est aussi de se dire que ce qui affecte la personne est tellement complexe que la médecine occidentale ne peut le comprendre. »*[5]

En Haïti, la personne vivant avec le sida est « catégorisée » dans des cadres sociaux bien précis :

> *« **Le sidéen proprement dit**, diagnostiqué par le corps médical et reconnu par son entourage;*
>
> ***Le sidéen social :** le diagnostic médical fait défaut ou se révèle négatif mais l'opinion publique l'identifie comme porteur du virus;*
>
> ***Le sidéen « culturel » ou « surnaturel » :** le diagnostic médical positif est rejeté par l'entourage qui soutient que l'individu atteint est victime d'un sort (« kout mo ») mais l'opinion publique l'identifie comme porteur du virus. » (Adrien, Cayemittes, 1991)*

[4] Selon les ouvrages et les auteurs, ce terme s'écrit de deux façons : *vodou et vaudou*. Le premier est selon la phonétique créole tandis que le second est en français.

[5] Avec l'aimable autorisation de Joseph Jean-Gilles, Directeur de GAP-VIES, **ce texte** est **intégral.** Il est tiré de sa conférence donnée à la DSP de Montréal : *Au-delà du choc culturel... Diversité culturelle et travail de proximité.* Mai 2005.



LIENS AVEC L'INTERVENTION

En se basant sur les citations précédentes, il est recommandé de vérifier avec la personne QOH si elle connaît ou soupçonne la façon dont elle a pu être infectée par le VIH.

En effet, en la questionnant, vous aurez plus de détails sur ses perceptions face à sa séropositivité dont l'existence ou non d'une influence magico-religieuse.

Que la personne QOH croit qu'elle a été victime d'un sort ou pas, il est important de bien lui expliquer les possibilités de réinfection ainsi que de transmission secondaire afin de protéger les partenaires sexuels potentiels au Québec et en Haïti. Il faudrait également lui expliquer la façon d'utiliser adéquatement le préservatif en mettant l'emphase sur l'importance de l'utiliser systématiquement à chaque relation sexuelle.

Influencé par le niveau de croyance magico-religieuse (déresponsabilisation de l'infection au VIH), il est recommandé de faire valoir la responsabilisation individuelle dans la transmission et la protection face au VIH/sida, autant pour la santé de la personne QOH que celle des autres. Si le contexte le permet, vous pouvez mettre l'emphase sur l'importance de son rôle et de ses multiples responsabilités au sein de sa famille.



Pour un exemple de discours inclusif de la réalité magico-religieuse, veuillez vous référer au « Portrait global des Québécois d'origine haïtienne », à la page 71 :

- *« Pistes d'interventions liées au VIH et à la croyance vaudou »*



OUTILS

Pour des outils qui traitent du développement d'une qualité de vie pour une PVVIH, ainsi que pour des thèmes connexes, veuillez vous référer aux dépliants suivants, annexés à la suite de ce cahier (inclus dans une pochette plastifiée) :

- *« Vous venez d'apprendre que… 7 clés pour mieux vivre »;*
- *« Patients séropositifs, ce que vous devez savoir sur les infections d'origine bactérienne transmises sexuellement et par le sang »;*
- *« Patients séropositifs, ce que vous devez savoir sur la trichomonase et les infections d'origine virale transmises sexuellement et par le sang »;*
- *« S'informer pour mieux se traiter » accompagné d'un CD-ROM.*

Ces outils sont disponibles gratuitement à la Clinique Médicale du Quartier Latin :
(514) 285-5500 (livraison gratuite).
Visitez leur site Internet : www.cliniquequartierlatin.ca

Il est important de faire autant la promotion du dévoilement que celle du non-dévoilement, puisqu'il est possible que la personne ne soit pas prête à dévoiler son statut sérologique face au VIH/sida.

Dans les deux contextes, votre rôle comme intervenant est d'être neutre afin d'accompagner la personne et lui offrir le soutien nécessaire pour qu'elle puisse évaluer elle-même la situation, comprendre les avantages et les désavantages du dévoilement et du non-dévoilement pour enfin prendre une décision éclairée.

N'hésitez surtout pas à la référer à des organismes de soutien (voir liste annexe 2).

Dévoilement

OUTILS

Notons qu'un outil spécifique face au dévoilement et au non-dévoilement des femmes vivant avec le VIH a été développé par la Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé, *en partenariat avec différents organismes communautaires et institutions de la région de Montréal. Ces femmes sont d'origine haïtienne et non haïtienne. Ce projet s'intitule « Pouvoir partager/pouvoirs partagés ». Cet outil traite en détail tous les aspects multidimensionnels du dévoilement auprès de femmes de diverses origines ethnoculturelles. C'est l'un des outils traitant des multiples facettes du dévoilement le plus complet réalisé jusqu'à maintenant.*

Face au dévoilement et au non-dévoilement, il est fortement recommandé de prendre connaissance de ce projet afin de maximiser vos interventions. *En effet, qu'il s'agisse d'un contexte de dévoilement ou de non-dévoilement, ce projet propose des outils pour planifier la stratégie appropriée.*

Un descriptif du projet, ainsi qu'un bon de commande du guide d'animation, se trouve à la fin de ce cahier.

Représentations face au dévoilement[6]

« Pour les PVVIH d'origine haïtienne, le dévoilement représente des préoccupations importantes. En effet, le dévoilement peut apporter un sentiment de soulagement et de liberté car la peur et le secret sont lourds à porter. Mais en contrepartie, le dévoilement pour les QOH peut être :

- Égal à un risque de stigmatisation;
- Un acte qui met sa vie dans la main d'une autre personne qui peut tout autant soutenir que juger ou pire, diffuser le secret dans la communauté;
- La peur du rejet, du mépris, du jugement, d'être associé à un mode de vie débridé;
- Inutile, car le fait de vivre avec le VIH est un secret et ne doit pas être partagé avec n'importe qui. »

Barrières face au dévoilement

« À Montréal, les communautés haïtienne et africaine étant relativement plus petites, les gens ont encore plus peur de dévoiler leur séropositivité car, **un peu comme dans un village, ils croient que toute la communauté sera au courant.** De plus, dans les cultures africaine et haïtienne, la sexualité, la maladie et la mort sont des sujets tabous. Les gens parlent de sexualité avec beaucoup de gêne et pour plusieurs, c'est carrément indécent. **Ainsi, parler du sida c'est parler de sexe, de maladie et de mort.** C'est aussi dire que l'on a eu des relations sexuelles non protégées et même pour certains, cela veut dire qu'on est gai, prostitué ou drogué. »

En complément, pour une personne QOH, plusieurs facteurs peuvent être facilitants et d'autres, comme la stigmatisation en lien avec le VIH/sida, peuvent être des obstacles importants au dévoilement :

[6] Avec l'aimable autorisation de Joseph Jean-Gilles, Directeur de GAP-VIES, le texte qui suit, incluant « barrières face au dévoilement », est **intégral**. Il n'est pas en italique afin de faciliter la lecture. Ce texte est tiré de sa conférence donnée à la DSP de Montréal : *Au-delà du choc culturel... Diversité culturelle et travail de proximité.* Mai 2005.

