

# D'ACTION SUR LES FEMMES ET LES FILLES ET LE VIH

Document d'appui au « Carnet de Santé »  
2010 : Canada

## DROITS JURIDIQUES, ÉTHIQUES ET DE LA PERSONNE

Le gouvernement fédéral du Canada doit s'impliquer davantage dans les soins, le traitement et la prévention du VIH et s'assurer que les femmes et les filles, notamment celles vivant avec le VIH ou le sida, sont reconnues spécifiquement dans les décisions en matière de politiques. Bien qu'il existe actuellement au Canada certaines lois abordant les droits de la personne, peu d'entre elles protègent spécifiquement les femmes.

Le Code criminel comporte quelques dispositions visant la protection des femmes, y compris les victimes de violence conjugale et d'agression sexuelle, mais l'application de ces lois se fait de manière injuste. De plus, certaines des lois pénales qui sont censées protéger les femmes devraient être remises en question car, dans certains cas, elles mettent les femmes plus à risque de subir des préjudices.

Le Canada approuve aussi l'utilisation inefficace et inappropriée du droit pénal pour légiférer en matière d'exposition au VIH dans le contexte des relations sexuelles non protégées. Or, il existe peu de preuves qui laissent croire que les poursuites criminelles pour non-dévoilement de la séropositivité donneront lieu à des bienfaits importants sur le plan de la prévention du VIH. À l'heure actuelle, environ dix pour cent des poursuites ont été intentées contre des femmes (Mykhalovskiy, 2009). Bien que ces poursuites soient en grande partie lancées dans l'intention déclarée de protéger les femmes, l'obligation légale de dévoiler sa séropositivité

risque d'exposer de nombreuses femmes séropositives - particulièrement les immigrantes et les travailleuses du sexe - à des sévices physiques accrus. De plus, dans un nombre croissant de cas, des accusations d'agression sexuelle et d'agression sexuelle grave sont invoquées; il est possible que les accusés en question soient poursuivis plus vigoureusement que lors des affaires d'agression sexuelle « traditionnelle ».

La présence continue dans le Code criminel de sanctions criminelles se rapportant à la prostitution fait en sorte qu'il est quasiment impossible pour



les femmes de travailler en sécurité. Pour leur part, les conditions de travail dangereuses empêchent les travailleuses du sexe d'exiger des rapports protégés et rendent celles-ci plus vulnérables à l'infection par le VIH (Csete, 2005).

Sans le leadership du gouvernement fédéral dans l'élaboration d'une stratégie nationale en matière de logement, les femmes continueront d'être exposées à des conditions de vie dangereuses et, ainsi, à des risques accrus d'infection par le VIH. En raison de la disparité des revenus qui défavorise les femmes marginalisées et les femmes séropositives, la situation de logement de celles-ci a tendance à être précaire. Non seulement la précarité du logement accroît la vulnérabilité des femmes face à la transmission du VIH - à force de les exposer à des conditions de vie potentiellement dangereuses -, elle peut aussi miner la capacité des femmes séropositives de se prendre en charge efficacement et de suivre fidèlement leur traitement.

En Ontario, les femmes séropositives sont trois fois plus susceptibles de connaître des conditions de logement instables, et le tiers d'entre elles affirment avoir été sans abri au moins une fois dans leur vie (OHTN, 2010). Inutile de dire que la vulnérabilité des populations suivantes est plus grande à cause de la discrimination socioéconomique, raciale et ethnique : les femmes autochtones et immigrantes, les travailleuses du sexe, les anciennes détenues, les jeunes, les femmes de couleur et les femmes transgenres, entre autres.

Les droits des consommatrices de drogues illicites ne sont pas adéquatement protégés, y compris leur droit au logement, aux soins de santé, aux services et au soutien. L'éviscération des programmes de réduction des méfaits par le fédéral est exacerbée par l'impact épouvantable des compressions budgétaires sur les programmes provinciaux et municipaux, ce qui augmente les risques pour la santé des personnes qui prennent de la drogue. De plus, l'obstination dont fait preuve le gouvernement fédéral pour empêcher l'établissement de sites d'injection sécuritaire partout au pays met en péril la vie d'innombrables femmes en les exposant à la possibilité de faire une overdose en l'absence d'intervenants de soutien (Cour d'appel de la Colombie-Britannique, 2010).

En 2001 fut créé le Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales, un programme fédéral chargé de fournir légalement du cannabis aux personnes admissibles pour répondre à leurs besoins médicaux. Malheureusement, face à la bureaucratie administrative, la majorité des femmes séropositives continuent de dépendre d'une source « illégale » pour se procurer du cannabis afin de soulager leurs symptômes physiques et émotionnels (Belle-Isle, 2007). Les clubs compassion et les dispensaires de cannabis sont souvent les seules sources auprès desquelles les femmes vivant avec le VIH/sida peuvent obtenir du cannabis de qualité. Toutefois, le gouvernement fédéral est en train de persécuter ces centres et de miner ainsi le droit des femmes à la santé.

La guerre contre la drogue que livre le gouvernement a fait naître des propositions de réformes législatives alarmantes qui se solderont par l'incarcération de beaucoup de femmes dont les besoins en traitements de la toxicomanie ne seront pas satisfaits. Pour les détenues canadiennes, le manque de ressources en réduction des méfaits les expose à des risques accrus, comparativement aux autres femmes de la collectivité. Les taux de transmission du VIH/sida dans les prisons sont de 10 à 19 fois plus élevés que dans le reste de la société. Cela est en grande partie attribuable à l'absence de programmes d'échange de seringues et de tatouage sécuritaire dans les prisons et au manque de programmes communautaires d'éducation à la prévention visant les femmes incarcérées (Allard, 2009). De plus en plus de femmes sortent des établissements correctionnels avec un diagnostic de VIH/sida.

