



RAPPORT D'ÉTAPE SUR LE VIH/SIDA ET LES POPULATIONS DISTINCTES

Femmes



Promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique.

— Agence de la santé publique du Canada

Le Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Femmes est disponible sur Internet à l'adresse suivante : <http://www.phac-aspc.gc.ca>

Also available in English under the title:
Population-Specific HIV/AIDS Status Report: Women

Pour obtenir une copie de ce rapport, veuillez envoyer votre demande à :
Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections
Agence de la santé publique du Canada
100 promenade Eglantine, Immeuble Santé Canada
I.A. 0602C, Pré Tunney
Ottawa (ON) K1A 0K9
Courriel : ccdlic-clmti@phac-aspc.gc.ca

Ou auprès du :
Réseau canadien d'info-traitements sida
555, rue Richmond Ouest, bureau 505
Case postale 1104
Toronto (Ontario) M5V 3B1
Téléphone : 1-800-263-1638
Télécopieur : 416-203-8284
Courriel : info@catie.ca
Site Web : www.catie.ca

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats de substitution.

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, 2012

Imprimé Cat. : HP40-43/2-2012F ISBN : 978-1-100-98944-0
En ligne Cat. : HP40-43/2-2012F-PDF ISBN : 978-1-100-98945-7



RAPPORT D'ÉTAPE SUR LE VIH/SIDA ET LES POPULATIONS DISTINCTES

Femmes



AVANT-PROPOS

L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) est fière de publier, avec l'appui de nombreux partenaires, le présent rapport d'étape qui est le troisième d'une série de huit rapports de synthèse des données probantes actuelles¹ sur les répercussions du VIH/sida chez les populations clés au Canada. Nous encourageons les communautés, les gouvernements, les praticiens de la santé publique, les organismes non gouvernementaux, les chercheurs et les autres intéressés à utiliser ce rapport pour éclairer l'orientation future des politiques, des programmes et de la recherche sur le VIH/sida de manière à améliorer la santé et le bien-être des Canadiennes.

Cette série de rapports d'étape a été lancée afin d'appuyer les mesures énoncées dans l'*Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada*², le cadre d'investissement fédéral du gouvernement du Canada dans la lutte contre le VIH/sida, et de fournir une base complète de données probantes aux autres partenaires et intervenants qui participent à la réponse au Canada. L'initiative fédérale, qui a été mise sur pied en 2005, fait état de la nécessité d'accroître l'efficacité des interventions et d'améliorer les initiatives de prévention, de recherche, de diagnostic, de soins, de traitement et de soutien liées au VIH/sida exécutées à l'intention de populations distinctes qui vivent avec le VIH/sida ou qui sont à risque de le contracter.

Ces populations comprennent les personnes vivant avec le VIH/sida, les hommes gais, les utilisateurs de drogues par injection, les Autochtones, les détenus sous responsabilité fédérale, les jeunes à risque, les femmes et les personnes provenant de pays où le VIH est endémique.

En outre, ces rapports d'étape appuient les objectifs du rapport intitulé *Au premier plan : le Canada se mobilise contre le VIH/sida (2005-2010)*³. Ce rapport, élaboré et lancé en 2005 par des intervenants, renouvelle les efforts collectifs du Canada visant non seulement à lutter contre le VIH/sida, mais aussi à éliminer les problèmes sanitaires et sociaux sous-jacents qui contribuent à de nouvelles infections et qui ont un effet dévastateur sur les personnes vivant avec le VIH/sida. Le rapport *Au premier plan* favorise la collaboration et le partage des connaissances, des compétences et des ressources afin que nous puissions, ensemble, éradiquer le VIH.

La rédaction du présent rapport d'étape a été guidée par un groupe de travail national formé d'experts en matière de recherche, d'épidémiologie, de développement communautaire, d'élaboration de politiques et de programmes et de santé publique, et par les expériences vécues par des femmes vivant avec le VIH/sida ou touchées par ces maladies. Leurs observations et leurs conseils ont permis de rédiger un rapport qui présente les données probantes et les réponses novatrices pertinentes les plus récentes qui existent au Canada à l'heure actuelle.

Ce rapport d'étape sur le VIH/sida chez des populations distinctes traite de l'effet du VIH/sida sur les Canadiennes. C'est la première fois que l'ASPC présente de façon détaillée de l'information relative au VIH/sida chez cette population. La décision de mettre l'accent sur la population féminine vient du besoin de mieux comprendre comment les expériences

1 Il existe un grand nombre de formes différentes de données probantes, notamment des données de recherche, des rapports isolés, et l'expérience personnelle, qui peuvent être diffusées en vue d'améliorer les pratiques. Elles comprennent, mais sans s'y limiter, les suivantes : 1) données de recherche, y compris les conclusions tirées d'études individuelles, d'examen systématiques et de recherches primaires incluant des recherches communautaires; 2) pratiques éclairées comprenant les pratiques « exemplaires » et les pratiques « judicieuses »; 3) opinions d'experts de chercheurs et de fournisseurs de services; 4) expérience vécue de personnes vivant avec le VIH/sida; 5) rapports et évaluations provenant d'un éventail de sources, dont le gouvernement, des organismes communautaires, des universités et des organismes de financement; 6) données probantes fondées sur les pratiques, y compris des documents de programmes éclairés par la pratique tels que des manuels de formation, des lignes directrices et des exposés de position.

2 Pour de plus amples renseignements sur l'*Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada*, consulter le site à l'adresse www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/fi-if/index-fra.php

3 Pour de plus amples renseignements sur *Au premier plan : le Canada se mobilise contre le VIH/sida (2005-2010)*, consulter le site à l'adresse <http://www.premierplan.ca>

des femmes affectent leur vie et engendrent une résilience ou une vulnérabilité accrue au VIH/sida. Le présent rapport a adopté une démarche intersectionnelle et reconnaît que les femmes ne constituent pas une population homogène : ainsi, les différences sociales relevant de la diversité et de l'équité peuvent, dans certains cas, se révéler plus importantes que l'appartenance au même sexe pour la compréhension des expériences que vivent les femmes.

La rédaction du présent rapport a permis de dégager un certain nombre de leçons qui influenceront sur les futurs rapports de cette série. Comme pour tout travail de cette nature, des limites se sont manifestées au cours des phases de la collecte des données, de l'analyse et de la production du rapport. Néanmoins, le rapport est exhaustif et renferme de précieux renseignements qui nous permettront de mieux connaître et comprendre le VIH/sida chez les femmes. L'ASPC vous invite à lui faire part de vos commentaires sur ce rapport afin d'appuyer l'élaboration des futurs rapports d'étape sur le VIH/sida chez les populations distinctes.

Après 25 années d'engagement et d'investissement collectifs, le VIH/sida demeure un problème de santé publique majeur qui exige une intervention concertée, de collaboration et complète. L'examen des facteurs et des conditions sous-jacents qui favorisent la résilience ou augmentent la vulnérabilité au VIH/sida est essentiel pour comprendre la meilleure façon de structurer des réponses efficaces et durables à ce défi. C'est dans cette intention que le présent rapport a été rédigé.

SOMMAIRE

La proportion des infections à VIH attribuées aux femmes adultes a augmenté progressivement au cours des dix dernières années. En 2008, on estimait que les femmes représentaient 17 % des personnes vivant avec le VIH et 26 % de tous les nouveaux cas d'infection à VIH au Canada. Bien que le nombre annuel de rapports de tests positifs pour le VIH chez les femmes ait varié au cours de la dernière décennie, rien n'indique qu'il est en déclin. Environ les trois quarts des nouveaux cas d'infection qui sont apparus chez les femmes en 2008 sont attribuables à une exposition par contact hétérosexuel et plus du tiers, à une exposition par utilisation de drogues par injection. Sur une note positive, la proportion de cas confirmés de VIH par transmission périnatale chez les nourrissons a diminué, passant de 9,3 % en 2000 à 1,7 % en 2008.

Le rapport reconnaît que certains groupes de femmes au Canada, notamment les femmes autochtones, les femmes provenant de pays où le VIH est endémique, les utilisatrices de drogues par injection et celles qui vivent en prison, demeurent surreprésentés parmi la population atteinte du VIH/sida. À titre d'exemple, les femmes autochtones sont presque aussi nombreuses à présenter une infection à VIH que les hommes autochtones, et les femmes provenant de pays où le VIH est endémique représentent plus de la moitié (54,2 %) des rapports de tests positifs pour le VIH attribués aux femmes. Enfin, il convient de noter que le taux d'infection à VIH est plus élevé chez les femmes incarcérées que chez leurs homologues masculins (4,7 % comparativement à 1,7 %).

Bien que les différences biologiques chez les femmes les rendent plus susceptibles que les hommes de contracter le VIH, un certain nombre de facteurs socioéconomiques, également appelés « déterminants de la santé », influent également sur la vulnérabilité des femmes au VIH. Les déterminants de la santé, tels que le sexe, le revenu, le niveau de scolarité, le chômage, la stabilité du logement, l'accès aux services de santé, aux services de soutien social et aux réseaux sociaux, le milieu social (p. ex., collectivités isolées sur

le plan géographique, milieu carcéral, zones rurales ou urbaines défavorisées), le racisme et le développement durant la petite enfance peuvent accroître ou réduire la vulnérabilité des femmes au VIH. En plus des grands déterminants de la santé, il a été démontré que d'autres facteurs, tels que la violence sexuelle, la culture et la stigmatisation et la discrimination liées au VIH/sida, jouaient un rôle dans la vulnérabilité des femmes au VIH.