« Des femmes d'origine africaine et haïtienne sentent même qu'elles sont tenues responsables, voire blâmées, de la propagation d'une maladie venant de leur pays d'origine. Elles se voient ainsi responsables de la transmission du VIH/sida dans leur pays d'accueil, d'où la stigmatisation de ces groupes par la population majoritaire. » (Trottier et coll., 2005)

« Certaines femmes tiennent d'ailleurs responsables les élites locales d'entretenir ces préjugés au sein de la population québécoise. Étiquetées comme appartenant à un groupe hautement à risque face au VIH/sida, les femmes d'origine haïtienne prétendent que les intervenants de la santé (médecins, infirmiers-infirmières, etc.), collègues de travail et partenaires sexuels n'hésiteront pas à s'enquérir directement de leur [statut sérologique lié au VIH/sida]. » (Trottier et coll., 2005)

D'autres raisons influencent les femmes d'origines haïtienne et africaine à ne pas dévoiler leur statut sérologique lié au VIH/sida :

« En attente de réponse positive à propos de leur résidence permanente ou de leur citoyenneté canadienne, certaines doivent, tant bien que mal, dissimuler leur infection au VIH/sida, de peur de se faire refuser leur demande de statut. Elles se priveront même de recevoir des soins de santé de peur que leur [statut sérologique lié au VIH/sida] ne soit révélé aux différentes instances gouvernementales. En contrepartie, des femmes québécoises n'hésitent pas à revendiquer leurs droits, considérant que les attitudes discriminatoires sont non conformes aux Chartes canadienne et québécoise des droits et libertés de la personne. » (Trottier et coll., 2005)



LIENS AVEC L'INTERVENTION

En se basant sur les informations précédentes, il est recommandé de rassurer la personne QOH que vous êtes son allié, que vous êtes là pour l'accompagner, la soutenir, l'écouter et l'aider.

Si le contexte vous le permet, dites-lui que vous comprenez qu'elle ne veuille pas dévoiler son statut sérologique face au VIH/sida (énumérez les raisons mentionnées dans les paragraphes précédents).

Il est aussi recommandé de mettre l'accent sur le fait qu'elle n'est pas forcée de se dévoiler, puisque c'est un processus et qu'elle a le droit de prendre tout son temps.

Surtout, la rassurer qu'elle ne sera pas expulsée du Québec parce qu'elle vit avec le VIH/sida.



- *Pour les grandes lignes pouvant aider à réfléchir sur les étapes à considérer avant de partager son statut sérologique face au VIH/sida, veuillez vous référer à l'annexé à la suite de ce cahier.*
- *Pour plus d'information sur les droits des PVVIH, veuillez vous référer :*

  Au site Internet du réseau juridique canadien VIH/sida : www.aidslaw.ca
- *Dépliant réalisé par la COCQ-Sida « LE PROGRAMME SIDA EN MILIEU DE TRAVAIL » (disponible à la COCQ-Sida).*

  Visitez aussi leur site : www.cocqsida.com
- *Fiches réalisées par la Coalition interagence sida et développement*

  Visitez aussi leur site : www.icad-cisd.com

Dévoilement à ses proches, enfants et entre pairs[7]

« Malgré le soutien qu'elles pourraient recevoir de leur entourage, plusieurs personnes vont éviter de dévoiler leur séropositivité car elles **ne veulent pas inquiéter ou peiner leur famille.** Plusieurs PVVIH ont dit n'avoir rien dit à leur mère de peur **qu'elle « ne meure de chagrin ou de choc suite à la nouvelle ».**

Plusieurs mères avouent ne rien vouloir dire à leurs enfants car elles ne veulent pas les effrayer ou les inquiéter trop avec la possibilité de perdre leur mère.

La situation des PVVIH sans papier est plus compliquée car, à la peur du rejet et du jugement, s'ajoute la crainte d'être renvoyées. Ainsi, plus souvent qu'autrement, les seules personnes qui sont au courant du diagnostic sont les personnes qui peuvent les aider telles que **les intervenants à l'hôpital, dans les organismes communautaires et l'avocat qui défend leur dossier.** »

OUTILS

Pour plus d'information concernant le dévoilement familial, veuillez vous référer aux outils spécifiques inclus à la suite de ce cahier :

- *« Exploration du processus de dévoilement et de non-dévoilement du VIH/sida en milieu familial : définitions, facteurs prédisposant et facilitant et impacts sur la santé et le bien-être des enfants ». Conçu par l'organisme les enfants de Béthanie (LEDB).*
- *Le dévoilement d'un diagnostic difficile à un enfant dans le magazine le point de VIH+ (printemps 2005), co-écrit par Guylaine Morin et Johanne Samson. Conçu par l'organisme CPAVIH. Notons que cet organisme n'existe plus.*

En contrepartie, pour des raisons précises, certaines personnes vont décider de dévoiler leur séropositivité :

> *« Deux raisons majeures incitent les répondantes à dévoiler leur [statut sérologique lié au VIH/sida] à leur famille : 1) se soulager du poids d'un secret trop longtemps gardé et 2) assurer la prise en charge éventuelle des enfants en cas de décès, de période d'hospitalisation ou de maladie. Pour d'autres femmes, le non-dévoilement de leur état infectieux sera décidé justement pour protéger leur enfant du stigma de l'entourage. »*
> *(Trottier et coll., 2005)*

Selon Trottier et coll. (2005), face au soutien de leur famille et souvent pour des raisons justifiées, il existe des différences entre des femmes québécoises vivant avec le VIH et celles d'origine haïtienne :

> *« Si les femmes d'origine québécoise semblent bénéficier davantage du soutien moral et économique des membres de leur famille, tel n'est pas le cas de plusieurs répondantes d'origine africaine ou haïtienne qui ne peuvent pas compter sur celui des membres de leur famille, les contraintes migratoires ayant réduit l'étendue du réseau familial. Elles se retrouvent donc souvent seules pour s'occuper d'elles-mêmes, de leurs enfants et de l'accomplissement des tâches domestiques. Pour pallier aux difficultés vécues dans la sphère domestique, plusieurs femmes établissent des contacts plus ou moins réguliers avec les organismes communautaires œuvrant auprès des personnes vivant avec le VIH. »*

[7] Avec l'aimable autorisation de Joseph Jean-Gilles, Directeur de GAP-VIES, le texte qui suit, jusqu'à la citation de Trottier et coll, est **intégral**. Il n'est pas en italique afin de faciliter la lecture. Ce texte est tiré de sa conférence donnée à la DSP de Montréal : Au-delà du choc culturel...Diversité culturelle et travail de proximité. Mai 2005.

Tel que mentionné dans la dernière citation, les organismes communautaires peuvent être un lieu aidant pour les PVVIH. Il est fortement recommandé de continuer à faire valoir l'importance de ces lieux de soutien ou d'autres lieux de références qui, rappelons-le, existent aussi pour favoriser la solidarité et briser l'isolement, surtout lorsqu'on vit avec le VIH.