## RECHERCHE

Malgré le besoin chronique de financement pour la recherche sur la mise en application de méthodes préventives efficaces (comme stipulé dans le bilan 2008), aucun geste suffisant n'a encore été posé à cet égard pour suivre le rythme de l'épidémie chez les femmes, les jeunes femmes et les filles au Canada. Spécifiquement, les compressions budgétaires gouvernementales continues dans le domaine de la recherche communautaire demeurent un problème, et le besoin de sources de financement additionnelles est urgent pour soutenir la recherche sur les vaccins et les microbicides ayant le potentiel d'aider les femmes et les filles dans ce pays et partout dans le monde. Il y a encore très peu d'études ciblées, financées par le gouvernement, sur le VIH/sida chez les UDI, les femmes transgenres, les détenues et les femmes autochtones. Bien qu'il existe quelques sources de financement pour la recherche communautaire, telles que le volet communautaire des ICRS, les compressions budgétaires continues pourraient réduire l'impact des efforts déployés par les groupes communautaires. De plus, l'annulation des programmes de financement de la recherche destinés à orienter le développement de campagnes de marketing social répondant spécifiquement aux besoins de diverses communautés de femmes est un problème. En outre, la traduction des connaissances stratégiques et l'assimilation des données de recherche sur le VIH/sida pertinentes aux femmes et aux filles sont essentielles. Il faut aussi des données épidémiologiques améliorées et fiables, spécifiques aux femmes et aux filles, pour améliorer la planification des priorités de la recherche et le développement des interventions et ce, tant à l'échelle provinciale que nationale.

« La traduction des connaissances stratégiques et l'assimilation des données de recherche sur le VIH/sida pertinentes aux femmes et aux filles sont essentielles. »

## STIGMATISATION ET DISCRIMINATION

Le gouvernement fédéral a mis fin au développement d'une campagne de marketing social sur la stigmatisation et la discrimination liées au VIH/sida. Puisqu'elle est fondée sur la criminalisation de toute consommation de drogues, l'approche prônée par la stratégie antidrogue du gouvernement fédéral favorise la discrimination. Le refus d'Ottawa de reconnaître la décision de la Cour d'appel de la Colombie-Britannique - celle-ci a jugé que la consommation de drogues injectables constituait un enjeu de santé - et sa décision de faire appel à la Cour suprême du Canada ne font qu'alimenter la stigmatisation et la discrimination à l'endroit des personnes vulnérables au VIH et des groupes les plus touchés par l'épidémie canadienne. La stratégie préventive préconisée à l'heure actuelle, soit l'abstinence, contribue aussi à la stigmatisation et à la discrimination, tout comme la criminalisation de la transmission du VIH. L'approche anti-avortement du fédéral viole les droits génésiques des femmes et constitue une source de discrimination à leur égard. La criminalisation continue des consommateurs de drogues et des travailleurs du sexe - et l'absence de soutiens efficaces - augmente la vulnérabilité des femmes et entraîne leur sur-représentation dans l'épidémie. L'éducation sexuelle et l'éducation en matière de VIH continuent d'être absentes ou insuffisantes dans la plupart des écoles. En exacerbant la stigmatisation et la discrimination, ces approches incitent de nombreuses personnes à se cacher et à ne pas avoir recours aux services de dépistage, de traitement et de soutien.

## DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

À l'heure actuelle, on estime que 27 % des personnes séropositives au Canada ignorent qu'elles sont infectées. Ce chiffre met en évidence l'existence de barrières importantes au dépistage du VIH dans le pays. En raison de facteurs socioéconomiques et autres, sans mentionner les lignes directrices en matière de soins prénatals, les femmes font face à des problèmes et à des préoccupations particuliers en ce qui a trait à l'accès au dépistage du VIH au Canada et à l'expérience de celui-ci. De plus, un diagnostic de séropositivité peut affecter les femmes de manières qui demandent une attention particulière, y compris l'expérience de la stigmatisation, de l'exclusion ou de la violence et la criminalisation du non-dévoilement de la séropositivité. Cela étant, les besoins des femmes en matière de dépistage du VIH ne sont pas adéquatement satisfaits au Canada.

Il existe au Canada peu de sites de dépistage du VIH qui offrent des services adaptés spécifiquement aux préoccupations et aux besoins des femmes, sans parler des besoins des femmes marginalisées (à l'exception des centres spécialisés comme la clinique Hassle Free de Toronto, certaines cliniques de santé génésique et sexuelle et les organismes œuvrant auprès de populations spécifiques comme les travailleuses du sexe ou les UDI).

Les femmes continuent d'être diagnostiquées lors d'un stade plus tardif de la maladie. Cela est notamment le cas des femmes de populations marginalisées, comme les autochtones. Un diagnostic tardif retarde l'accès aux soins, au traitement et à d'autres formes de soutien qui ont fait leurs preuves en ce concerne l'amélioration de la santé et de la vie « positive » (Girardi et coll., 2007).