Le rapport traite en détail de l'expérience vécue des femmes en rapport avec ces déterminants et souligne la nécessité d'adopter des approches qui s'attaquent aux causes profondes du VIH. Il est important d'établir comment le sexe, un déterminant clé, interagit avec plusieurs autres formes d'inégalité sociale pour accroître la vulnérabilité des femmes au VIH. En recensant et en examinant les facteurs qui favorisent la résilience ou augmentent la vulnérabilité au VIH/sida, le présent rapport tente de refléter la diversité de la population féminine et la nature complexe de la vie des femmes.

Le rapport fait état de 87 projets de recherche canadiens d'une durée limitée qui se sont déroulés entre 2006 et 2009 et qui étaient axés sur le VIH/sida chez les femmes au Canada. Les grands thèmes abordés dans ces recherches étaient les stratégies de prévention, d'intervention et de traitement. Bon nombre de projets portaient sur des segments particuliers de la population féminine, dont les suivants : femmes vivant avec le VIH/sida, femmes travailleuses du sexe, femmes provenant de pays où le VIH est endémique, jeunes filles à risque, femmes autochtones, utilisatrices de drogues par injection, femmes lesbiennes, bisexuelles ou transgenres et femmes incarcérées.

Dans le présent rapport, on examine la réponse actuelle au VIH/sida chez les femmes, sur le plan des politiques et des programmes. À ce titre, on présente une vue d'ensemble des stratégies axées sur des populations précises à l'échelle nationale, provinciale et territoriale des réseaux, des coalitions et des organismes consultatifs axés sur des populations

visées, ainsi que des organisations et des projets axés sur la prestation de programmes et de projets portant sur le VIH/sida chez les femmes et la réponse à l'infection chez les femmes incarcérées. Le rapport souligne également que les interventions qui visent à donner plus de pouvoir aux femmes et à favoriser le leadership chez les femmes à risque de contracter le VIH/sida jouent un rôle important dans le renforcement de leur résilience à l'égard du VIH.

Les projets et les travaux de recherche résumés dans le cadre du présent rapport indiquent qu'un large éventail d'organismes participent à la prestation de services en matière de prévention, de soins, de traitement et de soutien destinés aux femmes, y compris les organismes communautaires de services liés au VIH/sida, les services de santé ou d'hygiène sexuelle et les organismes gouvernementaux. Ces communautés et les organisations de partout au pays ont relevé le défi et contribuent aux mesures visant à réduire le nombre d'infections dans cette population et à combler les besoins des femmes qui vivent avec le VIH ou risquent de contracter cette infection. En dépit de ces efforts importants et considérables, il reste beaucoup à faire. Pour parvenir à réduire les cas d'infection à VIH et de sida dans cette population, il est nécessaire de déployer des efforts efficaces, adaptés et soutenus visant à prévenir la transmission et l'acquisition du VIH, tout en améliorant la qualité de vie des femmes vivant avec le VIH/sida.

REMERCIEMENTS

L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) tient à remercier les personnes, les représentants de la population, les représentants des communautés, les chercheurs et les responsables gouvernementaux d'avoir bien voulu consacrer leur temps, leur expertise et leur expérience à l'élaboration du présent rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes. L'ASPC tient également à remercier les membres du Comité consultatif fédéral/provincial/territorial sur le sida, le personnel du Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections (CLMTI) de l'ASPC ainsi que les employés régionaux pour leur précieuse contribution à diverses étapes de la réalisation du rapport.

Membres du groupe de travail d'experts

L'ASPC tient également à remercier les membres du groupe de travail d'experts mentionnés ci-dessous pour l'engagement exceptionnel dont ils ont fait preuve et pour avoir veillé à ce que le présent rapport reflète de façon précise la réalité du VIH/sida chez les femmes au Canada :

- Jacqueline Arthur, CLMTI, ASPC (Ottawa, Ontario)
- Kristen Beausoleil, CLMTI, ASPC (Ottawa, Ontario)
- Louise Binder, Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements et Plan intégral d'action sur le VIH et les femmes (Toronto, Ontario)
- Hélène Chalifoux, région du Québec, ASPC (Montréal, Québec)
- Anne Marie DiCenso, Prisoner's AIDS Support and Action Network (Toronto, Ontario)
- Brooke Ellis, CLMTI, ASPC (Ottawa, Ontario)
- Jocelyne Guay, CLMTI, ASPC (Ottawa, Ontario)
- Clare Jackson, CLMTI, ASPC (Ottawa, Ontario)
- Lynne Leonard, Université d'Ottawa, Département d'épidémiologie et de médecine sociale, HIV Prevention Research Team - Ontario Women's Study (Ottawa, Ontario)
- Sharon Milewski, YouthCO AIDS Society (Vancouver, Colombie-Britannique)
- Darlène Palmer, Cactus Montréal (Montréal, Québec)
- Doris Peltier, Réseau canadien autochtone du sida (Wiwemikong, Ontario)
- Mary-Beth Pongrac, Service correctionnel du Canada (Ottawa, Ontario)
- Pascale Robitaille, Eve Robinson, Stella (Montréal, Québec)
- Marcie Summers, Positive Women's Network (Vancouver, Colombie-Britannique)
- Wangari Tharao, Women's Health in Women's Hands (Toronto, Ontario)
- Kim Thomas, Société canadienne du sida (Ottawa, Ontario)
- Kristina Tomas, CLMTI, ASPC (Ottawa, Ontario)
- Geneviève Tremblay, CLMTI, ASPC (Ottawa, Ontario)
- Jenni Vik, CLMTI, ASPC (Ottawa, Ontario)
- Tree Walsh, AIDS Committee of Newfoundland and Labrador (St. John's, Terre-Neuve-et-Labrador)
- Sophie Wertheimer, Société canadienne du sida (Ottawa, Ontario)
- Sharon Young, région de l'Atlantique, ASPC (Halifax, Nouvelle-Écosse)



LISTE DES TERMES⁴

<p>ACRV Association canadienne de recherche sur le VIH</p> <p>Activités sexuelles de survie – Terme qui désigne l'échange de services sexuels pour un abri, de la nourriture ou de la drogue.</p> <p>Analyse comparative fondée sur le sexe et le genre – Selon Santé Canada, l'analyse comparative fondée sur le sexe et le genre (ACFSG) est une approche analytique qui intègre l'optique du genre et du sexe dans l'élaboration de travaux de recherche, de politiques et de programmes ainsi que dans la planification et les processus décisionnels.</p> <p>ASPC Agence de la santé publique du Canada</p> <p>Bispirituel L'organisation 2-Spirited People of the 1st Nations définit ce terme comme suit : [traduction] « Les hommes gais ou les lesbiennes, les bisexuels, les transgenres, les personnes appartenant à un autre genre et les personnes du troisième/quatrième genre d'origine autochtone qui traversent délicatement les frontières des mondes et des genres » [1]. Ce terme est utilisé principalement par certains membres des Premières nations.</p> <p>CLMTI - Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections – Centre qui relève de la Direction générale de la Prévention et du contrôle des maladies infectieuses, Agence de la santé publique du Canada</p>	<p>Commerce du sexe – Terme qui désigne l'échange de services sexuels pour de l'argent ou des biens.</p> <p>CRSH Conseil de recherches en sciences humaines du Canada</p> <p>DGSPNI Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits – branche de Santé Canada</p> <p>DSER Division de la surveillance et de l'évaluation des risques – (à compter du 22 juin, la Division de la surveillance et de l'épidémiologie) S'occupe de l'ensemble de la planification stratégique et de la coordination des travaux de surveillance et d'épidémiologie de l'ASPC sur le VIH/sida.</p> <p>Femme bisexuelle – Femme qui est attirée par des hommes et des femmes sur le plan romantique et/ou sexuel.</p> <p>Femme transgenre – Terme qui désigne une personne de sexe masculin ou à laquelle le sexe physique masculin a été attribué à la naissance et dont le sexe biologique ne concorde pas avec le sentiment qu'a cette personne de son sexe. Il s'ensuit qu'elle s'identifie à une femme et vit comme une femme. Personne transgenre à vocation féminine est un autre terme pour désigner une femme transgenre.</p> <p>FPT sida Comité consultatif fédéral/provincial/territorial sur le sida</p> <p>FRSF - Femmes qui ont des relations sexuelles avec d'autres femmes – Terme général qui désigne des comportements sexuels avec des personnes du même sexe. Ce groupe peut comprendre ou non les femmes qui se disent lesbiennes, bisexuelles ou bispirituelles.</p>
---	--

⁴ Cette liste a été adaptée d'une liste de termes et d'acronymes relatifs au VIH/sida fréquemment utilisés, préparée pour le *Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Autochtones*.

Genre et sexe « ...Toute la gamme de rôles déterminés par la société, de traits de personnalité, d'attitudes, de comportements, de valeurs, de l'influence relative et du pouvoir relatif que la société attribue aux deux sexes en les différenciant. » (Voir au chapitre 4 la section 4.1.1 Sexe et genre).

GLBTQ Gais, lesbiennes, bisexuels, transgenres et en questionnement.

Homophobie Peur irrationnelle, aversion ou discrimination à l'égard des personnes homosexuelles ou de l'homosexualité en général.

Inuits Peuple autochtone qui habite dans l'Arctique canadien. Les Inuits constituent l'un des trois peuples autochtones reconnus au Canada, les deux autres étant les Premières nations et les Métis.

IRSC Instituts de recherche en santé du Canada

ITS Infection transmise sexuellement

Lesbienne Femme attirée sentimentalement ou sexuellement par les femmes.

Métis Personnes qui ont à la fois des ancêtres des Premières nations et des ancêtres européens. Les Métis constituent l'un des trois peuples autochtones reconnus au Canada, les deux autres étant les Inuits et les Premières nations.

Microbicide Terme qui désigne toute substance ou composé utilisé dans le but de réduire les microbes, tel que le VIH.