Pour une liste actualisée d'organismes pouvant accompagner et soutenir les PVVIH, veuillez vous référer aux annexes suivantes incluses à la fin de ce cahier :

- *l'annexe 2 « Groupes de soutien pour PVVIH au Québec ».*
- *l'annexe 3 de ce document « Organismes communautaires travaillant auprès des QOH ».*

Dévoilement au sein du couple

« Dans le couple, le dévoilement va avoir un impact différent selon la situation. En effet, le dévoilement n'aura pas le même impact si la PVVIH a été infectée dans une aventure extraconjugale, si elle a été infectée par son partenaire ou non, si c'est un nouveau couple ou non. Nous avons pu remarquer que plusieurs couples ne supportent pas le choc du dévoilement mais de plus en plus de couples résistent et continuent de rester ensemble suite au dévoilement. »[8]

Selon Trottier et coll., (2005) pour certaines femmes QOH, influencées par de multiples raisons, il demeure plutôt difficile de divulguer une telle information à leur partenaire amoureux :

> *« En contexte de relations affectives et amoureuses, certaines femmes, en particulier celles d'origine haïtienne et africaine, gardent le secret sur leur infection anticipant la réaction négative du conjoint. Ces craintes sont encore amplifiées chez les femmes qui dépendent économiquement de leur conjoint ou de leur famille. L'ébruitement de leur [statut sérologique lié au VIH/sida] pourrait entraîner des répercussions considérables sur leur qualité de vie, comme la perte de ressources financières et du rôle social tenu au sein de la collectivité. »*

Pression des intervenants pour dévoiler

« Plusieurs QOH se plaignent d'une pression des intervenants pour se dévoiler alors que bien souvent ils n'ont aucun support pour le faire et pour aider les proches après le dévoilement. Il arrive fréquemment que ce sont les PVVIH qui doivent soutenir leurs proches après le dévoilement, une tâche qui est trop lourde pour elles car elles doivent, elles aussi, apprendre à vivre avec le VIH. »

[8] Avec l'aimable autorisation de Joseph Jean-Gilles, Directeur de GAP-VIES, le texte qui suit, jusqu'à la citation de Trottier et coll, est intégral. Il n'est pas en italique afin de faciliter la lecture. Ce texte est tiré de sa conférence donnée à la DSP de Montréal : *Au-delà du choc culturel... Diversité culturelle et travail de proximité.* Mai 2005.

Il est important de faire autant la promotion du dévoilement que celle du non-dévoilement, puisqu'il est possible que la personne ne soit pas prête à dévoiler son statut sérologique face au VIH/sida.

Dans les deux contextes, votre rôle comme intervenant est d'être neutre afin d'accompagner la personne et lui offrir le soutien nécessaire pour qu'elle puisse évaluer elle-même la situation, comprendre les avantages et les désavantages du dévoilement et du non-dévoilement pour enfin prendre une décision éclairée.

N'hésitez surtout pas à la référer à des organismes de soutien (voir liste annexe 2).

OUTILS

Notons qu'un outil spécifique face au dévoilement et au non-dévoilement des femmes vivant avec le VIH a été développé par la Chaire de recherche du Canada en éducation à la santé, *en partenariat avec différents organismes communautaires et institutions de la région de Montréal. Ces femmes sont d'origine haïtienne et non haïtienne. Ce projet s'intitule « Pouvoir partager/pouvoirs partagés ». Cet outil traite en détail tous les aspects multidimensionnels du dévoilement auprès de femmes de diverses origines ethnoculturelles. C'est l'un des outils traitant des multiples facettes du dévoilement le plus complet réalisé jusqu'à maintenant.*

Face au dévoilement et au non-dévoilement, il est fortement recommandé de prendre connaissance de ce projet afin de maximiser vos interventions. *En effet, qu'il s'agisse d'un contexte de dévoilement ou de non-dévoilement, ce projet propose des outils pour planifier la stratégie appropriée.*

Un descriptif du projet, ainsi qu'un bon de commande du guide d'animation, se trouve à la fin de ce cahier.

Dévoilement et milieu de travail

Selon Trottier et coll., (2005) pour de multitudes raisons, les femmes QOH vivant avec le VIH choisissent de dissimuler leur séropositivité :

> *« D'autres répondantes, majoritairement haïtiennes, choisissent de ne pas révéler leur [statut sérologique lié au VIH/sida] et tentent de dissimuler l'infection au VIH à leur employeur et collègues de travail. Souvent dans l'incapacité physique de répondre aux exigences par la suite, elles sont rapidement congédiées. Les bilans de santé annuels et les assurances collectives auxquelles elles doivent souscrire font en sorte qu'elles sont rapidement identifiées comme personnes vivant avec le VIH. »*
>
> *« Afin de préserver l'anonymat, elles choisissent souvent des milieux de travail où elles n'ont pas l'obligation de se soumettre à des examens médicaux ou de souscrire à des assurances collectives. Elles se retrouvent donc dans des milieux de travail qui n'offrent aucune qualité de vie et aucune protection répondant aux normes du travail. D'autres décideront plutôt de ne pas travailler, situation qui contribue par contre à les confiner dans le secret et l'isolement. »*

Pour plus d'information sur les droits des PVVIH en milieu de travail, veuillez vous référer aux outils annexés à la suite de ce cahier (inclus dans une pochette plastifiée) :

- *Dépliant réalisé par la COCQ-Sida « LE PROGRAMME SIDA EN MILIEU DE TRAVAIL » (disponible à la COCQ-Sida).*

  Visitez aussi leur site : www.cocqsida.com

  Site Internet du réseau juridique canadien VIH/sida : www.aidslaw.ca

- *Fiches réalisées par la Coalition interagence sida et développement*

  Visitez aussi leur site : www.icad-cisd.com

Le dévoilement et la personne choisie[9]

« Influencée par la croyance populaire véhiculée par certains QOH qui associent le VIH/sida à une maladie honteuse ainsi qu'à de multiples autres phénomènes de stigmatisation, il est naturel qu'une personne d'origine haïtienne ayant été diagnostiquée séropositive ne veuille dévoiler au premier venu son diagnostic.

[9] Avec l'aimable autorisation de Joseph Jean-Gilles, Directeur de GAP-VIES, le texte qui suit, jusqu'à « Liens avec l'intervention » est **intégral**. Il n'est pas en italique afin de faciliter la lecture. Ce texte est tiré de sa conférence donnée à la DSP de Montréal : *Au-delà du choc culturel... Diversité culturelle et travail de proximité.* Mai 2005.

En effet, la séropositivité liée au VIH/sida est un secret scrupuleusement gardé par la personne atteinte et celle-ci doit s'assurer que la personne auprès de qui elle va se confier ne va pas le divulguer.

Le dévoilement se fait donc auprès d'une personne significative : **une sœur, un frère, la mère, le père et un ami d'enfance ou un condisciple (camarade de classe).** Notons que la notion d'ami d'enfance ainsi que celle de condisciple est très importante.

Pour le dévoilement, certaines personnes vivant avec le VIH vont même demander à leur confident éventuel de faire le voyage d'Haïti ou d'un coin quelconque de la diaspora à Montréal, ou à l'inverse, **la personne infectée fera le voyage.** »

« À la suite du dévoilement, la personne choisie s'engage à faire partie du secret et de trouver une manière de soutenir la PVVIH d'origine haïtienne. Ils travailleront conjointement à trouver des stratégies à court et à moyen terme pour identifier d'autres personnes dans leur entourage qui pourront aussi garder le secret. »



LIENS AVEC L'INTERVENTION

Dans le contexte où vous rencontrez une personne QOH vivant avec le VIH qui est seule au Québec et qui prévoit partir en Haïti ou dans un autre pays pour rejoindre des personnes significatives, l'informer des réglementations applicables aux déplacements et aux séjours des personnes vivant avec le VIH/sida. Voici un document complet qui pourra vous aider :

- « Guide de référence. Réglementations applicables aux déplacements et aux séjours des personnes vivant avec le VIH/sida », 2007.

  Disponible sur le site Internet suivant :
  - www.eatg.org/hivtravel

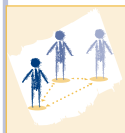
  Document en libre accès sur la page d'accueil de ce site Internet

Ce guide de référence, actualisé chaque année, est publié par l'Association allemande de lutte contre le sida (AIDS-Hilfe), et traduit en français par AIDES (www.aides.org) et Élus Locaux Contre Le Sida (ELCS). AIDS-Hilfe collecte et répertorie, sous forme de tableau, des données sur les réglementations applicables aux personnes atteintes du VIH/sida pour l'entrée et le séjour dans de nombreux pays.