Les taux de séropositivité continuent de grimper chez les femmes au Canada; celles-ci représentent maintenant environ 26 % des nouvelles infections. Toutefois, la croyance répandue selon laquelle les femmes ne seraient pas à risque ou que seules certaines communautés seraient touchées limite l'accès des femmes au dépistage du VIH. Certaines femmes ne se croient pas à risque et ne ressentent donc pas le besoin de se faire tester. De plus, beaucoup de preuves documentées et d'anecdotes parlent de femmes qui ont été dissuadées de se faire tester par des professionnels de la santé qui ne les considéraient pas à risque. Il est clair qu'il faut fournir une formation additionnelle aux professionnels de la santé et à la population générale à l'égard des femmes, du VIH/sida et des avantages du dépistage et du diagnostic précoce du VIH (Myers et coll., 2003; Agence de la santé publique du Canada, Le VIH et le sida au Canada, Rapport de surveillance, 2009).

**« L'approche anti-avortement du fédéral viole les droits génésiques des femmes et constitue une source de discrimination à leur égard. »**

En ce qui a trait au dépistage du VIH chez les femmes, on a tendance à mettre l'accent sur le contexte prénatal. Celui-ci est certainement important dans la mesure où il offre aux femmes des possibilités d'accès au dépistage, mais il faut aussi chercher à rejoindre les femmes en dehors du contexte prénatal afin de favoriser leur propre mieux-être. De plus, il existe des preuves de bris de confidentialité, de consentements acquis par des moyens insuffisants et d'omissions de fournir un counseling adéquat dans le contexte du dépistage

prénatal du VIH. Bien que des lacunes de ce genre puissent se produire indépendamment de l'adoption d'un modèle opt-in ou opt-out, le counseling a tendance à être plus régulier et plus rigoureux dans les provinces où l'approche opt-in est en vigueur. La situation en Ontario, province opt-in affichant un taux de dépistage prénatal très élevé, illustre que cette approche peut être très efficace tout en veillant à ce que les femmes reçoivent l'information et le counseling dont elles ont besoin (Réseau juridique canadien VIH/sida; Csete, 2005; Katz, 2001; Leonard, 2002; O'Connor et coll., 2002; Agence de la santé publique du Canada, Ce qui disent les mères : Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité, 2009; Wang et coll., 2005).

Des bris de confidentialité et l'absence de counseling approprié sont souvent rapportés dans le contexte du dépistage du VIH lié à l'immigration (Committee for Accessible AIDS Treatment, 2008). Dans tous les contextes, avant de procéder au dépistage, il faut offrir de l'information exhaustive, adaptée aux différences sexuelles, culturelles et linguistiques, ainsi qu'un counseling pré- et post-test.

Puisque la confidentialité est une préoccupation de taille dans le contexte du dépistage, le dépistage anonyme a fait ses preuves quant à l'augmentation des taux de dépistage du VIH en général et au sein des populations marginalisées en particulier. Cela est amplement reflété dans les statistiques indiquant que les taux de séropositivité sont près de deux fois plus élevés dans les programmes de dépistage anonymes, comparativement aux programmes réguliers. Il n'empêche que l'accès aux sites de dépistage anonyme et l'offre de soutiens financiers ou autres pour faciliter l'accès demeurent très limités dans les régions rurales et éloignées et les petits centres urbains. Mentionnons aussi que le dépistage anonyme n'est pas encore offert dans les régions suivantes : Île-du-Prince-Édouard, Territoires du Nord-Ouest, Yukon et Nunavut. Du côté positif, depuis trois ans, l'Ontario et l'Alberta ont augmenté leur nombre de sites anonymes, tandis que la Colombie-Britannique et le Manitoba ont rendu le dépistage anonyme accessible dans certains endroits (Réseau juridique canadien VIH/sida, 2007, 1999; Orchard et coll., 2010; Agence de la santé publique du Canada, 2007; Sweet, 2009).

Depuis son introduction au Canada en 2000, le dépistage rapide et/ou aux points de service est reconnu comme un outil très utile pour améliorer l'accès et le recours au dépistage du VIH. Puisque les résultats sont donnés tout de suite après le test, au lieu de deux ou trois semaines plus tard, le dépistage rapide peut atténuer certaines craintes associées au processus de dépistage, notamment l'anxiété créée par l'attente des résultats. De plus, on a montré que le dépistage rapide facilite l'accès au dépistage du VIH des communautés marginalisées et des résidents de régions rurales ou éloignées, tout en réduisant les délais nécessaires pour avoir accès au test. Ceci représente un progrès pour de nombreuses femmes qui doivent travailler, s'occuper de leur famille et composer avec d'autres préoccupations. Il n'empêche que le recours aux services de dépistage rapide a été lent au Canada. À l'exception de cliniques spécialisées comme la Clinique médicale L'Actuel de Montréal et la clinique Hassle Free de Toronto et quelques organismes œuvrant auprès des communautés marginalisées, le dépistage rapide demeure peu accessible (Réseau juridique canadien VIH/sida, 2007).

Bien que peu de recherches aient examiné le lien entre la criminalisation du non-dévoilement et le dépistage du VIH, il y a lieu de croire que le nombre croissant d'affaires criminelles au Canada aura un impact négatif sur le recours au dépistage du VIH. Certaines personnes risquent de s'estimer plus en sécurité si elles s'abstiennent d'apprendre leur statut sérologique, afin d'éviter des accusations criminelles éventuelles (Athena Network, 2009).

Il faut des études, des ressources et des services additionnels pour faciliter l'accès des femmes au dépistage du VIH. Ces outils doivent être adaptés aux besoins et aux préoccupations spécifiques des communautés diverses de femmes vivant au Canada.

L'accès au traitement et à l'info-traitements continue d'être un défi de taille sur plusieurs fronts et pour de nombreuses communautés entrecroisées du Canada.