OSS - Organisme de services liés au sida – Organisation qui offre des services en matière de VIH/sida

Périnatal Terme médical qui désigne la période immédiatement avant et après la naissance

Premières nations – Terme se rapportant habituellement à la fois aux Indiens inscrits et aux Indiens non inscrits. Les Premières nations constituent l'un des trois peuples autochtones reconnus au Canada, les deux autres étant les Métis et les Inuits.

Réserve Collectivité des Premières nations

RRVS Réseau régional sur le VIH/sida – réseau de bureaux régionaux de l'ASPC s'intéressant aux problèmes et aux programmes liés au VIH/sida

SCC - Service correctionnel du Canada – Organisme gouvernemental responsable de l'administration du système correctionnel fédéral du Canada

Sida - Syndrome d'immunodéficience acquise – Syndrome causé par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et diagnostic posé sur la base de certains critères cliniques (p. ex. maladies définissant le sida, analyses de sang particulières). Le sida désigne aussi le stade ultime de l'infection par le VIH.

Situation précaire de logement – Terme qui désigne des conditions de logement ou de vie temporaires, telles que dormir sur le canapé d'un ami, vivre dans un refuge ou un véhicule, etc. Ce terme est souvent utilisé pour décrire l'itinérance « cachée ».

- TAHA** Traitement antirétroviral hautement actif (voir traitement antirétroviral)
- TAR - Traitement antirétroviral** – Traitement à base de médicaments de la médecine conventionnelle destinés à inhiber la capacité du VIH de se multiplier dans le corps humain.
- UDI** Classification épidémiologique se rapportant à la transmission du VIH entre utilisateurs de drogues par injection.
- VHC - Virus de l'hépatite C** – Virus qui s'attaque au foie. L'infection chronique et l'infection aiguë par le VHC entraînent fréquemment une maladie du foie et une cirrhose. Le virus se transmet surtout par transfusion sanguine ou inoculation percutanée (p. ex. par l'échange de seringues entre utilisateurs de drogues par injection).
- VIH - Virus de l'immunodéficience humaine** – Virus qui cause le sida

Références

[1] 2-Spirited People of the 1st Nations. 2 spirits flyer [document sur Internet]. Toronto: 2-Spirited People of the 1st Nations; n.d. [consulté en août 2009]. À l'adresse : <http://www.2spirits.com>



TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	III
Sommaire	V
Remerciements	VIII
Liste des termes	IX
Table des matières	XIII
Liste des figures	XVII
CHAPITRE 1 - Introduction	1
1.1 Contexte.....	1
1.2 Méthodologie.....	1
1.3 Références.....	2
CHAPITRE 2 - Profil démographique	5
2.1 Tendances générales : Recensement de la population de 2006 et croissance démographique projetée	5
2.2 Indicateurs démographiques et sanitaires : Espérance de vie et morbidité.....	5
2.3 Âge	6
2.4 Santé mentale.....	6
2.5 Identité autochtone : Premières nations, Inuites et Métisse	7
2.6 Population immigrante et statut de minorité visible	8
2.7 Langue et niveau de scolarité	9
2.7.1 Langues officielles et non officielles.....	9
2.7.2 Niveau de scolarité.....	9
2.8 Activité, catégories de travailleuses et travail	11
2.8.1 Activité	11
2.8.2 Catégorie de travailleuses	12
2.8.3 Travail.....	12
2.9 Revenu.....	13
2.10 Femmes lesbiennes et bisexuelles.....	14
2.11 État matrimonial.....	15
2.12 Femmes travaillant dans l'industrie du sexe.....	15
2.13 Usage de substances	16
2.14 Femmes incarcérées : mises en détention après condamnation et détention préventive	16
2.15 Femmes itinérantes et femmes dont l'habitat est précaire	17
2.16 Références.....	18
CHAPITRE 3 - Le VIH/sida chez les femmes au Canada	23
3.1 Information sur les données de surveillance	23
3.2 Souches de VIH.....	25
3.3 Vue d'ensemble du VIH/sida chez les femmes canadiennes	26
3.4 Répartition géographique.....	28
3.5 Catégories d'exposition	29
3.5.1 Transmission hétérosexuelle	29
a) Contact sexuel avec une personne à risque	29

	b) Aucun risque signalé-Hétérosexuel (ARS-Hét)	30
	c) Provenant de pays où le VIH est endémique.....	31
	d) Industrie du sexe	32
3.5.2	Utilisatrices de drogues par injection	32
3.6	L'âge.....	33
3.7	Transmission périnatale.....	34
3.8	Le VIH/sida au sein de différentes populations de femmes au Canada	35
3.8.1	Femmes autochtones	36
3.8.2	Les femmes incarcérées.....	38
3.8.3	Femmes transgenres	38
3.8.4	Femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes.....	39
3.9	Co-infections VIH/autres pathogènes	39
3.9.1	Tuberculose	39
3.9.2	Infections transmises sexuellement	40
3.9.3	Hépatite B et hépatite C	41
3.10	Références.....	42

CHAPITRE 4 - Données actuelles sur les facteurs ayant une incidence sur la résilience

	et la vulnérabilité des femmes à l'égard du VIH/sida.....	47
4.1	Déterminants de la santé.....	47
4.1.1	Sexe et genre	47
4.1.2	Patrimoine biologique et génétique.....	48
	a) Incidence du traitement du VIH sur les femmes vivant avec le VIH.....	50
	b) Ostéoporose et VIH.....	50
4.1.3	Niveau de scolarité.....	50
4.1.4	Revenu et statut social / emploi et conditions de travail.....	51
	a) Populations féminines vulnérables.....	51
	b) Revenu des femmes vivant avec le VIH.....	53
4.1.5	Environnements sociaux et réseaux de soutien social	53
	a) Violence et mauvais traitements	54
	b) Crainte de la divulgation de la séropositivité	56
	c) Exclusion sociale	57
	d) Groupes de soutien féminins.....	58
	e) Rôle de pourvoyeuse principale des soins	59
	f) Rôle des enfants	59
4.1.6	Environnements physiques.....	59
	a) Précarité du logement et itinérance	59
	b) Régions rurales et éloignées	61
	c) Prisons fédérales, provinciales et territoriales	62
4.1.7	Habitudes de vie et capacités d'adaptation personnelles.....	63
	a) Santé sexuelle	63
	b) Santé génésique	65
	c) Usage de substances	66
	d) Autres compétences d'adaptation	68

4.1.8	Développement sain durant l'enfance	69
	a) Abus subis durant l'enfance.....	69
4.1.9	Services de santé	70
	a) Options thérapeutiques	73
	b) Test de dépistage du VIH	73
	c) Dépistage du VIH chez les femmes enceintes	75
4.1.10	Culture et race	76
4.2	Références.....	79
CHAPITRE 5 - Recherche actuelle sur le VIH/sida.....		91
5.1	Méthodologie	91
5.2	Analyse des recherches	91
5.2.1	Répartition géographique des projets de recherche.....	92
5.2.2	Thèmes privilégiés : prévention, intervention et traitement en matière de VIH	92
5.2.3	Projets de recherche portant sur certaines populations en particulier.....	92
	a) Femmes vivant avec le VIH	92
	b) Femmes travaillant dans l'industrie du sexe ou ayant des relations sexuelles pour assurer leur survie	93
	c) Femmes provenant de pays où le VIH est endémique ou issues de communautés immigrantes ou ethnoculturelles.....	93
	d) Jeunes filles	94
	e) Femmes autochtones : Premières nations, Inuites et Métisses	94
	f) Femmes lesbiennes, bispirituelles et femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes	95
	g) Femmes transgenres.....	95
	h) Femmes utilisatrices de drogues par injection	95
	i) Femmes incarcérées	95
5.2.4	Autonomisation : promotion du leadership chez les femmes touchées et infectées par le VIH/sida	96
5.2.5	Projets de recherche portant sur la violence faite aux femmes et le VIH/sida.....	97
5.2.6	Renforcement des capacités à l'intérieur des sphères des politiques, des soins de santé et du transfert de connaissances.....	97
5.3	Références.....	98
CHAPITRE 6 - Mesures du lutte actuelles contre le VIH/sida.....		99
6.1	Méthodologie.....	99
6.1.1	Les femmes en tant que parties de la population visée par les réponses globales	99
6.1.2	Les femmes en tant que parties d'une communauté ou d'un groupe.....	99
6.1.3	Les femmes en tant que catégories autonomes.....	100
6.2	Aperçu.....	100
6.3	Stratégies ciblant des populations distinctes.....	101
6.4	Réseaux, coalitions et mécanismes consultatifs ciblant des populations distinctes	102