Note : Pour toute information ou commentaire sur un pays en particulier, veuillez contacter Peter Wiessner à l'adresse courriel suivante : peter-wiessner@t-online.de

Dévoilement entre PVVIH

« Le dévoilement entre personnes vivant avec le VIH serait plus facile puisque, vivant la même situation ainsi que les mêmes peurs liées au dévoilement, une confiance mutuelle à garder le secret serait plus favorable. Cette solidarité et compassion permettraient aussi le développement d'un réseau social solide, d'autant plus que plusieurs personnes QOH vivent du rejet de leur famille, ou n'ont aucun soutien ici au Québec. De plus, certaines PVVIH d'origine haïtienne, pour de multiples raisons, n'ont pas divulgué leur séropositivité à leur entourage. Ainsi, pour contrecarrer cette solitude et cet isolement, ils trouvent refuge auprès de groupes de personnes de la communauté haïtienne vivant avec le VIH. »[10]



LIENS AVEC L'INTERVENTION

En se basant sur l'ensemble de la section précédente sur le dévoilement, voici des suggestions de questions qui peuvent être utiles à poser aux personnes QOH :

- Quelles sont vos peurs face au dévoilement?
- Y-a-t-il une personne en particulier avec qui vous aimeriez partager cette information?
- Quels sont les liens avec cette personne?
- Selon vous, y-a-t-il des enjeux à dévoiler votre séropositivité à cette personne?
- Connaissez-vous d'autres personnes ou lieux pour trouver du soutien, de l'écoute, de la compassion?
- Comment comptez-vous dévoiler votre statut sérologique positif à cette/ces personnes (où? quand? comment? pourquoi?)?

Pour aider une personne QOH qui a de la difficulté à identifier la ou les personnes avec qui elle désire partager son statut sérologique positif face au VIH/sida, il est utile de lui demander :

- Dans le passé, lorsque vous aviez un secret ou que vous traversiez une période difficile, avec qui aviez-vous choisi de partager votre secret, vos difficultés?

Tenir compte que de dévoiler sa séropositivité à sa famille, ses amis, son partenaire amoureux et sexuel ou encore à son/ses enfants, se prépare et se partage de manières différentes.

Pour une liste actualisée d'organismes pouvant accompagner et soutenir les PVVIH, veuillez vous référer à l'annexe 2 de ce cahier « Groupes pour PVVIH au Québec ».

[10] Avec l'aimable autorisation de Joseph Jean-Gilles, Directeur de GAP-VIES, ce texte est intégral. Il n'est pas en italique afin de faciliter la lecture. Ce texte est tiré de sa conférence donnée à la DSP de Montréal : *Au-delà du choc culturel... Diversité culturelle et travail de proximité.* Mai 2005.



LIENS AVEC L'INTERVENTION (suite)

Dans l'éventualité où la personne QOH n'identifie pas quelqu'un de confiance, assurez-lui que vous garderez la confidentialité et que vous êtes là pour l'écouter et la soutenir. **Surtout, informez-la sur les divers groupes de parole qui existent.** Concernant les groupes de parole, il est recommandé de promouvoir et d'assurer la confidentialité entre pairs.

Finalement,

- Misez sur un tronc commun, tel que les ressemblances culturelles face aux émotions vécues lors d'une telle situation qu'est de vivre avec le VIH/sida;
- Travaillez constamment pour obtenir l'alliance thérapeutique;
- N'oubliez pas le rôle des églises (pasteurs/prêtres). La majorité peut collaborer avec vous dans cette alliance thérapeutique.[11]

Alliance thérapeutique :

« La littérature parle d'alliance et de relation thérapeutique pour décrire le lien d'attachement et de collaboration qui s'établit entre le thérapeute et le client au cours du processus d'aide . Plusieurs auteurs parlent également d'alliance de travail et définissent ce concept comme étant l'accord ou la collaboration entre le thérapeute et le client en ce qui a trait aux buts et aux tâches de la relation d'aide, de même qu'au développement d'un lien thérapeutique » (G, Goudreau., Côté, G., 2001) Résumé de l'article en libre accès sur le site Internet suivant : www.rqpsy.qc.ca/ARTICLE/V22/22_3_007.pdf [Site consulté en novembre 2008]



LIENS AVEC L'INTERVENTION

Pour un outil audiovisuel pouvant servir de brise-glace sur les craintes et l'anxiété liées au dévoilement, veuillez vous référer :

- Aux films/DVD « Scénarios d'Afrique », inclus dans la trousse d'outils QOH. Une fiche explicative intitulée « Description de l'outil audiovisuel Scénarios d'Afrique, thème dévoilement » vous guide sur les scénarios à préconiser concernant le dévoilement. Vous y trouverez aussi un guide discussion pour vous aider à animer des groupes.



Pour une liste actualisée d'organismes pouvant accompagner et soutenir les PVVIH, veuillez vous référer à l'annexe 2 de ce cahier « Groupes pour PVVIH au Québec ».



OUTILS

Voici d'autres documents utiles à consulter :

- *Affichettes des principes de confidentialité conçues par le regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal (RIOCM) inclus à la suite de ce cahier :*
  - *Dix questions à se poser*
  - *Les principes à retenir*
- *La section « enjeux de confidentialité », incluse dans le « Portrait global des Québécois d'origine haïtienne », aux pages 77-78*
- *Le site Internet du réseau juridique canadien VIH/sida : www.aidslaw.ca sous « Thèmes/vie privée et confidentialité »*

[11] Communication avec Joseph Jean-Gilles, Directeur de GAP-VIES, 31 octobre 2007.

Pour des informations complémentaires, il est fortement recommandé de lire la section incluse dans le « Portrait global des Québécois d'origine haïtienne ».

« La place de la spiritualité » ainsi que les liens avec l'intervention. Voir section 2, p. 34-36.

Soutien spirituel

Concernant le soutien spirituel, plusieurs personnes QOH vont trouver leur réconfort ainsi que leur force auprès de Dieu (Clarkson et Eustache, 1997) :

> *« Dans les deux groupes d'immigrants récents, hommes et femmes, on mentionne par ailleurs l'importance de la prière pour demander l'aide divine, soit parce qu'on espère un miracle, soit pour demander courage à Dieu pour accepter l'épreuve à venir. »*

Pour certains QOH qui sont diagnostiqués séropositifs, la spiritualité peut prendre une place plus importante qu'avant le diagnostic (Adrien et coll., 2001) :

> *« En l'occurrence, la prière possède un pouvoir de guérison. Les professionnels nous ont dit qu'il n'est pas rare de rencontrer des patients qui utilisent la prière de façon complémentaire au traitement. »*

En contrepartie, face à un diagnostic positif du VIH, certaines personnes QOH vont être influencées par des croyances religieuses plutôt négatives. En effet, pour certains QOH, ce statut sérologique est une punition de Dieu et il est associé au mal, à la mort.