L'un des enjeux qui ne cesse de surgir réside dans le refus de nombreux médecins de soigner les femmes autochtones en raison de leur prétendue consommation de drogues et d'alcool. Certains médecins présument que leurs patientes ne suivront pas fidèlement leur traitement et ne leur offrent par conséquent aucun traitement ou soutien sur le plan des stratégies d'observance. Cela revient essentiellement à condamner ces femmes (et ces hommes) à la mort. Le Canada continue d'afficher un bilan pitoyable en ce qui a trait à l'accès au traitement des femmes autochtones (LaVerne Monette, Stratégie sur le sida des autochtones de l'Ontario).

De nombreuses femmes se plaignent du manque de connaissances de leur médecin de famille local en matière de VIH. La stigmatisation est une préoccupation fréquente, car elle incite de nombreuses personnes à se faire traiter à cause de la peur. En particulier, les professionnels de la santé dentaire ne disposent pas d'information suffisante sur la prise en charge des personnes séropositives, ce qui finit par compromettre la qualité des soins et exacerber la stigmatisation. Les femmes transgenres ont également besoin de services adaptés à leurs besoins spécifiques. (Positive Women's Network's LEAD project)

L'impossibilité d'obtenir un spécialiste des maladies infectieuses pour cette province [Terre-Neuve] a un impact négatif sur le traitement et les soins donnés aux femmes et aux filles... L'incapacité de mieux coordonner les processus d'examen et d'approbation des médicaments des provinces de l'Atlantique avec ceux du CEPMB donne lieu à des retards et à des complications... L'incapacité de s'assurer que tous les traitements nécessaires aux femmes et aux filles sont couverts par le régime d'assurance-médicaments provincial... L'incapacité de supprimer les co-paiements en matière de médicaments - système susceptible d'empêcher les patients (surtout les femmes et les filles qui ont des enfants à leur charge) de payer les médicaments. (Philip Lundrigan, militant anti-VIH/sida, suite à des consultations avec professionnels de la santé, PVVIH et OLS).

L'absence de financement public ciblé pour la lutte contre les co-infections, l'absence de stratégie fédérale de lutte contre l'hépatite et les co-infections, la quasi-absence de programmes, de politiques et de directives concernant l'accès au dépistage et au traitement - autant d'obstacles qui ne servent qu'à perpétuer l'ignorance et la stigmatisation à l'égard de la co-infection, ce qui a un impact négatif sur l'accès au dépistage, la mise sous traitement, les résultats du traitement et la qualité de vie des Canadiens co-infectés. (Colleen Price, conseil d'administration du CCSAT).

Les femmes trans ont aussi une sexualité et appartiennent à divers groupes - communautés ethniques, nouvelles-arrivées, UDI et autochtones - et sont présentes dans toutes les communautés visées par notre Plan intégral d'action ... Le travail considérable qui reste à faire pour assurer l'inclusion sérieuse [des femmes] et le respect des différences culturelles implique toutes les sphères des services de santé et sociaux, y compris les OLS. (Rebecca Hammond, Trans PULSE)

[L'analyse de l'environnement effectuée par le CCSAT pour connaître les problèmes d'accès au traitement des jeunes séropositifs] a permis de reconnaître plusieurs thèmes en ce qui concerne l'accès des femmes au traitement : questions liées à la fertilité, reconnaissance des besoins spécifiques des jeunes femmes en matière de traitements et l'usage à long terme [de médicaments anti-VIH] par les femmes/filles qui sont séropositives depuis la naissance. Parmi les autres enjeux identifiés, mentionnons les barrières au traitement spécifiques aux personnes transgenres (femme à homme), y compris l'accès aux spécialistes et la stigmatisation. (CCSAT, YES, rapport final)

Certains médecins ne prennent pas le temps de discuter adéquatement des médicaments ou d'éduquer leurs patientes au sujet des traitements. Il existe un écart culturel entre de nombreux médecins et leurs patientes des communautés ethniques qui n'ont ni le français ni l'anglais comme langue maternelle. Le manque de services et d'information sur les traitements adaptés aux différences culturelles et linguistiques empêchent les femmes d'obtenir des renseignements et un soutien adéquats. Des problèmes de communication surviennent avec les soignants à cause des différences de langue et d'accent et de la complexité de la terminologie et des noms des médicaments, ce qui fait que la plupart des femmes ont de la difficulté à connaître le nom des traitements qu'elles prennent. (Marvelous Muchenje, Women's Health in Women's Hands)

Nombre de facteurs - isolement géographique et social, racisme, incarcération, sexisme, pauvreté, violence, classisme et déterminants sociaux de la santé défavorables - continuent de rendre impossible l'accès au traitement. Les femmes qui utilisent des substances ou qui participent au commerce sexuel n'ont pas accès aux traitements non plus. L'absence d'une stratégie nationale en matière de logement est une grande préoccupation en ce qui concerne le traitement. Comme on l'affirme dans le rapport « Positive Spaces », les femmes sont inadéquatement logées au Canada, alors que le logement est un facteur important dans le maintien d'une bonne santé.