6.4.1	Réseaux, coalitions et organes consultatifs nationaux.....	103
6.4.2	Réseaux, coalitions et organes consultatifs provinciaux.....	103
6.5	Analyse des programmes.....	105
6.5.1	Projets visant les femmes.....	106
6.5.2	Répartition des projets par région géographique et par catégorie.....	106
6.5.3	Variation de l'offre des programmes en fonction des besoins particuliers en matière de santé des femmes.....	107
6.5.4	Femmes travaillant dans l'industrie du sexe.....	107
6.5.5	Femmes provenant de pays où le VIH est endémique.....	108
6.5.6	Femmes vivant avec le VIH/sida.....	109
6.5.7	Jeunes filles.....	109
6.5.8	Femmes autochtones.....	110
6.5.9	Femmes utilisatrices de drogues, réduction des méfaits et usage de substances.....	110
6.5.10	Femmes incarcérées.....	111
6.5.11	Autres catégories propres aux femmes.....	112
	a) Violence faite aux femmes.....	112
	b) Femmes qui sont ou vont devenir mères.....	112
	c) Femmes plus âgées.....	112
	d) Femmes transgenres.....	112
6.6	Stratégies et réponses thématiques.....	113
6.7	Références.....	114
CHAPITRE 7 - Conclusion.....		115
a)	Le genre comme déterminant clé.....	115
b)	Les effets de la coexistence de multiples formes de discrimination.....	116
c)	L'importance de l'autonomisation.....	116
d)	Lacunes dans les recherches.....	117
e)	Le plan d'intervention du Canada.....	117
f)	L'importance des partenariats.....	118
g)	Futurs développements.....	118
Annexe A.....		121
1)	Termes utilisés pour la recherche.....	121
2)	Bases de données consultées.....	122
Annexe B.....		123
	Projets de recherche axés sur le VIH/sida chez les femmes.....	123
Annexe C.....		167
1)	Réseaux, coalitions et mécanismes consultatifs ciblant des populations distinctes.....	167
2)	Organisations participant à la prestation de programmes et de projets d'une durée limitée portant sur le VIH/sida chez les femmes.....	167

Liste des figures

Figure 1 :	Plus haut niveau de scolarité atteint, selon le sexe, au Canada	10
Figure 2 :	Femmes des populations autochtones, immigrantes et noires de 15 ans et plus, par plus haut niveau de scolarité, Canada.....	11
Figure 3 :	État matrimonial selon le sexe, Canada	14
Figure 4 :	Catégories d'exposition aux infections à VIH.....	24
Figure 5 :	Souches de VIH	25
Figure 6 :	Nombre et répartition des sous-types du VIH-1 en fonction du sexe.....	25
Figure 7 :	Nombre de rapports de tests positifs pour le VIH chez les adultes (≥ 15 ans) et proportion (%) attribuée aux femmes, 2000-2009 (N = 23 763).....	26
Figure 8 :	Nombre de cas de sida déclarés chez des adultes (≥ 15 ans) et proportion (%) attribuée aux femmes, 2000-2009 (N = 3 571)	27
Figure 9 :	Répartition des rapports de tests positifs de dépistage pour les deux sexes et les femmes seulement par province/territoire (données cumulatives jusqu'à décembre 2009) (N = 65 674)	28
Figure 10 :	Pourcentage des test positifs au VIH chez les femmes adultes (≥ 15 ans) par catégorie d'exposition, 1985-2009 (N = 5 643).....	29
Figure 11 :	Pourcentage des positifs chez les femmes attribués aux catégories d'exposition du contact hétérosexuel, 1985-2009 (N = 3 041).....	30
Figure 12 :	Pourcentage des tests positifs rapportés au VIH attribués à certaines catégories choisies d'exposition chez les femmes (≥ 15 ans), par année	30
Figure 13 :	Nombre de rapports de tests positifs pour le VIH chez les femmes adultes (≥ 15 ans) et proportion (%) attribuée à la sous-catégorie d'exposition Hét-Endémique, 2004-2009 (N = 3 838)	31
Figure 14 :	Proportion (%) des rapports de tests positifs pour le VIH imputés aux hommes et aux femmes par catégorie d'âge, 1985-2009.....	34
Figure 15 :	Prévalence des taux d'infection à VIH et de dépistage de celle-ci chez les femmes enceintes dans certaines provinces et certains territoires choisis et selon les stratégies de dépistage prénatal du VIH.....	35
Figure 16 :	Proportion (%) des rapports de tests positifs pour le VIH selon le sexe et l'origine ethnique autochtone ou non autochtone, 1998-2009.....	36
Figure 17 :	Répartition des cas de sida signalés en 1979-2009 chez les femmes ayant déclaré être une membre des Premières nations, une Inuite, une Métisse ou avoir une origine autochtone non précisée (N = 208).....	37
Figure 18 :	Répartition des catégories d'exposition pour les rapports de tests positifs pour le VIH chez les femmes autochtones, 1998-2009 (N = 1 044).....	37
Figure 19 :	Répartition des organisations participant à la lutte au VIH/sida chez les femmes au Canada (N = 71)	106
Figure 20 :	Répartition des projets sur le VIH/sida axés sur les femmes par catégorie (N = 114).....	107



CHAPITRE 1 - Introduction

1

1.1 Contexte

Les populations les plus marginalisées du Canada ont encore aujourd'hui un risque disproportionné de contracter une infection à VIH. Les données épidémiologiques indiquent que les groupes les plus frappés par le VIH/sida sont encore les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les Autochtones, les utilisateurs de drogues par injection, les personnes provenant de pays où le VIH est endémique, ainsi que les femmes qui sont représentées dans les groupes susmentionnés ou qui s'adonnent à des activités à risque avec des personnes de ces groupes. La proportion de femmes vivant avec le VIH/sida n'a pas diminué au cours de la dernière décennie, et les femmes continuent de représenter environ un quart des nouveaux cas d'infection au Canada.

Certains groupes particuliers de femmes au Canada, notamment les femmes travaillant dans l'industrie du sexe, les femmes incarcérées, les adolescentes à risque, les utilisatrices de drogues par injection, les femmes autochtones, les femmes provenant de pays où le VIH est endémique et les femmes transgenres, sont particulièrement vulnérables à l'infection à VIH. La distribution des cas d'infection à VIH parmi ces groupes de femmes reflète la mesure dans laquelle les inégalités sociales et d'autres facteurs tels que la race, la culture, la classe sociale, l'âge, l'appartenance religieuse et l'orientation sexuelle augmentent la vulnérabilité des femmes à l'infection à VIH. Par conséquent, dans l'examen des données et des recherches disponibles au Canada, le rapport va au-delà de la stricte interprétation d'une analyse comparative fondée sur le sexe et le genre pour considérer, dans une perspective intersectionnelle, la manière dont la vie des femmes est déterminée par les recouvrements entre le genre, la race, l'origine ethnique, la culture et d'autres déterminants de la santé.

Bien que l'analyse comparative fondée sur le sexe et le genre constitue un outil important pour reconnaître et clarifier les différences entre les femmes et les hommes, la démarche intersectionnelle va plus loin et examine les interactions complexes entre diverses

formes d'oppression [1-4]. L'intersectionnalité est particulièrement importante dans le contexte du VIH/sida étant donné qu'elle apporte un éclairage sur la façon dont la prévention, le diagnostic et l'accès aux soins, au traitement et au soutien en matière de VIH sont vécus de manière différente par certains groupes de femmes marginalisés par la société [4;5]. En appliquant une perspective intersectionnelle, l'Agence de la santé publique du Canada s'efforce de tenir compte de l'avis du groupe de travail d'experts en faisant ressortir la nature complexe de la vie des femmes dans le contexte du VIH/sida au Canada.

1.2 Méthodologie

Pour appuyer l'élaboration de ce rapport d'étape, l'ASPC a mis sur pied un groupe de travail d'experts composé de représentants de la population et des communautés, d'organisations non gouvernementales, de chercheurs et d'experts en matière de politiques et de programmes. Le groupe de travail a agi à titre d'organe consultatif, en prodiguant des conseils et en donnant de la rétroaction au sujet de la progression, des thèmes et des versions préliminaires successives du rapport. Les membres du groupe de travail représentant des organisations non gouvernementales ont été choisis à l'issue d'une consultation des intervenants en novembre 2005. Le groupe de travail comptait également des représentants de l'ASPC.

Le rapport est un « examen de cadrage » qui a été élaboré et adapté pour permettre de dresser un état des lieux des publications et des données probantes au sujet des femmes et du VIH/sida au Canada [6]⁵. La méthodologie utilisée dans chaque chapitre a été conçue de manière à ce que les données probantes les plus récentes et les plus pertinentes soient synthétisées et présentées. Les données démographiques proviennent de différentes sources, dont Statistique Canada. Les

5 L'objectif d'un examen de cadrage est de recenser, d'extraire et de résumer la littérature. Il s'agit d'un exercice plus large et plus exhaustif que l'examen systématique, qui est généralement encadré par des questions précises [6].

renseignements d'ordre épidémiologique et les données de surveillance ont été trouvés dans des rapports publiés par l'ASPC et dans d'autres publications.

Les données et les renseignements concernant la vulnérabilité et la résilience des femmes au VIH/sida ont été recueillis dans des publications à comité de lecture ainsi que dans la littérature grise. Les documents retenus pour inclusion dans le rapport répondaient aux critères suivants : avoir pour thème principal le VIH/sida; avoir été publiés entre 2002 et 2010; s'intéresser surtout aux femmes au Canada; aborder un ou plusieurs des 12 déterminants de la santé liés au VIH ou au sida ou décrire le VIH ou le sida dans le contexte de la prévention, des soins, du traitement, du soutien ou du diagnostic des populations féminines; être rédigés en anglais ou en français. On trouvera à l'annexe A une liste des termes de recherche utilisés et des bases de données consultées. On a inclus dans le rapport des renseignements additionnels servant à situer le contexte et à combler les lacunes recensées par le groupe de travail.

Les renseignements sur les recherches en cours (effectuées entre 2006 et 2009) ont été recueillis auprès des organisations suivantes : les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), l'Association canadienne de recherche sur le VIH (ACRV), la Fondation canadienne de recherche sur le sida (CANFAR), le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH), le Réseau ontarien de traitement du VIH (ROTV) et la Michael Smith Foundation.