Certaines personnes sont convaincues qu'elles vont aller en enfer, puisque selon leurs croyances, il y a le bien et le mal, les bons malades et les mauvais malades. Certains QOH diagnostiqués séropositifs se catégorisent eux-mêmes dans ce qui est mal. Il arrive même que des individus de la communauté religieuse renforcent ces représentations puisqu'ils excluent la personne QOH vivant avec le VIH en lui disant qu'elle a péché et qu'elle n'est donc plus la bienvenue à l'église.[12]

Notification aux partenaires

Selon le CACVO (2006), plusieurs barrières empêchent les personnes issues des communautés africaines et caribéennes à procéder à la notification au(x) partenaire(s) sexuel(s) :

- Une peur des stigmates, abus ou violence de la part du partenaire sexuel;
- Pour les femmes, l'inégalité des sexes peut découler en abandon de la femme par le partenaire sexuel dont elle dépend financièrement et socialement;
- Un manque de confiance envers le système de santé et une mauvaise volonté de fournir des informations qui permettraient aux autorités de la santé publique ou aux médecins de notifier le partenaire sexuel;
- Des difficultés à contacter les partenaires sexuels (ex. : certains peuvent vivre en dehors du Canada où les systèmes de santé publique sont faibles et là où il n'y a pas de système mis en place pour notifier les partenaires);
- Une incapacité de se souvenir de tous les partenaires sexuels;
- Un manque de temps et de ressources pour effectuer une notification efficace et éclairée.

[12] Communication avec le Comité de soutien à l'élaboration de la trousse, volet clinique, 16 novembre 2007.

Il semble difficile de faire une notification aux partenaires sexuels des QOH susceptibles d'avoir été infectés par le VIH. En effet, plusieurs professionnels de la santé s'entendent pour dire que cela comporte certains risques. D'une part, la personne QOH peut décider d'arrêter ses traitements. D'autre part, il est possible qu'elle ne se représente plus jamais. (Adrien et coll., 2001)

De plus, il semblerait plus difficile pour des couples mariés ou en union de fait de procéder à la notification aux partenaires (Adrien et coll., 2001) :

> *« Les femmes seraient plus résistantes que les hommes à informer leur(s) partenaire(s) de leur séropositivité. Ces barrières seraient influencées par le fait que les femmes risquent de perdre plus dans la relation que les hommes. En fait, elles risquent de vivre de la violence physique et verbale ou que le conjoint décide d'arrêter le soutien économique. »*

Mieux vaut ne pas mettre de pression indue sur la personne à procéder à la notification aux partenaires au risque de la perdre par la suite. Il est surtout recommandé de construire une bonne relation de confiance qui, par la suite, au moment opportun, pourra favoriser une notification à un ou plusieurs partenaires.



LIENS AVEC L'INTERVENTION

Discutez avec la personne QOH des peurs qu'elle peut vivre face à la notification aux partenaires. Si le contexte vous le permet, dites-lui que vous comprenez qu'elle ne veuille pas partager sa séropositivité avec ses partenaires sexuels (énumérez les raisons mentionnées dans les paragraphes précédents). Par exemple, vous pouvez dire :

- « Parfois, les gens ont peur de notifier leurs partenaires sexuels car… Est-ce que c'est votre cas? »
- « Il est naturel d'avoir des craintes face à la notification aux partenaires, puisque… »

ANNEXE 1

GRANDES LIGNES DU DÉVOILEMENT

Quatre questions à vous poser avant de le dire à quelqu'un[13] :

- Pourquoi voulez-vous en parler à une personne en particulier?
- Comment est-ce que cette personne peut réagir?
- Peut-elle le garder pour elle?
- Comment le lui dire?

Mettre toutes les chances de votre côté! [14]

- Faîtes confiance à vos intuitions : vous dévoilez seulement lorsque vous êtes prêt-e;
- Réfléchissez à ce que vous aller dire longtemps d'avance : ne soyez pas pressé-e. Pratiquez-vous avant;
- Partagez votre statut sérologique positif avec les personnes en qui vous avez vraiment confiance;
- Lors du dévoilement, utilisez vos propres mots;
- Choisissez le bon moment et le bon endroit;
- Une fois la/les personne-s choisie-s, respectez vos attentes et limites. Demandez ce dont vous avez besoin : une épaule sur laquelle pleurer, du temps, de l'aide ponctuelle lorsque vous en aurez besoin.



LIENS AVEC L'INTERVENTION

Il est important de considérer que le processus par lequel la personne est passée après avoir reçu le diagnostic de sa séropositivité, peut être le même pour la personne qui va recevoir le dévoilement. En effet, cette personne choisie peut passer par les mêmes étapes, telles que : le choc, le déni, la rage, l'impuissance, l'injustice, etc.

Il est surtout recommandé de soutenir la personne vivant avec le VIH et lui dire qu'après le dévoilement, son rôle n'est pas d'accompagner ses proches, mais qu'elle doit plutôt prendre bien soin d'elle et de ses propres émotions face à son statut sérologique. Dites-lui qu'elle peut référer ses proches vers des organismes de soutien.

[13] Basé sur l'outil « devrais-je le dire », Terrence Higgens Trust. Juin 2006. Il est recommandé de lire en intégralité cet outil qui se trouve dans le séparateur « Dépistage du VIH » sous « Outils concernant le dépistage du VIH ». ATTENTION les ressources sont celles de l'Angleterre. Téléchargeable sur le site suivant : www.tht.org.uk/informationresources/publications/livingwithhivgeneral/shoulditellfrench528.pdf [page consultée en octobre 2008]

[14] Basé sur l'article en anglais Disclosing HIV-Women with HIV. En ligne à l'adresse suivante : pwn.bc.ca/hiv-community/disclosing-your-hiv-status [page consultée en octobre 2008]

ANNEXE 2

GROUPES DE SOUTIEN POUR PVVIH AU QUÉBEC

Groupes de soutien à Montréal

A.C.C.M.
AIDS Community Care Montreal
✉ 2075, rue Plessis, Montréal (Québec) H2L 2Y4
✆ (514) 527-0928
(514) 527-0701
@ info@accmontreal.org
www.accmontreal.org et
www.directionsmontreal.org

SERVICES : *Accompagnement - Soutien - Référence - Support - Centre de jour - Prévention - Services bilingues.*

CENTRE D'ACTION SIDA MONTRÉAL - FEMMES
✉ 1750, rue St-André, 3e étage
Montréal (Québec) H2L 3T8
✆ (514) 495-0990
(514) 495-8087
@ casm@netrover.net
www.netrover.com/~casm

SERVICES : *Éducation - Prévention - Projets Femmes.*

COALITION SIDA DES SOURDS DU QUEBEC
✉ 2075, rue Plessis, Montréal (Québec) H2L 2Y4
✆ Faire le 1-800-855-0511 et
demander le numéro suivant : (514) 521-1780
(514) 521-1137
@ cssq@qc.aira.com
www.cssq.org

SERVICES : *Information - Accompagnement lors du dépistage anonyme - Groupe de support - Services psychosociaux - Prévention et éducation.*

FONDATION D'AIDE DIRECTE SIDA MONTREAL
✉ 1442, rue Panet, Montréal (Québec) H2L 2Z1
✆ (514) 522-1993 (administration)
(514) 522-7744 (service)
(514) 522-3686
@ fadsm@videotron.ca

SERVICES : *Dépannage alimentaire - Fourniture de produits hygiéniques - Aide aux factures liées au logement - Services de consultation budgétaire.*

G.A.P. - V.I.E.S.
Groupe d'Action pour la Prévention de la transmission du VIH et l'Éradication du Sida
✉ 7355, boul. St-Michel, Bureau 300
Montréal (Québec) H2A 2Z9
✆ (514) 722-5655
(514) 722-0063
@ gapvies@gapvies.ca
www.gapvies.ca

SERVICES : Communauté haïtienne/africaine : *Prévention - Accompagnement et support psychosocial - Écoute téléphonique.*