75 % des femmes disaient subir des abus dans le cadre de leur relation, ce qui limitait leur accès aux soins. La plupart des femmes devaient se déplacer loin de leur collectivité pour obtenir soins et traitements, ce qui est très épuisant pour elles...Les femmes vivant sur des réserves ou dans de petites collectivités disaient rencontrer plusieurs problèmes pour avoir accès à des soins confidentiels : faible choix de praticiens, niveau élevé de peur et de stigmatisation. Deux femmes ont été obligées de quitter leur collectivité à cause de la discrimination et de la propagation de la peur. Le manque de logements sécuritaires et abordables est une des principales barrières à l'accès aux traitements anti-VIH. (LEAD)

...[L]e manque de soutien pour les services de traitement/soins contre le VIH/sida, surtout dans les régions rurales, augmente la vulnérabilité des femmes et des filles... Le refus de financer adéquatement le système d'éducation donne lieu à un faible niveau d'alphabétisation et à un risque accru d'infection par le VIH, surtout chez les jeunes filles. (Philip Lundrigan)

Les soins, les traitements et le soutien que reçoivent les personnes co-infectées au Canada dépendent en grande partie de plusieurs facteurs : leur province de résidence, le fait de vivre dans une région urbaine ou rurale, l'incarcération et le fait de vivre ou non sur une réserve. Les droits de la personne sont violés dans le système carcéral canadien, et l'accès au matériel de réduction des méfaits est interdit, ce qui permet à l'épidémie de prendre de l'ampleur. Le gouvernement a également fermé un programme de tatouage sécuritaire efficace. (Colleen Price)

[Une] proportion significative des femmes/filles transgenres ont déjà participé au commerce sexuel ou continuent de le faire. Le risque de poursuites criminelles peut compromettre leur capacité de négocier des relations de travail sécuritaires avec leurs clients et augmenter ainsi le risque de transmission du VIH, tout en créant des problèmes pour leur sécurité physique et celle de leur domicile... En ce qui concerne l'accès aux refuges, beaucoup de femmes/filles transgenres ont souvent de la difficulté à se faire accepter par des établissements particuliers ou risquent d'être sujettes à du harcèlement. (Rebecca Hammond)

Il existe très peu de centres de santé qui acceptent de soigner les femmes ne disposant d'aucune assurance-maladie ou d'aucune documentation attestant leur statut par rapport à l'immigration. Même si elles savent où elles peuvent se faire soigner, elles risquent de craindre que, lorsque viendra le moment où elles demanderont une considération humanitaire ou compassionnelle, elles soient considérées comme médicalement inadmissibles ou comme un fardeau pour le système de santé... Comme la plupart des femmes survivent en dessous du seuil de la pauvreté, il peut être difficile de s'alimenter adéquatement, alors que leur traitement nécessite qu'elles mangent bien avant ou après leurs prises de médicaments. (Marvelous Muchenje)

Des avis de faire bouillir l'eau sont en vigueur dans plusieurs Premières nations, et les préparations pour nourrissons sont déconseillées aux femmes qui n'ont pas accès à de l'eau propre en Afrique. Contrairement à ce qui se fait en Afrique, aucune recherche n'a été effectuée au Canada pour explorer la purification du lait maternel par échauffement éclair comme moyen d'assurer l'alimentation sécuritaire des nourrissons. Même si le Teresa Group donne de la préparation pour nourrissons aux femmes sur demande, ces préparations ne sont pas facilement couvertes [pour les femmes autochtones séropositives] en vertu des prestations de santé non assurées - programme destiné aux Premières nations et aux Inuits. (LaVerne Monette)

**« Les taux de séroposité  
continuent de grimper chez  
les femmes au Canada;  
celles-ci représentent  
maintenant environ 26 %  
des nouvelles infections.  
Toutefois, la croyance  
répandue selon laquelle  
les femmes ne seraient  
pas à risque ou que seules  
certaines communautés  
seraient touchées limite  
l'accès des femmes au  
dépistage du VIH. »**

Le commerce sexuel continue d'être criminalisé au Canada, et la réduction des méfaits continue d'être officiellement supprimée à titre de quatrième pilier de la stratégie fédérale antidrogue, l'accent étant mis de plus en plus sur la criminalisation de tous les consommateurs de drogues. La réduction des méfaits est interdite dans les prisons, et l'accès régulier et rapide aux traitements anti-VIH n'existe toujours pas dans ces établissements.

Il existe des programmes locaux de microfinancement limités à Vancouver, à Ottawa et à Toronto. Bien que ces derniers semblent réussir pour le nombre limité de clients qui y ont accès localement, il n'existe au Canada aucun programme de microfinancement destiné spécifiquement aux PVVIH.

Les besoins en matière de traitement des femmes vieillissantes ne sont pas compris.

Bien que les ARV de base soient disponibles, l'accès est inégal à l'échelle nationale. Le Programme commun d'évaluation des médicaments ajoute un autre niveau de bureaucratie à l'examen des médicaments en vue de leur remboursement. Les médicaments dont les PVVIH ont besoin ne sont pas couverts par toutes les provinces, y compris les médicaments destinés au traitement des affections connexes ou des effets secondaires. Comme il n'existe aucun programme national de couverture des médicaments onéreux, les différences entre les budgets provinciaux donnent lieu à des inégalités d'accès d'un bout à l'autre du pays. Les soins dentaires ne sont pas couverts, et il y a très peu de traitements et de soutiens destinés aux patients sous méthadone ou souffrant de problèmes de santé mentale, ce qui est le cas de beaucoup de personnes vivant avec le VIH ou à risque.

Enfin, la question de savoir si certains traitements conviennent aux femmes et aux filles continue de ne pas être abordée adéquatement dans le cadre des recherches. Pour les femmes transgenres, l'échec est total à cet égard.