Pour recueillir des données sur la réponse actuelle au VIH/sida visant les femmes, y compris les projets à durée limitée, les réseaux, les coalitions, les comités, les stratégies et les initiatives en matière de politiques en place entre 2006 et 2009, des modèles de collecte d'information ont été élaborés et ont été transmis aux responsables fédéraux, provinciaux et territoriaux par l'intermédiaire des organes suivants : le Comité consultatif fédéral/provincial/territorial sur le sida;

les consultants nationaux et régionaux de l'ASPC en matière de programmes sur le VIH/sida; le Groupe de travail fédéral-provincial-territorial des responsables des services correctionnels sur la santé, et le sous-groupe de travail régional sur le VIH/sida de Santé Canada. On a reçu des réponses provenant de toutes les provinces et de tous les territoires. Les projets financés par le Toronto Public Health AIDS Prevention Community Investment Program ont également été inclus dans l'analyse. Le groupe de travail d'experts a joué un rôle déterminant dans la recension d'autres réseaux, coalitions, stratégies et projets susceptibles d'être inclus dans le rapport.

L'un des facteurs limitants du présent rapport est que l'analyse qu'il décrit porte exclusivement sur les mesures de réponse au VIH/sida qui s'adressent explicitement aux femmes. Si bon nombre de programmes et de services portant spécifiquement sur le VIH/sida desservent une clientèle féminine en plus d'autres populations clés, seuls les projets à durée limitée qui visaient explicitement les femmes ou qui les ciblaient directement à l'intérieur d'un groupe plus large ont été inclus dans ce rapport. Un second facteur limitant est qu'en raison de contraintes d'ordre temporel et méthodologique, les chapitres 5 et 6 sont consacrés qu'aux projets portant expressément sur le VIH/sida et n'abordent pas sur d'autres déterminants de la santé.

1.3 Références

[1] Bates LM, Hankivsky O, Springer KW. Gender and health inequities: A comment on the final report of the WHO commission on the social determinants of health. *Soc Sci Med.* 2009; 69: 1002-4.

[2] Hankivsky O, Christoffersen A. Intersectionality and the determinants of health: A Canadian perspective. *Crit Pub Health.* 2009; 18 (3): 271-83.

[3] Hankivsky O & Cormier R. Intersectionality: Moving women's health research and policy forward. Vancouver, CB: Women's Health Research Network. 2009.

[4] Fridkin A, Browne A, Varcoe C. Using intersectionality to inform health services for Aboriginal women experiencing marginalization. Communication écrite présentée à NEXUS 6th Annual Spring Institute; 16-17 avr. 2009 [consulté déc. 2010]. Disponible : <https://circle.ubc.ca/bitstream/handle/2429/15795/Fridkin.pdf?sequence=1>

[5] Hankivsky O, Reid C, Cormier R, Varcoe C, Clark N, Benoit C, et al. Examining the promises of intersectionality for advancing women's health research. *Int J Equity Health*. 2010; 9 (5).

[6] Arksey C, O'Malley S. Scoping studies: Towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol*. 2005; 8 (1): 19-32.



CHAPITRE 2 - Profil démographique

Ce chapitre vise à brosser un portrait démographique des femmes au Canada. On y trouve des statistiques sur différents segments de population dont le risque d'infection à VIH est plus élevé, notamment les femmes travaillant dans l'industrie du sexe, les femmes qui utilisent des drogues par injection, les femmes incarcérées, les femmes dont l'habitation est précaire et les femmes itinérantes. Les données du Recensement de 2006 de Statistique Canada constituent la référence principale, tandis que d'autres renseignements proviennent de publications universitaires et de la littérature grise.

2.1 Tendances générales : Recensement de la population de 2006 et croissance démographique projetée

En 2006, la population du Canada comptait 31 612 897 personnes, soit 1 605 803 de plus depuis le recensement de 2001 [1]. Un peu plus de la moitié des habitants du Canada (51,04 % ou 16 136 925) étaient des femmes ou des enfants de sexe féminin en 2006 [2].

2.2 Indicateurs démographiques et sanitaires : Espérance de vie et morbidité

D'après les estimations, l'espérance de vie au Canada se situe à environ 76 ans pour les hommes et 81 ans pour les femmes. Depuis plusieurs décennies, notre pays figure parmi les 10 premiers des États membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) pour ce qui est de l'espérance de vie des femmes [3]. Bien que les femmes aient tendance à vivre plus longtemps que les hommes au Canada, elles sont plus susceptibles de devoir composer avec les affections chroniques et l'invalidité [4]. En

même temps, les femmes âgées sont plus susceptibles de vivre dans la pauvreté durant les dernières années de leur vie⁶.

Si la morbidité peut être définie de manière générale comme étant « tout écart par rapport à un état de bonne santé globale », cette notion renvoie souvent plus précisément aux effets des maladies, des affections ou des blessures dans une population [3]. Pour les besoins de cette section, la morbidité a trait aux taux d'hospitalisation, à la prévalence des affections chroniques et à l'invalidité. Il ressort des statistiques qu'en 2000-2001, les taux d'hospitalisation étaient plus élevés chez les femmes que chez les hommes. Les motifs d'hospitalisation les plus courants pour les femmes sont la grossesse et l'accouchement (qui sont responsables de plus de 50 % de toutes les hospitalisations chez les femmes âgées de 20 à 44 ans). Toutefois, si l'on exclut des chiffres les cas de grossesse et d'accouchement, le fossé entre les hommes et les femmes sur le plan des taux d'hospitalisation se rétrécit [3].

La prévalence de la présence de plus d'une affection chronique déclarée est plus élevée chez les femmes âgées que chez les hommes âgés, et se chiffre à 71 % et à 60 % respectivement, dans ces deux populations [3]. De plus, les femmes ayant déclaré une invalidité étaient plus susceptibles d'appartenir à une tranche de revenu inférieure, d'être célibataires avec des enfants à charge (ou d'être âgées) et d'avoir un réseau social peu développé. Ce tableau est révélateur d'un gradient socio-économique de la santé où les femmes qui vivent dans des conditions économiques et sociales plus défavorables jouiront d'une moins bonne santé que celles dont la situation économique et sociale est plus enviable [5].

6 Il ressort des statistiques que près d'un quart des femmes âgées, comparativement à 12 % des hommes âgés, vivent sous le seuil de la pauvreté [4]. De surcroît, les taux de pauvreté sont encore plus élevés chez les femmes célibataires et les veuves (un peu moins de 50 % d'entre elles vivent sous le seuil de la pauvreté).

Un phénomène, appelé « effet de l'immigrant en bonne santé », est celui du meilleur état de santé des immigrants récents (ayant immigré depuis moins de 10 ans) par rapport aux non-immigrants ou aux immigrants établis [6;7]. Ainsi, des études ont montré que les immigrants récents sont moins sujets à l'obésité et au surpoids que les immigrants établis, ce que l'on explique souvent par le mode de vie plus sédentaire et le régime alimentaire de type « occidental » que les immigrants établis ont tendance à adopter [6]. Il a été démontré que d'autres facteurs, dont le fait d'avoir commencé à fumer et à consommer de l'alcool après leur arrivée au Canada, ont pour effet de diminuer encore l'état de santé des immigrants avec le temps [6]. D'après les résultats de ces études, si l'« effet de l'immigrant en bonne santé » est favorable au départ tant aux femmes qu'aux hommes qui immigrent, les immigrantes établies sont plus nombreuses que leurs homologues masculins à souffrir de problèmes de santé mentale [7].

2.3 Âge

Si la population féminine du Canada continue de vieillir, elle demeure cependant l'une des plus jeunes des pays développés à l'échelle mondiale. En 2001, l'âge médian des femmes était de 38,4 ans et celui des hommes, de 36,8 ans. D'après les données du recensement de 2006, l'âge médian a augmenté à 40,4 pour les femmes et à 38,6 pour les hommes. Les femmes constituent une proportion plus élevée de la catégorie de la population des 65 ans et plus, à raison de 57,2 % et de 56,5 % en 2001 et 2006 respectivement. Un examen de la population des jeunes du Canada, c'est-à-dire des personnes âgées de 10 à 24 ans⁷, révèle que 19,9 % de la population canadienne totale se situait dans cette catégorie en 2006 [2].

⁷ Cette catégorie d'âge n'est pas exactement celle de l'Assemblée des Nations Unies, qui définit les jeunes comme étant les individus âgés de 15 à 24 ans [8].

2.4 Santé mentale

Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2002, moins de femmes que d'hommes ont dit jouir d'une bonne santé mentale. Par exemple, alors que 69,0 % des hommes et 65,1 % des femmes ayant participé à l'ESCC ont déclaré que leur santé mentale était très bonne ou excellente, 56,7 % des femmes et 43,4 % des hommes la jugeaient assez bonne ou mauvaise [9]. L'ESCC révèle également que les femmes sont plus susceptibles que les hommes de souffrir de certains types précis de troubles mentaux, dont les épisodes dépressifs majeurs (62,2 % des femmes comparativement à 37,8 % des hommes), les troubles paniques (66,6 % comparativement à 33,3 %), la phobie sociale (58 % comparativement à 42 %) et l'agoraphobie⁸ (75,9 % comparativement à 24,1 %) [9].

L'ESCC a aussi révélé que les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de présenter certains types de problèmes de santé mentale⁹. Par exemple, le risque de souffrir de troubles alimentaires était plus élevé chez les femmes (84,9 % comparativement à 15,1 % chez les hommes). Toutefois, les femmes ont rapporté une moins grande dépendance à des drogues illicites (0,5 % des femmes de 15 ans et plus comparativement à 1,1 % des hommes)¹⁰ et à l'alcool (1,3 % des femmes de 15 ans et plus comparativement à 3,8 % des hommes) [9].

Parmi les participants à l'ESCC, plus de femmes que d'hommes ont dit avoir communiqué avec des services de soutien pour des problèmes liés à la santé émotionnelle ou mentale ou à l'utilisation de drogue

⁸ L'agoraphobie est définie comme étant la peur et l'évitement des lieux ou des situations d'où il pourrait être difficile de s'échapper [9].