Maisons d'hébergement

HÉBERJEUNE DE PARC EXTENTION
✉ 7004, rue Hutchison, App. 2
Montréal (Québec) H3N 1Y6
✆ (514) 273-2700
(514) 273-1470
@ non disponible

SERVICES : *Hébergement.*

HEBERGEMENT DE L'ENVOL
✉ 6984, rue Fabre Montréal (Québec) H2E 2B2
✆ (514) 374-1614
(514) 593-9227
@ hebergementlenvol@hotmail.com
pages.infinit.net/lenvol2

SERVICES : *Foyer collectif pour PVVIH/sida en perte d'autonomie.*

LES ENFANTS DE BETHANIE
✉ 2830A, boul. Gouin Est, Montréal (Québec) H2B 1Y7
✆ (514) 384-8160
(514) 384-3092
@ ledb@lebd.org
www.ledb.org

SERVICES : *Gardiennage - Transport et accompagnement - Soutien à la famille - Ressource parentale - Ateliers.*

MAISON D'HERELLE
✉ 3738, rue St-Hubert, Montréal (Québec) H2L 4A2
✆ (514) 844-4874
(514) 842-2991
@ herelle@videotron.ca
www.maisondherelle.org

SERVICES : *Chambres, moyen et long terme pour personnes de diverses origine, dont les QOH, vivant avec le VIH/sida et en perte d'autonomie avancée - Transition et répit.*

MAISON DOMINIQUE
✉ 151, avenue Giroux, Laval (Québec) H7N 3H5
✆ (450) 681-1441
(450) 681-7745
@ maisondominique@bellnet.ca

SERVICES : *Maison d'hébergement - Accompagnement.*

MAISON DU PARC
✉ 1287, rue Rachel Est
Montréal (Québec) H2J 2J9
✆ (514) 523-6467
(514) 523-6800
@ maisonduparc@qc.aira.com

SERVICES : *Chambres pour personnes autonomes vivant avec le VIH/sida et en perte d'autonomie.*

MAISON PLEIN CŒUR
✉ 1611, rue Dorion, Montréal (Québec) H2K 4A5
✆ (514) 597-0554
(514) 597-2788
@ mplcoeur@videotron.ca
www.maisonpleincoeur.org

SERVICES : *Services - Centre de jour - Maintien à domicile - Massothérapie - Accompagnement spirituel - Cuisine collective - Hébergement.*

REFUGE JUAN MORENO
✉ 3235, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H1W 1C1
✆ (514) 525-5423
(514) 525-7232
@ refugejuanmoreno@bellnet.ca
En construction

SERVICES : *Centre d'hébergement - Ateliers - Interventions.*

RÉSIDENCE DU YMCA
✉ 4039, rue Tupper Montréal (Québec) H3Z 1T5
✆ (514) 932-5353
(514) 932-4133
@ pascal.alatorre@ymcamontreal.qc.ca

SERVICES : *Résidences.*

SIDALYS
✉ 3702 Ste-Famille, Montréal (Québec) H2X 2L4
✆ (514) 842 4439 (poste 102)
(514) 842 2284
@ sidasecours@hotmail.com

SERVICES : *Organisme d'hébergement pour personnes vivant avec le VIH/sida.*

Sidalys offre 3 types d'hébergement :

CENTRE AMARYLLIS
✉ 1462, rue Panet, Montréal (Québec) H2L 2Z3
✆ (514) 526-3635
(514) 521-9209
@ sidasecours@hotmail.com

SERVICES : *Centre d'hébergement pour personnes vivant avec le VIH/sida, toxicomanes ou non, axé sur la reprise en charge de l'autonomie.*

CENTRE SIDA SECOURS / CENTRE DE CRISE
✉ 3702 Ste-Famille, Montréal. Qc, H2L 2L4
✆ (514) 842 4439 (poste 105)
(514) 842 2284
@ sidasecours@hotmail.com

SERVICES : *Centre d'hébergement de crise pour personnes vivant avec le VIH/sida, toxicomanes ou non.*

HABITATIONS JEAN-PIERRE-VALIQUETTE
✉ 2290 Bercy, Montréal (Québec) H2K 2V7
✆ (514) 842 4439 (poste 105)
(514) 842 2284
@ sidasecours@hotmail.com

SERVICES : *Appartements supervisés pour personnes vivant avec le VIH/sida.*

Groupes de soutien à l'extérieur de Montréal

ACTIONS SIDA COTE-NORD
✉ 700, boul. Laure, bureau 235
Sept-Îles (Québec) G4R 1Y1
✆ (418) 962-6211
(418) 962-6401
@ info@ascn.qc.ca
www.ascn.qc.ca

SERVICES : *Éducation - Prévention - Soutien - Entraide aux PVVIH et leurs proches.*

ACTION SIDA RICHELIEU-YAMASKA
✉ 16440, avenue Desrochers
St-Hyacinthe (Québec) J2T 3K2
✆ (450) 773-5050 / 1-866-523-5050
(450) 773-3026
@ dalexandre@sidarichelieu-yamaska.com
www.sidarichelieu-yamaska.com

SERVICES : *Aide - Soutien.*

B.R.A.S. - OUTAOUAIS
✉ Bureau Régional d'action sida
109, rue Wright Gatineau (Québec) J8X 2G7
✆ (819) 776-BRAS / (819) 776-2727
(819) 776-2001
@ info@lebras.qc.ca
www.lebras.qc.ca

SERVICES : *Prévention - Soutien - Intervention - Hébergement.*

B.L.I.T.S.
Bureau local d'intervention traitant du sida
✉ 59, rue Monfette - Local 116
Victoriaville (Québec) G6P 1J8
✆ (819) 758-2662
(819) 758-8270
@ blits@cdcbf.qc.ca
www.blits.ca

SERVICES : *Prévention - Soutien - Intervention.*

CENTRE SIDA AMITIE
✉ 527, rue St-Georges, St-Jérôme (Québec) J7Z 5B6
✆ (450) 431-7432
@ (450) 431-6536
csa1@qc.aira.com

SERVICES : *Soutien - Éducation - Prévention - Ligne Info-Sida.*

CENTRE DES R.O.S.É.S.
Centre de ressources œuvrant au soutien
et à l'écoute des gens qui vivent avec le sida
✉ 380, rue Richard, bureau 220
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 4L3
✆ (819) 764-9111
(819) 762-8403
@ centre-r.o.s.e.s@cablevision.qc.ca
www.cablevision.qc.ca/centredesroses

SERVICES : *Accueil - Soutien et écoute aux personnes vivant avec le VIH/sida et leur entourage.*

ÉMISS-ERE
✉ 462, boul. Ste-Foy, Longueuil (Québec) J4J 1Y2
✆ (450) 651-9229 / 1-888-CAP-SIDA
(450) 651-3420
@ info@emiss-ere.ca
www.emiss-ere.ca

SERVICES : *Soutien - Prévention.*

I.R.I.S. - ESTRIE
Groupe d'intervention régionale et information
sur le sida et les autres infections transmissibles
sexuellement et par le sang
✉ 505, Wellington Sud
Sherbrooke (Québec) J1H 5E2
✆ (819) 823-6704
(819) 823-5537
@ iris.estrie@videotron.ca
www.iris-estrie.com

SERVICES : *Prévention - Promotion de la santé - Éducation.*

L'A.R.C.H.E. DE L'ESTRIE
✉ 1781, rue Marcil, Sherbrooke (Québec) J1J 2H7
✆ (819) 348-2670 poste 223
slabelle@archedelestrie.org
@ www.archedelestrie.org

Service : Soutien.