Malgré le fait que l'épidémie globale a atteint la parité entre les hommes et les femmes, seulement moins de 20 % des études publiées dans deux revues médicales importantes [AIDS et JIAS] revêtaient une pertinence claire du point de vue des femmes. Outre le besoin critique de plus de recherche se rapportant aux femmes et au VIH, on pourrait en faire davantage pour accroître la pertinence [des études menées]. Au minimum, les rédacteurs et les organisateurs de congrès devraient exiger la répartition des échantillons et la désagrégation des données en fonction du sexe, ainsi qu'une discussion explicite des implications des résultats pour les femmes... [seulement 3 études mixtes sur 167 incluaient des participants transgenres] (Gendered Neglect: How relevant is HIV research to women? E. Collins, F. Hale, J. Gahagan, L. Binder, T. Crone)

Je propose qu'une recommandation explicite soit faite pour que la collecte de données inclue [des données sur] les femmes trans. (Rebecca Hammond)

« L'accès au traitement et à l'info-traitements continue d'être un défi de taille sur plusieurs fronts et pour de nombreuses communautés entrecroisées du Canada. »

## PRÉVENTION ET ÉDUCATION

Les femmes représentent actuellement près de 26 % des nouvelles infections par le VIH survenant au Canada (ASPC, 2009). Certaines femmes sont plus à risque que d'autres, y compris les autochtones, les jeunes, les femmes trans, les consommatrices de drogues, les femmes originaires de pays où le VIH est endémique, les travailleuses du sexe et les détenues, anciennes ou actuelles. Les programmes de prévention et d'éducation en matière de VIH doivent tenir compte du chevauchement des enjeux liés à la race et au sexe, ainsi que d'autres facteurs qui rendent certaines femmes plus vulnérables au VIH. Les stratégies éducatives visant la prévention du VIH ne sont pas suffisamment financées au Canada pour répondre aux nombreux besoins différents de toutes les femmes à risque. De plus, des programmes abordant des questions qui vont au-delà du VIH (violence conjugale, pauvreté, toxicomanie, immigration, etc.) sont essentiels à la réussite des efforts de prévention visant les femmes et les filles appartenant aux groupes mentionnés.

Le gouvernement du Canada appuie des stratégies spécifiques aux femmes dans le cadre de la Stratégie pour la santé des femmes de Santé Canada, et la plupart des provinces et territoires ont adopté des stratégies semblables, mais il faut travailler plus fort pour répondre adéquatement aux besoins des femmes touchées par le VIH, et plus particulièrement à ceux des femmes marginalisées.

La biologie et les particularités génétiques sont des facteurs qui jouent un rôle dans la transmission du VIH chez les femmes. À l'échelle mondiale, les femmes sont deux fois plus susceptibles de contracter le VIH d'un partenaire séropositif (ONUSIDA). La physiologie féminine (vulnérabilité du vagin et du col utérin au VIH et aux ITS, hormones, potentiel reproductif, etc.) a un impact important sur l'élaboration de stratégies de prévention en général et sur les stratégies biomédicales en particulier. La recherche et les actions des militants communautaires se rapportant aux technologies biomédicales de la prévention doivent continuer de tenir compte des réalités biologiques et sociales particulières des femmes.

Les ITS accroissent les risques de transmettre ou de contracter le VIH pour tout le monde (CATIE, 2009). Comme de nombreuses ITS demeurent asymptomatiques et non diagnostiquées chez les femmes, il est important d'informer davantage celles-ci au sujet du dépistage des ITS afin de favoriser la prévention.

Vu que les taux d'infection par le VIH sont à la hausse chez les femmes marginalisées ayant un accès limité aux soins de santé, on s'inquiète de voir la transmission mère-enfant du VIH devenir plus fréquente, à moins que des services ciblés soient offerts aux femmes marginalisées dans nos collectivités. Par exemple, en Saskatchewan, le risque de transmission périnatale augmente actuellement en raison d'une combinaison de facteurs : (1) recours insuffisant à la contraception chez les femmes difficiles à rejoindre (moins de 30 % y ont recours); (2) augmentation du nombre de diagnostics du VIH chez cette même population. (McKinnon, 2010)

En 2008, la majorité (58,3 %) des nouveaux diagnostics de séropositivité concernaient des jeunes femmes de 15 à 19 ans, une tendance qui s'observe depuis une décennie. (ASPC, 2009).

Les jeunes femmes et les filles doivent avoir accès à plus de programmes d'éducation sexuelle adaptés à leur âge et à leur sexe. Dans certaines provinces, dont l'Alberta (projet de loi 44), les parents ont l'option de sortir leurs enfants de la salle de classe lorsque la leçon porte sur le sexe, la religion

ou l'orientation sexuelle (Radio-Canada, 2009). Les politiques de ce genre constituent une barrière à l'accès à l'information sur la santé sexuelle destinée à aider les femmes et les filles à faire des choix éclairés en matière de sexe.

De plus, les organismes qui travaillent auprès des jeunes doivent être mieux soutenus dans leurs efforts pour aborder les facteurs qui mettent les jeunes femmes à risque de contracter le VIH. Entre 1999 et 2008, sur tous les nouveaux diagnostics de séropositivité chez les jeunes de 15 à 19 ans, 49,3 % des cas étaient attribuables à l'injection de drogues chez les femmes, comparativement à 17,6 % chez les jeunes hommes, ce qui souligne l'importance de l'injection de drogues comme voie de transmission du VIH chez les jeunes femmes. (ASPC, 2009).