⁹ Selon la définition qu'en donne l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, les « problèmes de santé mentale » sont les états émotionnels ou mentaux pouvant nécessiter un traitement dispensé par un professionnel de la santé mentale [9].

¹⁰ Cet écart entre les sexes demeure relativement semblable pour la population jeune (âgée de 15 à 24 ans) : 3,5 % des jeunes hommes et 1,8 % des jeunes femmes ayant répondu à l'enquête ont dit présenter une dépendance à des drogues illicites [9].

ou d'alcool, soit 65,4 % comparativement à 34,5 % [9]. Cependant, les femmes ayant participé à l'enquête étaient également plus susceptibles que les hommes de se heurter à des obstacles pour accéder aux services en santé mentale en raison de problèmes d'accessibilité tels que le coût, l'absence de moyen de transport, le fait de ne pas savoir comment ou à quel endroit demander de l'aide, ou encore pour une question de garde d'enfant ou d'horaire (66,5 % des femmes). En outre, parmi les personnes qui ont fait face à des obstacles pour accéder aux services en santé mentale pour des raisons d'acceptabilité¹¹, on comptait davantage de femmes (62,9 %) que d'hommes (37,1 %).

2.5 Identité autochtone : Premières nations, Inuites et Métisses¹²

En 2001, près d'un demi-million de femmes (3 % de la population féminine totale) déclaraient être membres des Premières nations, Inuites ou Métisses [11]. La population féminine autochtone a augmenté à 600 695 en 2006, ce qui correspond à environ 52 % de tous les Autochtones au Canada (3,7 % de la population féminine totale) [12]. Au sein de l'ensemble de la population féminine autochtone, 359 975 (59,9 %) déclaraient appartenir aux Premières nations, 196 285 (32,7 %) être Métisses et 25 460 (4,2 %) être Inuites [12].

11 Les questions liées à l'acceptabilité renvoient aux situations où les individus choisissent de se passer des soins de santé soit à cause d'un manque de temps, soit en raison de leur attitude à l'égard de la maladie, des dispensateurs de soins de santé ou du système de santé en général [9].

12 Le tableau présenté dans cette section n'est pas exhaustif en raison du nombre limité de données portant spécifiquement sur la santé des populations des Inuits et des Métis. Cette situation peut être attribuée à l'existence de limites au niveau de la collecte et de la présentation des données provinciales et territoriales sur la santé et à l'absence de collectes systématiques de données qui soient propres aux populations des Inuits et des Métis. Actuellement, les renseignements sur la santé des Inuits et des Métis proviennent en majeure partie des données du recensement, des enquêtes telles que l'Enquête auprès des peuples autochtones et des recherches universitaires. La présente section puise dans cette information lorsque cela est possible. On trouvera une analyse plus approfondie de la situation des peuples autochtones dans le document *Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Autochtones* [10].

Une comparaison des deux sexes à l'intérieur de chaque groupe fait ressortir un nombre de femmes légèrement inférieur au nombre d'hommes chez les Métis et les Inuits. Une tendance contraire à celle-ci s'observe dans la population canadienne générale, où la proportion des femmes est légèrement supérieure à celle des hommes.

La population autochtone est plus jeune que la population générale. En 2006, l'âge médian était de 27 ans chez les Autochtones, comparativement à 40 ans pour le reste de la population canadienne [12]. En outre, près d'un tiers (29,8 %) des Autochtones ont moins de 15 ans, sans égard au sexe, comparativement à 17,3 % dans la population générale. Le taux de natalité chez les Autochtones reflète cette tendance : entre 1996 et 2001, le taux de fertilité des femmes autochtones était de 2,6 enfants, comparativement à 1,5 pour le reste de la population féminine [12].

Enfin, les femmes autochtones enfantent à un âge plus jeune. D'après les données, plus d'un quart (27 %) des enfants des Premières nations hors réserve de moins de 6 ans avaient une mère âgée de 15 à 24 ans, comparativement à 8 % dans le reste de la population [13]. Les données sur les enfants métis et inuits reflètent cette tendance [14]. L'importance accordée aux familles nombreuses, le fait que les autres membres de la famille s'occupent davantage des enfants [13] et l'âge plus jeune des femmes à la conception sont autant de facteurs qui pourraient expliquer le taux de fertilité plus élevé des femmes autochtones. Toutefois, il semblerait que celles-ci soient plus susceptibles que les femmes non autochtones d'être mères monoparentales. Par exemple, les données du recensement de 2006 ont montré que 41 % des enfants autochtones vivaient avec un seul parent, comparativement à 13 % des enfants non autochtones. On observe la même tendance chez les Inuits (le quart des enfants vivaient avec un seul parent) et les Métis (31 % des enfants vivaient avec un seul parent) [15].

2.6 Population immigrante et statut de minorité visible

En 2006, la population immigrante féminine représentait 20,3 % de l'ensemble des femmes du pays [16]. De plus, au sein de la population immigrante, les femmes et les hommes sont presque également représentés, soit 47,9 % d'hommes et 52,1 % de femmes. Ces chiffres, qui font ressortir une proportion légèrement plus élevée de femmes, sont en accord avec le profil de la population générale canadienne, qui compte plus de femmes que d'hommes.

Selon les mêmes données de 2006, plus de femmes (32,4 %) que d'hommes (23,3 %) ont immigré au Canada dans la catégorie d'immigration du regroupement familial¹³, laquelle exige le parrainage d'un membre de la famille qui est soit un citoyen canadien, soit un résident permanent vivant au Canada [17]. Une ventilation de la catégorie du regroupement familial indique que 67,1 % des femmes sont arrivées au Canada à titre de conjointes ou de partenaires comparativement à 59,9 % des hommes, tandis que les autres ont immigré en tant que parents ou grands-parents [17]. En outre, si plus de la moitié de la population des femmes immigrantes (51,2 %) sont arrivées dans la catégorie de l'immigration économique¹⁴, une analyse plus détaillée révèle qu'à l'intérieur de cette catégorie, 72,7 % des femmes

ont immigré au Canada en tant que conjointes ou personnes à charge d'un demandeur principal, comparativement à 47,7 % des hommes [17]. Cette surreprésentation des femmes en tant que conjointes ou personnes à charge dans les catégories du regroupement familial et de l'immigration économique est importante parce qu'elle indique que les immigrantes sont socialement et économiquement dépendantes de leur partenaire. Or, cette dépendance sociale et économique a un lien avec la vulnérabilité au VIH étant donné qu'elle peut amener les femmes à adopter une position subalterne dans leurs relations¹⁵.

Il ressort des données des régions métropolitaines du recensement (RMR) de 2006 que 68,9 % de la population totale des femmes nées à l'étranger et arrivées au pays entre 2001 et 2006 résidaient à Toronto (40,6 %), à Montréal (14,4 %) ou à Vancouver (13,9 %) [16].

Les chiffres montrent que plus de la moitié (54,7 %) des personnes appartenant à la population immigrante féminine se considèrent comme membres d'une minorité visible, ce qui correspond à 11,1 % de la population féminine totale [20]. En 2006, parmi ces femmes qui se considéraient comme membres d'une minorité visible, 24,3 % se disaient « Chinoises », 24 % se disaient « Asiatiques du Sud » et 15,7 % s'identifiaient comme « Noires » (15,7 %) [20].

Dans le Recensement de 2006, plus de la moitié (52,2 %) des sujets de la population de race noire du Canada¹⁶ se sont identifiés comme immigrants de

13 La catégorie du « regroupement familial » comprend : « les résidents permanents d'au moins 18 ans qui sont parrainés par un citoyen canadien ou un résident permanent vivant au Canada. Les immigrants de la catégorie du regroupement familial comprennent les époux, conjoints de fait et partenaires conjugaux; les parents et grands-parents; et les autres (c.-à-d. les enfants à charge, les enfants de moins de 18 ans que le répondant a l'intention d'adopter au Canada, les frères, les sœurs, les neveux, les nièces et les petits-enfants qui sont orphelins et qui ont moins de 18 ans; ou tout autre parent, si le répondant n'a aucun des parents mentionnés ci-dessus, à l'étranger ou au Canada). Les fiancé(e)s ne font plus partie de la catégorie du regroupement familial en vertu de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* » [17].

14 Les immigrants de la composante économique sont les « résidents permanents sélectionnés en raison de leurs compétences et de leur capacité à contribuer à l'économie canadienne. Cette catégorie comprend les travailleurs qualifiés, les gens d'affaires, les candidats des provinces ou des territoires et les aides familiaux résidents » [17].

15 Cette question a fait l'objet de recherches exhaustives de la part de nombreux auteurs [18;19]. Boyd et Pikkov (2005) ajoutent que les frais de traitement pour l'entrée au Canada, que l'on trouve élevés, pourraient dissuader les femmes d'amorcer la procédure d'immigration [18].

16 Le profil démographique de la population noire est présenté parce que 92,7 % des personnes associées à la sous-catégorie épidémiologique d'exposition par transmission hétérosexuelle provenant de pays où le VIH est endémique s'identifient comme Noires.

première génération¹⁷ (50,4 % des hommes et 54,5 % des femmes). Les immigrants de race noire récents, c'est-à-dire ceux qui sont arrivés entre 2001 et 2006, représentaient 22,1 % de la population noire totale (23,5 % pour les hommes comparativement à 20,8 % pour les femmes). De plus, la cohorte des immigrants de race noire est plus âgée que celle des non-immigrants, car les statistiques indiquent que plus de la moitié des immigrants noirs sont âgés de 25 à 54 ans (58,2 % pour les femmes comparativement à 58,0 % pour les hommes), tandis qu'un cinquième d'entre eux sont âgés de plus de 55 ans (23,3 % pour les femmes comparativement à 20,7 % pour les hommes). En ce qui concerne les personnes de race noire non immigrantes au Canada, plus de la moitié ont moins de 15 ans (53,3 % pour les hommes comparativement à 55,2 % pour les femmes) et un cinquième d'entre elles est âgé de 15 à 24 ans (20,6 % pour les hommes comparativement à 21,3 % pour les femmes); par conséquent, les trois quarts des personnes de race noire non immigrantes sont âgées de moins de 25 ans, sans égard à leur sexe.