M.A.I.N.S. - BAS ST-LAURENT
Mouvement d'aide et d'information sida
du Bas St.-Laurent
✉ postale C.P. 254, Rimouski (Québec) G5L 7C1
✆ (418) 722-7432 / 1 888 844-7432
(418) 722-7847
@ mainsbsl@globetrotter.net
www.mainsbsl.qc.ca

SERVICES : *Intervention - Éducation - Prévention - Soutien.*

M.I.E.L.S. - QUEBEC
Mouvement d'information et d'entraide
dans la lutte contre le sida à Québec
✉ 281, chemin Ste-Foy, Québec (Québec) G1R 1T5
✆ (418) 649-1720
Ligne Info-Sida : (418) 649-0788
(418) 649-1256
@ miels@miels.org
www.miels.org

SERVICES : *Prévention - Soutien - Intervention.*

M.I.E.N.S.
Mouvement d'information, d'éducation et d'entraide dans la lutte contre le sida
94, rue Jacques-Cartier Est, suite 302
C.P. 723, Chicoutimi (Québec) G7H 5E1
(418) 693-8983
(418) 693-0409
lemiens@bellnet.ca
SERVICES : *Prévention - Soutien - Intervention.*

SIDACTION TROIS-RIVIERES
719, rue Champflour
Trois-Rivières (Québec) G9A 1Z5
postale C.P. 1142, Trois-Rivières (Québec) G9A 5K8
(819) 374-5740
(819) 374-5932
sidaction.tr@tr.cgocable.ca
SERVICES : *Prévention - Soutien - Intervention.*

SIDA-VIE LAVAL
90, boul. Lévesque Est, Laval (Québec) H7G 1B9
(450) 669-3099
(450) 669-3421
sidavie@lavalnet.qc.ca
www.sidavielaval.org
SERVICES : *Éducation - Prévention - Accompagnement - Soutien et écoute - Service de bénévoles.*

ANNEXE 3

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES TRAVAILLANT AUPRÈS DES QOH ET AUTRES RESSOURCES UTILES

Organismes communautaires travaillant auprès des QOH à Montréal

ALLIANCE THÉÂTRALE DES JEUNES HAÏTIENS
4121, rue 42e, Montréal (Québec) H1Z1R8
(514) 376-1581
(514) 376-7642
eternelv@yaoo.ca
SERVICES : *Culture - Loisir.*

BUREAU DE LA COMMUNAUTÉ HAÏTIENNE DE MONTRÉAL (BCHM)
6970, rue Marquette, Montréal (Québec) H2E 2C7
(514) 725-9508
(514) 725-9830
bcchm@qc.aira.com
SERVICES : *Accueil et intégration des immigrants.*

CENTRE HAÏTIEN D'ACTION FAMILIALE
2573, rue Bélanger Est, Montréal (Québec) H1Y 1A3
postale C.P. 22123, comptoir postal Saint-Marc
Montréal (Québec) H1Y 3K8
(514) 729-8834
(514) 729-1482
feche@hotmail.com
SERVICES : *Action sociale.*

CENTRE HAÏTIEN D'ANIMATION ET D'INTERVENTION SOCIALE (CHAIS)
7745, Champagneur local 203
Montréal (Québec) H3N 2K2
514-271-7563
514-271-3629
centrehaitien@chais.qc.ca
En construction
SERVICES : *Éducation populaire, Intervention infantile et familiale.*

CENTRE N A RIVE
✉ 6971, rue Saint Denis, Montréal Québec, H2S 2S5
✆ (514) 278-2157
(514) 278-4374
@ info@centrenarive.com
www.centrenarive.com

SERVICES : *Comité créole - Formation personnelle - Informations générales - Activités culturelles - Programme d'insertion - Services boukan.*

HEAD AND HANDS/À DEUX MAINS
✉ 5833 Sherbrooke Ouest
Montréal (Québec) H4A 3P5
✆ (514) 481-0277
(514) 481-2336
@ info@headandhands.ca
www.headandhands.ca

SERVICES : *Information et références - Services sociaux Services médicaux - Services juridiques - Services aux jeunes parents.*

MAISON DES JEUNES BORDEAUX-CARTIERVILLE
✉ 5841, rue Legault Montréal (Québec) H4J 2P4
✆ (514) 333-5103
514 333-4499
@ www.mdjbc.org

SERVICES : *Lieu de rencontre - Soutien éducationnel Dîners discussions - Studio d'enregistrement et un studio de montage vidéo - Activités sportives et culturelles.*

MAISON DES JEUNES L'OUVERTURE
✉ 5442, Henri-Bourassa Est
Montréal (Québec) H1G2S9
✆ (514) 327-0446
(514) 327-0447

SERVICES : *Lieu de rencontre - Activités sportives, sociales et culturelles.*

MAISON D'HAÏTI
✉ 8833, boulevard Saint Michel
Montréal, Québec, H1Z 3G3
✆ 514 326-3022
514-326-3024
@ mhaiti@mhaiti.org
www.mhaiti.org

SERVICES : *Activités d'éducation et activités culturelles - Alphabétisation - Insertion en emploi - Animation femmes - Projet Au Futur - Prévention du décrochage scolaire - Ateliers l'art d'être parent - Kan Lakay - Patrouille de rue - Services d'accueil et de référence - Services collectifs d'animation et d'information - Francisation - Statistiques.*

PACT DE RUE
✉ 8105, rue de Gaspé, bureau 200 Montréal (Québec) H2P2J9
✆ (514) 278-9181
(514) 277-8919
@ pact@videotron.ca

SERVICES : *Interventions individuelles - Travail de rue auprès des UDI, jeunes en difficulté, communautés ethnoculturelles, inhalateur de crack et travailleurs/euses du sexe.*

PLEIN MILIEU
✉ 4677, rue St-Denis Montréal (Québec) H2J 2L5
✆ (514) 524-3661
(514) 524-1809
@ trd@pleinmilieu.qc.ca
En construction

SERVICES : *Soutien psychosocial - Distribution de matériel de protection - Accompagnement et référence aux services de santé - Promotion du dépistage et de la vaccination - Information et counseling sur les ITSS - Interventions en réduction des risques reliés aux pratiques sexuelles et à la consommation de drogue et d'alcool - Travail de proximité en milieu scolaire.*

RAP JEUNESSE
✉ 10780, rue Laverdure Montréal (Québec) H3L 2L9
✆ (514) 388-7336
(514) 382-7191
@ ipac@nvo.ca

SERVICES : *Ateliers de groupe - Unité mobile - Distribution de matériel de protection - Interventions individuelle.*

TRAVAIL DE RUE ACTION COMMUNAUTAIRE (TRAC)
✉ 75, rue Sir G.E.-Cartier, bureau 212
Montréal (Québec) H4C 3A1
✆ (514) 939-2122
(514) 939-2133
@ trac@cooptel.qc.ca

SERVICES : *Distribution de matériel de protection - Interventions - Travail de rue et de milieu.*

UNITÉ D'INTERVENTION MOBILE L'ANONYME
✉ 105, rue Ontario Est, bureau 205
Montréal (Québec) H2X 1G9
✆ (514) 842-1488
(514) 842-1478
@ administration@anonyme.ca
www.anonyme.ca

SERVICES : *Jeunes de 14 à 30 ans des quartiers les plus démunis. Counselling, écoute et référence, dépannage d'urgence (nourriture, vêtements), informations (juridique, hébergement, médicale, toxicomanie, sexualité, emploi), prévention des ITSS et du Sida (distribution de condoms et de seringues), premiers soins infirmiers.*