Il existe des liens entre l'itinérance, la toxicomanie et le travail du sexe, autant de facteurs qui augmentent la vulnérabilité des femmes face au VIH. Le gouvernement fédéral doit fournir des ressources adéquates et proposer des stratégies durables pour lutter contre la pauvreté et la toxicomanie dans le cadre d'une approche de réduction des méfaits. Il existe aussi un lien entre l'utilisation de drogues injectables, le travail du sexe et l'incarcération chez les femmes. Bien qu'il existe dans les prisons canadiennes pour femmes des programmes éducatifs se rapportant à la santé sexuelle, trop peu de femmes en profitent à cause du manque de places ou de leur ignorance quant à leur existence. (CSC, 2010). Le manque de services de réduction des méfaits dans les établissements correctionnels canadiens est lamentable aussi.

Beaucoup de femmes et de filles vivant au Canada sont marginalisées. En particulier, les femmes autochtones, les femmes de minorités raciales et les femmes trans sont victimes d'exclusion sociale à cause de plusieurs barrières discriminatoires, y compris le racisme et le sexisme, ce qui a un impact sur leur statut socioéconomique. De plus, bien que toutes les femmes soient plus susceptibles que les hommes de subir des actes violents ou des abus à un moment donné de leur vie, les femmes marginalisées sont plus à risque, et les sévices sexuels, émotionnels et physiques augmentent les risques à l'égard du VIH. Ces femmes doivent être ciblées spécifiquement par des interventions préventives qui soient adaptées à leurs différences culturelles et linguistiques, y compris des interventions structurales abordant la pauvreté, la précarité du logement, la transphobie et la violence. (RCAS, 2009; ASPC 2008; ONUSIDA)

L'accès à l'information et aux services liés au VIH peut être difficile pour les femmes et les filles vivant dans les collectivités rurales et éloignées. En particulier, l'accès aux services de santé et sociaux est souvent limité pour les femmes autochtones vivant en régions éloignées à cause de problèmes liés à la confidentialité et au manque de ressources humaines et financières.

Au Canada, la criminalisation du non-dévoilement de la séropositivité est une barrière à la prévention efficace du VIH dans plusieurs communautés. Cette loi sert à stigmatiser davantage les personnes vivant avec le VIH et risque de décourager de nombreuses personnes de se faire tester pour le VIH.

**« En 2008, la majorité (58,3 %) des nouveaux diagnostics de séropositivité concernaient des jeunes femmes de 15 à 19 ans, une tendance qui s'observe depuis une décennie. » (ASPC, 2009).**

Enfin, entre 2007 et 2010, l'Agence de la santé publique du Canada a financé des organismes communautaires pour leurs activités liées au VIH/sida et à l'hépatite C. Sur toutes les subventions annuelles dépassant les 25 000 \$, moins de 14 % des fonds étaient alloués à des organismes dont le mandat mentionnait spécifiquement les femmes ou les filles (2007-8: 7.5%; 2008-9: 13.7%; 2009-10: 4.7%). Les organismes canadiens de première ligne doivent être mieux soutenus pour pouvoir demander et utiliser ces fonds. L'Ontario a amélioré son bilan dans ce dossier; la province a augmenté significativement les montants distribués à travers la province, notamment pour des initiatives visant la prévention chez les femmes, y compris l'élaboration d'une campagne de prévention visant les femmes.

« L'accès à l'information et aux services liés au VIH peut être difficile pour les femmes et les filles vivant dans les collectivités rurales et éloignées. En particulier, l'accès aux services de santé et sociaux est souvent limité pour les femmes autochtones vivant en régions éloignées à cause de problèmes liés à la confidentialité et au manque de ressources humaines et financières. »

## SOINS ET SOUTIEN

Les programmes de soins et de soutien destinés aux femmes et aux filles sont insuffisamment financés au Canada. Les différences culturelles et linguistiques et l'éloignement géographique rendent ces programmes inaccessibles à beaucoup de femmes. Il faut former une grande gamme de fournisseurs de services afin qu'ils puissent répondre aux besoins complexes et particuliers des femmes et des filles vivant avec le VIH/sida. Il faut incorporer de l'information sur le VIH dans les programmes et les services existants destinés aux femmes et aux filles. Au lieu d'être les dernières bénéficiaires d'un modèle qui part du haut vers le bas, les femmes et les filles doivent participer à toutes les étapes de la conception et de la mise sur pied des programmes de soins et de soutien. Il est essentiel de fournir des services dans les régions rurales ou éloignées. L'établissement d'une compétence culturelle authentique, tant dans la prestation des soins que dans la formation des fournisseurs de soins, revêt une importance primordiale. Il existe peu de modèles de soins et de soutien destinés spécifiquement aux femmes trans au Canada, celles-ci étant une population négligée. Les programmes qui existent disposent de peu de ressources. Il est essentiel que la planification des programmes et la prestation des services tiennent compte d'une analyse des différences sexuelles et culturelles et des besoins spécifiques des autochtones. La promotion de la santé des femmes dépend de la reconnaissance des liens importants entre les stratégies de soins VIH et les autres sphères de la santé des femmes.

(Commentaires recueillis lors de groupes de discussions et de sondages effectués auprès de 19 femmes de la Colombie-Britannique, y compris des femmes autochtones, des jeunes femmes, des anciennes détenues, des femmes de plus de 40 ans, des femmes africaines, des femmes trans et des femmes utilisant des drogues.)



## NOTES

### *Droits juridiques, éthiques et de la personne :*

Allard, P. (2009). Une option trompeuse et malavisée : Peines de prison obligatoires pour les infractions liées à la drogue. Mémoire préparé pour le Réseau juridique canadien VIH/sida et présenté au Comité permanent des Communes sur la justice et les droits de la personne, concernant le projet de loi C-15.

B.C. Court of Appeal. (2010). PHS Community Services Society v. Canada (Attorney General).