2.7 Langue et niveau de scolarité

2.7.1 Langues officielles et non officielles

En 2006, l'anglais était la langue maternelle déclarée par plus de la moitié (57,6 %) des femmes canadiennes; venaient ensuite le français (22,2 %) et les langues non officielles (20,2 %) [21]. La plupart des femmes ayant déclaré une langue non officielle comme langue maternelle disaient connaître une des deux langues officielles, trois femmes sur quatre (74,6 %) affirmaient connaître l'anglais, 11,6 %, les deux langues officielles et 4,0 %, le français [21].

Les allophones, c'est-à-dire les personnes dont la langue maternelle n'est ni l'anglais ni le français, sont

en nombre croissant au pays en raison des tendances de l'immigration, ce qui a pour conséquence de réduire la proportion des individus déclarant avoir comme langue maternelle l'anglais ou le français. Dans les données des régions métropolitaines du recensement (RMR), les personnes qui ont déclaré avoir une langue maternelle autre que l'anglais ou le français représentaient 44 % de la population totale de Toronto, 41 % de celle de Vancouver et 22 % de celle de Montréal [21].

Chez les membres des Premières nations, 7,9 % ont déclaré une langue autochtone comme langue maternelle (réponse unique). La proportion de membres des Premières nations disant avoir une langue autochtone comme langue maternelle varie énormément selon qu'ils vivent ou non dans une réserve : 66,6 % des femmes et 61,7 % des hommes des Premières nations vivant dans une réserve ont dit avoir une langue autochtone comme langue maternelle, comparativement à 38,3 % des femmes et à 33,4 % des hommes vivant à l'extérieur d'une réserve [22].

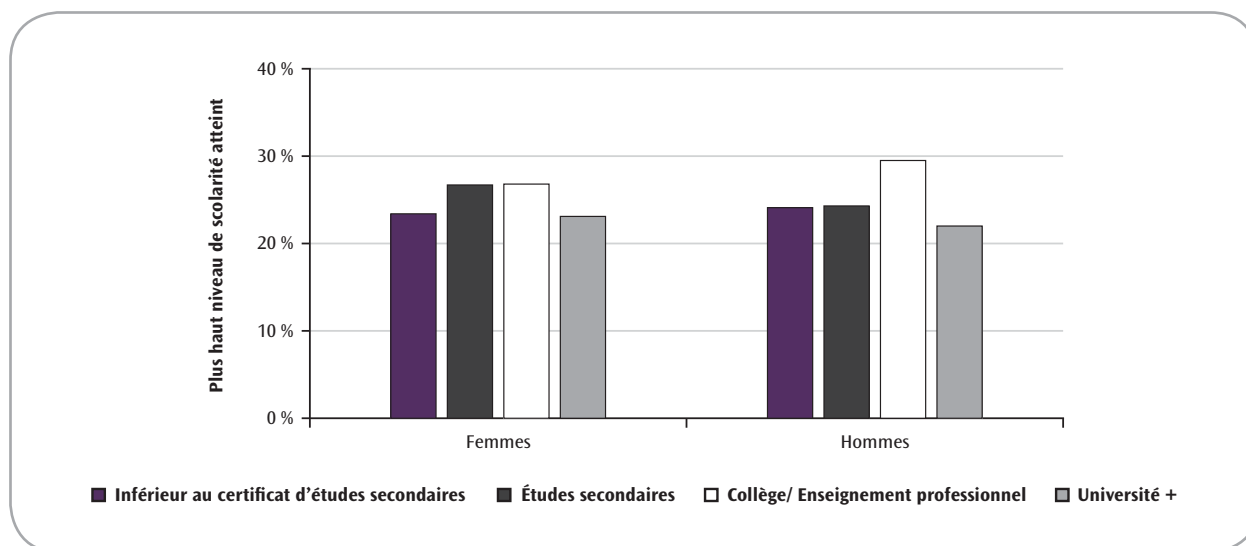
2.7.2 Niveau de scolarité

Les statistiques sur le niveau de scolarité¹⁸ des femmes et des hommes au Canada révèlent que les femmes disent détenir un diplôme d'études collégiales ou professionnelles (26,7 %) ou un diplôme d'études secondaires (26,7 %) dans une disposition identique alors qu'une portion légèrement plus élevée d'hommes déclarent avoir obtenu un diplôme d'études collégiales ou professionnelles (29,5 %) [24]. Cependant, les femmes (23,1 %) étaient légèrement plus nombreuses que les hommes (22,0 %) à déclarer avoir fait des études universitaires (figure 1).

17 Selon Statistique Canada, les immigrants de première génération comprennent « les personnes nées à l'extérieur du Canada. Il s'agit, pour la plupart, de personnes qui sont, ou qui ont déjà été, des immigrants reçus au Canada ».

18 Les différents niveaux d'instruction sont définis de la manière suivante : 1) inférieur au certificat d'études secondaires : aucun certificat ou diplôme; 2) études secondaires : certificat ou équivalent; 3) études collégiales ou professionnelles : relevé de notes, diplôme ou certificat d'apprentissage, et certificat ou diplôme d'études collégiales (d'un cégep - Collège d'enseignement général et professionnel, ou d'un autre établissement non universitaire); 4) études universitaires : certificat ou diplôme de tous niveaux (baccalauréat et cycles supérieurs) [23].

Figure 1 : Plus haut niveau de scolarité atteint, selon le sexe, au Canada



Référence : Recensement de la population de 2006, données d'un échantillon de 20 %

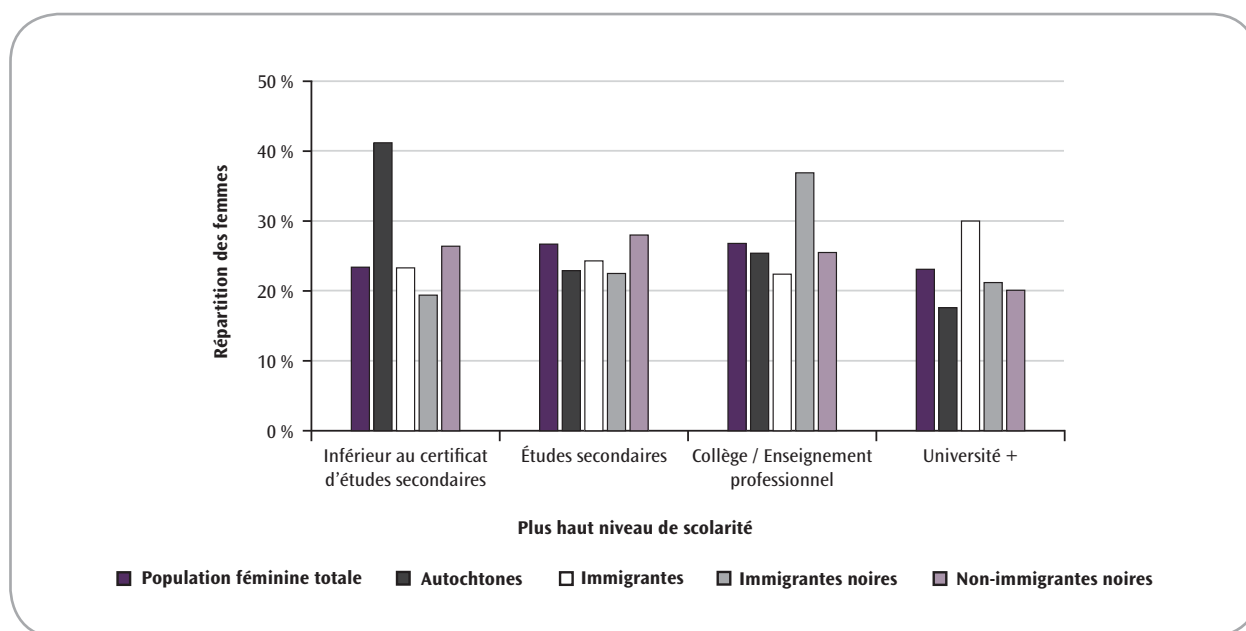
En ce qui concerne la comparaison du niveau de scolarité des femmes et des hommes par province/territoire, le Recensement de la population de 2006 révèle que le plus haut niveau de scolarité atteint par la majorité des femmes vivant dans les provinces et les territoires, sauf la Colombie-Britannique, les Territoires du Nord-Ouest, le Yukon et le Nunavut, est celui du diplôme d'études collégiales ou professionnelles. C'est au Nunavut (48,3 %) ¹⁹ à Terre-Neuve-et-Labrador (25,4 %) et dans les Territoires du Nord-Ouest (21,6 %) que l'on retrouve les proportions les plus élevées de femmes ayant un niveau de scolarité inférieur au certificat d'études secondaires. La proportion la plus élevée de femmes ayant fait des études postsecondaires, universitaires et collégiales/professionnelles combinées se retrouve au Yukon (63,7 %), et la plus faible au Nunavut (41,3 %). Terre-Neuve-et-Labrador (18,4 %) et le Nunavut (16,6 %) présentent la proportion la plus faible de femmes

ayant fait des études universitaires. C'est en Colombie-Britannique et en Ontario que l'on retrouve les populations féminines les plus instruites, avec 31,2 % et 31,1 % respectivement des femmes ayant déclaré avoir fait des études universitaires [24].