YMCA CENTRE-VILLE
1440, rue Stanley Montréal (Québec) H3A 1P7
(514) 849-8393
(514) 849-7821
johanne.giguere@ymcamontreal.qc.ca
www.ymcamontreal.qc.ca

SERVICES : *Activités culturelles et sportives.*

YMCA, Y DES FEMMES
1355 boulevard René-Lévesque Ouest
Montréal (Québec) H3G 1T3
(514) 866-9941
(514) 866-4866
info@ydesfemmesmtl.org
www.ydesfemmesmtl.org

SERVICES : *Alphabétisation - Projets jeunesse - Projets adulte - Activités culturelles - Accompagnement - Soutien - Références et informations - Réseautage.*

AUTRES RESSOURCES UTILES

Organismes communautaires à Montréal

ACTION SERO-ZERO
2075, rue Plessis Montréal (Québec) H2L 2Y4
postale C.P. 246, succursale "C
Montréal (Québec) H2L 4K1
(514) 521-7778
(514) 521-7665
direction@sero-zero.qc.ca
www.sero-zero.qc.ca

SERVICES : *Prévention primaire et secondaire - Éducation - Intervention auprès des groupes cibles.*

CACTUS
1300, rue Sanguinet, Montréal (Québec) H2X 3E7
(514) 847-0067
(514) 847-0038
info@cactusmontreal.org
www.cactusmontreal.org

SERVICES : *Prévention - Echange de seringues - Travail de rue (Outreach) - Lieux d'accueil et d'implication sociale pour injecteur et inhaleur - Groupe de support et d'échange pour travesties et transsexuelles - Cirque social - Pairs-aidants.*

GEIPSI
Groupe d'entraide à l'intention des personnes séropositives et intinérante
1223, rue Ontario Est
Montréal (Québec) H2L 1R5
5145230979
5145233075
info@geipsi.ca

SERVICES : *soutien aux PVVIH-sida intinérantes et toxicomanes*

SOCIETE CANADIENNE D'HEMOPHILIE (QUEBEC)
10 138, rue Lajeunesse, Suite 401
Montréal (Québec) H3L 2E2
(514) 848-0666 / 1 877 870-0666
(514) 904-2253
info@schq.org
www.hemophilia.ca/fr/8.5.php

SERVICES : *Défense des droits - Soutien et entraide pour hémophiles, transfusés et leurs familles - Information.*

SPECTRE DE RUE
1347, rue Ontario est Montréal (Québec) H2L 1R8
(514) 528-1700
(514) 528-1532
spectrederue@videotron.ca
www.cam.org/~spectre

SERVICES : *Itinérance et toxicomanie - Support et prévention - Travail de rue éducationnel (sensibilisation et éducation).*

COALITION DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE LE SIDA (COCQ-Sida)
1, rue Sherbrooke, Montréal (Québec) H2X3V8
(514) 844-2477
(514) 844-12498
info@cocqsida.com
www.cocqsida.com

SERVICES : *Susciter, soutenir et consolider l'action communautaire face à la lutte contre le sida sur le territoire québécois - Soutien à la défense des droits des PVVH.*

STELLA
✉ 2065, rue Parthenais, suite 404
Montréal (Québec) H2K 3T1
✆ (514) 285-8889
(514) 285-2465
@ stellappp@videotron.ca
www.chezstella.org

***SERVICES** : Travailleuses du sexe - Support et prévention - Sensibilisation et éducation.*

Organismes communautaires à l'extérieur de Montréal

RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA
✉ 1240 Bay Street, Suite 600
Toronto (Ontario) M5R 2A7
✆ (416) 595-1666
(416) 595-0094
@ info@aidslaw.ca
www.aidslaw.ca

***SERVICES** : Défense des droits - Recherche d'ordre juridique, humanitaire et politique à l'infection du VIH/sida - Aide juridique aux personnes atteintes*

MAISON SAINTE FAMILLE
✉ 132, rue Jean, Lachenaie (Québec) J6W 1B8
✆ (450) 961-4447
(450) 961-4270
@ fhtdmsf@cam.org

***SERVICES** : Maison d'hébergement - Relation d'aide - Accompagnement spirituel - Aide financière - Soutien au maintien à domicile - Recherche de ressources - Service de prévention VIH / Hépatites / ITSS.*

MAISON RE-NÉ
✉ 2800, boul. Des Forges
Trois-Rivières (Québec) G8Z 1V2
✆ (819) 379-2495
(819) 379-9195
@ maison.re-ne@tr.cgocable.ca

***SERVICES** : Hébergement pour personnes vivant avec le VIH/sida.*

POINT DE REPERES
✉ 530, rue St-Joseph est, Québec (Québec) G1K 3B8
✆ (418) 648-8042
(418) 648-0972
@ pointderepere@qc.aira.com

***SERVICES** : Échange de seringues - Prévention*

Références bibliographiques

ADRIEN, A., Vayola Bien Aimé, M., Fournier, MC., Tannenbaum, T.N. (2001), *« Les Montréalais d'origine haïtienne et le contrôle de la tuberculose et de l'infection au VIH : barrières stratégies d'action ».* Janvier 2001.

ADRIEN, A. et Cayemittes, M. (1991). *Le sida en Haïti : connaissances, attitudes, croyances et comportements de la population.* Centre d'études sur le sida. Département de santé communautaire. Hôpital général de Montréal.

CLARKSON, M., Eustache, R. (1997), *La santé c'est la richesse, Enquête Santé Québec auprès de la communauté haïtienne, rapport de la phase 1* (entrevues de groupe). Santé Québec.

JAMES, L. (2006). *« Manuel de prévention du VIH : outil pour les fournisseurs de services servant les communautés africaines et africaines caribéennes vivant au Canada »*, partie 1. CACVO, juillet 2006. Centre de santé communautaire Women's Health in Women's Hands. Disponible sur www.accho.ca [page consultée en octobre 2008].

TROTTIER, G., Fernet, M., Otis, J., Pelletier, R., Boucher, M., Lévy, J. J., Bastien, R., Samson, J., Lapointe, N. (2005), *« Les expériences de vie des femmes séropositives depuis l'avènement des nouvelles thérapies contre le VIH/sida. »*, Rapport de recherche. Mars 2005.

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Québec
Direction de santé publique

BON DE COMMANDE

QUANTITÉ	TITRE DE LA PUBLICATION	PRIX UNITAIRE (plus frais de manutention si désiré par la poste)	TOTAL
	Trousse d'outils pour la prévention et le soutien auprès des Québécois d'origine haïtienne	**250.00 $** sur place à la Santé publique	

CAHIER 1 Portrait global des Québécois d'origine haïtienne

CAHIER 2 Communication parents/adolescents en termes de sexualité

CAHIER 3.1/ 3.2 Dépistage du VIH counseling pré-test et dépistage du VIH auprès des femmes enceintes

CAHIER 3.3 Grandes lignes du counseling post-test

Incluant les documents annexes qui forment l'ensemble de la trousse d'outils.

978-2-89494-761-6
Numéro d'ISBN

Nom _____

Adresse _____
N° Rue App.

_____
Ville Code postal

Téléphone _____ Télécopieur _____

Les commandes sont payables *à l'avance* par chèque ou mandat-poste à l'ordre de la Direction de santé publique de Montréal

Veuillez retourner votre bon de commande à :
CENTRE DE DOCUMENTATION
Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3

Pour information : 514 528-2400 poste 3646

GARDER notre monde ENSANTÉ

1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : 514 528-2400
www.santepub-mtl.qc.ca