Csete, J. (2005). Vecteurs, véhicules et victimes : le VIH/sida et les droits humains des femmes au Canada. Préparé pour le Réseau juridique canadien VIH/sida.

Mykhalovskiy, Betteridge et al. (2009). The Criminalization of HIV non-disclosure in Canada: A Preliminary Analysis of Trends and Patterns.

Ontario HIV Treatment Network, (2010). Study Results: HIV, Housing & Women's Health, a study of Positive Spaces, Healthy Places.

### *Diagnostic :*

Agence de la santé publique du Canada. (2009). Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2008.

Agence de la santé publique du Canada. (2009). Ce que disent les mères : Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité.

Agence de la santé publique du Canada. (Novembre 2007). Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida.

Athena Network. (2009). 10 Reasons why the criminalization of HIV exposure hurts women.

Committee for Accessible AIDS Treatment. (November 2008). Collective Action: Best Practices in Migration, HIV and Mental Health.

Csete, J. (2005). "Vecteurs, véhicules et victimes : le VIH/sida et les droits humains des femmes au Canada. Préparé pour le Réseau juridique canadien VIH/sida.

Girardi, E.; Sabin, C.; d'Arminio Monforte, A. (2007). Late diagnosis of HIV infection: Epidemiological features, consequences and strategies to encourage earlier testing. *Journal of Acquired Immuno-Deficiency Syndrome*, 46(Supplement 1), pp. S3-S8.

Katz, A. (2001). HIV screening in pregnancy: What women think. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 30(2), pp.184-191.

Leonard L. et al. (2002). "HIV counselling and testing among pregnant women in Canada: Best practices", in: C. Amaratunga and J. Gahagan, eds. *Striking to the Heart of the Matter: Selected Readings on Gender and HIV*. Halifax: Atlantic Centre of Excellence on Women's Health.

Myers, T.; Worthington, C.; Haubrich, D.; Ryder, K.; Calzavara, L. (2003) HIV testing and counseling: Test providers' experiences of best practices. *AIDS Education and Prevention*, 15(4), pp.309-319.

O'Connor, K.S.; MacDonald, S.; Hartling, L.; Seguin, R.M.; Hollands, H.; Mowat, D.L.; Hoey, J.R.; Mass Mowat, D.L.; Hoey, J.R.; Massé, R.; Rekart, M.L. (2002). The influence of prevalence and policy on the likelihood that a physician will offer HIV screening in pregnancy. *Canadian Journal of Public Health*, 93(1), pp.31-35.

Orchard, T.R.; Druyts, E.; McInnes, C.W.; Clement, K.; Ding, E.; Fernandes, K.A.; Anema, A.; Lima, V.D.; Hogg, R.S. (2010). Factors behind HIV testing practices among Canadian Aboriginal peoples living off-reserve. *AIDS Care*, 22(3), pp.324-331.

Réseau juridique canadien VIH/sida. (2007). Test de sérodiagnostic du VIH : Feuilles d'information.

Réseau juridique canadien VIH/sida. (2007). Prévenir et protéger : Rehausser à la fois le test du VIH et les droits humains au Canada.

Réseau juridique canadien VIH/sida. (1999). Le test de sérodiagnostic du VIH et la confidentialité : Questions concernant la communauté autochtone. Deuxième édition. Préparé par Stefan Matiation.

Sweet, B. (December 2 2009). AIDS Testing needs to be anonymous, committee says. *The Telegram* (St-John's), p.A1.

Wang, F.; Larke, B.; Gabos, S.; Hanrahan, A.; Schopflocher, D. (2005). Potential factors that may affect acceptance of routine prenatal HIV testing. *Canadian Journal of Public Health*, 96(1), pp.60-64.

### **Prévention et éducation :**

Agence de la santé publique du Canada. 2009. *Sommaire : Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada, 2008*. Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections. Disponible au : <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/estimat08-fra.php>

Agence de la santé publique du Canada. 2009. *Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2008*. Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections. Disponible au : <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/2008/dec/pdf/survrepdec08.pdf>

Agence de la santé publique du Canada. 2008. *Aboriginal Women and Family Violence*. Centre national d'information sur la violence dans la famille, Ottawa.

CBC News. June 2, 2009. *Alberta passes law allowing parents to pull kids out of class - Written notice required when sex, sexual orientation, religion are covered*. Accessible at: <http://www.cbc.ca/canada/story/2009/06/02/alberta-human-rights-school-gay-education-law.html#ixzz0r2KYSa5m>

Réseau canadien autochtone du sida (RCAS). 2009. *Our Search For Safe Spaces: A Qualitative study of the role of sexual violence in the lives of Aboriginal women living with HIV/AIDS*. Disponible au : <http://www.caan.ca/docu/Sexual%20Violence%20Document%20ENGLISH.pdf>

Réseau canadien d'info-traitements sida (CATIE). 2009 : Feuille d'information : Les infections transmissibles sexuellement et la transmission du VIH. Disponible au : <http://www.catie.ca/fre/Prevention/feuilles/its.shtml>

Service correctionnel Canada. 2010. Résumé des premiers résultats du Sondage national de 2007 auprès des détenu(e)s sur les maladies infectieuses et les comportements à risque. Disponible au : <http://www.csc-scc.gc.ca/text/rsrch/reports/r211/r211-fra.shtml>

ONUSIDA : Violence Against Women and HIV/AIDS: Critical Intersections. *Intimate Partner Violence and HIV/AIDS*. Bulletin 1. Disponible au : <http://whqlibdoc.who.int/unaid/2004/a85591.pdf>