La figure 2 est un tableau croisé indiquant le niveau de scolarité pour différentes populations féminines, y compris les femmes autochtones, immigrantes et noires. Elle indique que les femmes immigrantes ont un niveau de scolarité relativement élevé. En 2006, 30,0 % des femmes immigrantes ont déclaré détenir un diplôme universitaire, comparativement à 23,1 % de la population féminine totale. Un examen plus détaillé révèle que près des deux tiers (60,5 %) des femmes immigrantes ont fait leurs études universitaires à l'extérieur du Canada [26]. En ce qui concerne la répartition des femmes immigrantes noires, il ressort des données que plus d'un tiers (36,9 %) d'entre elles avaient un diplôme d'études collégiales ou professionnelles, et que plus d'un cinquième (21,2 %) avaient un diplôme universitaire [27]. Toutefois, les femmes noires non immigrantes se sont révélées moins scolarisées que leurs consœurs immigrantes et que

19 Le fait que 51 % de l'ensemble des Inuits âgés de 25 ans et plus n'aient pas terminé leurs études secondaires explique le nombre si élevé de femmes au Nunavut sans diplôme d'études secondaires [25].

Figure 2 : Femmes des populations autochtones, immigrantes et noires de 15 ans et plus, par plus haut niveau de scolarité, Canada



Référence : Recensement de la population de 2006, données d'un échantillon de 20 %

la population féminine totale, étant donné que plus du quart (28,0 %) d'entre elles ont dit ne pas avoir de diplôme ou de certificat d'études secondaires [27]. En résumé, plus de femmes noires immigrantes ont déclaré avoir fait des études universitaires que la population féminine générale, tandis que moins de femmes noires non immigrantes ont dit avoir fait des études collégiales ou professionnelles que leurs consœurs immigrantes.

Les femmes autochtones sont moins scolarisées que la population féminine totale. En effet, 41,2 % des femmes autochtones ont déclaré un niveau inférieur au diplôme d'études secondaires (comparativement à 23,4 % de la population féminine totale) [24]. De plus, une proportion plus faible (17,6 %) de femmes autochtones ont dit avoir fait des études universitaires par rapport à la population féminine totale (23,1 %) [24]. Comparativement aux autres populations féminines identifiées lors du recensement, les femmes

autochtones sont moins nombreuses à se dire titulaires d'un diplôme d'études postsecondaires et plus nombreuses à ne pas terminer leurs études secondaires.

2.8 Activité, catégories de travailleuses et travail

2.8.1 Activité

Les femmes sont moins représentées que les hommes dans la population active. En 2006, 61,6 % des femmes de 15 ans et plus faisaient partie de la population active, comparativement à 72,3 % des hommes [27]. Ces pourcentages diminuent encore plus chez les immigrantes, où seulement 55,8 % des femmes et 69,2 % des hommes se disent membres de la population active.

On retrouve dans la population active une proportion plus élevée de femmes immigrantes noires (67,8 %) et d'hommes immigrants noirs (77,5 %) que dans la

population immigrante en général et dans la population féminine en général [27]. La même tendance est observée chez les femmes noires non immigrantes, 67,5 % d'entre elles ayant déclaré faire partie de la population active. Un examen plus détaillé des données révèle que si l'on met en corrélation les niveaux de scolarité des Canadiennes noires et leur taux de participation à la population active, les femmes noires scolarisées sont plus susceptibles de faire partie de la population active que les femmes noires moins scolarisées, qu'elles soient immigrantes ou non²⁰.

Les données sur la participation des femmes à la population active chez les personnes qui se disent Autochtones sont comparables aux taux observés dans la population générale. Les statistiques montrent que 59,2 % des femmes autochtones font partie de la population active au Canada comparativement à 61,7 % des femmes non autochtones [28]. Leur participation n'est pas influencée par leur lieu de résidence, étant donné que 60,2 % des femmes autochtones en milieu rural et 63,1 % de celles qui vivent en milieu urbain font partie de la population active²¹. Toutefois, les statistiques révèlent que moins de la moitié (48,7 %) des femmes des Premières nations vivant hors réserve participent à la population active [28]. De plus, une analyse des taux de participation des Autochtones à la population active en fonction de leur niveau de scolarité indique que plus ces femmes sont scolarisées, plus elles font partie de la population active, peu importe leur lieu de résidence. Inversement, moins les femmes autochtones sont scolarisées, moins elles sont susceptibles de faire partie de la population active.

20 Selon les données de Statistique Canada, plus de 80 % des personnes de race noire qui sont titulaires d'au moins un diplôme universitaire ont dit être sur le marché du travail, sans égard au sexe et au statut d'immigrant. De plus, 54,6 % des immigrants et 39,4 % des immigrantes parmi la population de race noire qui ont un niveau de scolarité inférieur au certificat d'études secondaires ont dit être sur le marché du travail, tandis que les membres non immigrants de la population noire étaient sur le marché du travail dans des proportions de 40 % (hommes) et de 36,7 % (femmes) [27].

21 Statistique Canada distingue trois catégories de lieu de résidence : 1- dans les réserves; 2- milieu urbain; 3- milieu rural [23].

2.8.2 Catégorie de travailleuses²²

Parmi l'ensemble de la population active féminine, 91,0 % des femmes ont dit être des travailleuses salariées, 8,4 %, des travailleuses autonomes et moins de 1 % (0,4 %), des aides familiales non rémunérées [24]. Une comparaison entre les deux sexes révèle que la catégorie des travailleurs autonomes compte pour un tiers (34,4 %) de femmes et deux tiers (65,7 %) d'hommes. Ce rapport est inversé dans la catégorie des travailleurs familiaux non rémunérés (qui comprend des personnes qui travaillent à exercer une profession ou dans une entreprise familiale ou une ferme familiale appartenant à un parent du même ménage ou exploitée par celui-ci), dans laquelle les femmes étaient plus nombreuses que les hommes à travailler sans recevoir de rémunération (68,5 % comparativement à 31,5 %) [24]. La surreprésentation féminine dans la catégorie du travail non rémunéré peut alourdir la charge de travail et augmenter le risque de dépendance financière pour les femmes. Cela est particulièrement vrai lorsque les femmes occupent également un emploi rémunéré ou participent à d'autres types de travail non rémunéré (p. ex. s'occuper de personnes âgées ou d'enfants, s'acquitter des tâches domestiques ou faire du bénévolat).

2.8.3 Travail

En 2006, dans la population totale des femmes occupant un emploi, 19,4 % travaillaient à temps partiel et 80,6 % à temps plein [24]. Toutefois, une ventilation

22 Cette variable permet de classer les personnes qui ont déclaré un emploi selon les catégories suivantes : personnes qui ont travaillé principalement pour des gages, un salaire, à commission, pour des pourboires, une rémunération à la pièce ou contre rémunération « en nature » (paiements sous forme de biens ou de services, plutôt qu'en espèces); personnes qui ont travaillé surtout à leur compte, avec ou sans aide rémunérée dans une entreprise, une ferme ou à exercer une profession, seules ou avec des associés; personnes qui ont travaillé sans rémunération à exercer une profession ou dans une entreprise ou une ferme familiale appartenant à un parent du même ménage ou exploitée par celui-ci; le travail familial non rémunéré ne comprend pas les travaux ménagers non rémunérés, les soins aux enfants non rémunérés, les soins ou l'aide non rémunérés aux personnes âgées, ni le travail bénévole [23].

par sexe de la catégorie des emplois à temps partiel révèle que les femmes sont plus nombreuses à travailler à temps partiel (70,8 %) que les hommes (29,2 %).

En ce qui a trait à la présence d'enfants à la maison en fonction de l'activité des hommes et des femmes, les données du Recensement de 2006 montrent que le taux de participation au marché du travail diffère d'un sexe à l'autre [29]. Alors que les femmes ayant des enfants à la maison ont déclaré faire partie de la population active à 72,8 %, cette proportion était de 87,5 % pour les hommes ayant des enfants à la maison [29]. En outre, les femmes ayant des enfants âgés de moins de 6 ans sont moins nombreuses à participer à la population active (70,5 %) que celles dont les enfants ont plus de 6 ans (74 %). Ces données indiquent que davantage de femmes restent à la maison pendant qu'elles sont en âge de procréer, comparativement aux années ultérieures, et se placent ainsi dans une situation de dépendance financière.

En outre, une étude approfondie des ménages où vivent des enfants de moins de 6 ans révèle que les femmes plus jeunes (15-24 ans) sont moins présentes dans la population active que celles des tranches d'âge supérieures (25-54 ans), que leur conjoint (conjoint de fait ou mari) soit présent ou non [29]. Ces statistiques sont importantes, car elles indiquent que les femmes moins âgées ayant des enfants plus jeunes, qui sont plus susceptibles d'être financièrement dépendantes, risquent davantage de connaître la pauvreté que celles appartenant aux tranches d'âge supérieures.

2.9 Revenu

En 2006, au Canada, les femmes gagnaient moins que les hommes. Le recensement révèle qu'en 2005, le revenu d'emploi moyen des femmes s'élevait²³ à

28 073 \$, comparativement à 43 869 \$ pour les hommes [24]. Il ressort des données qu'en 2005, dans la catégorie du travail à temps partiel, la rémunération moyenne des femmes s'élevait à 18 211 \$, comparativement à 27 304 \$ pour les hommes [26]. Les femmes qui travaillent à plein temps avaient également un revenu inférieur à celui des hommes. En 2005, le revenu moyen des femmes travaillant à temps plein s'élevait à 41 331 \$, comparativement à 58 537 \$ pour les hommes [24].

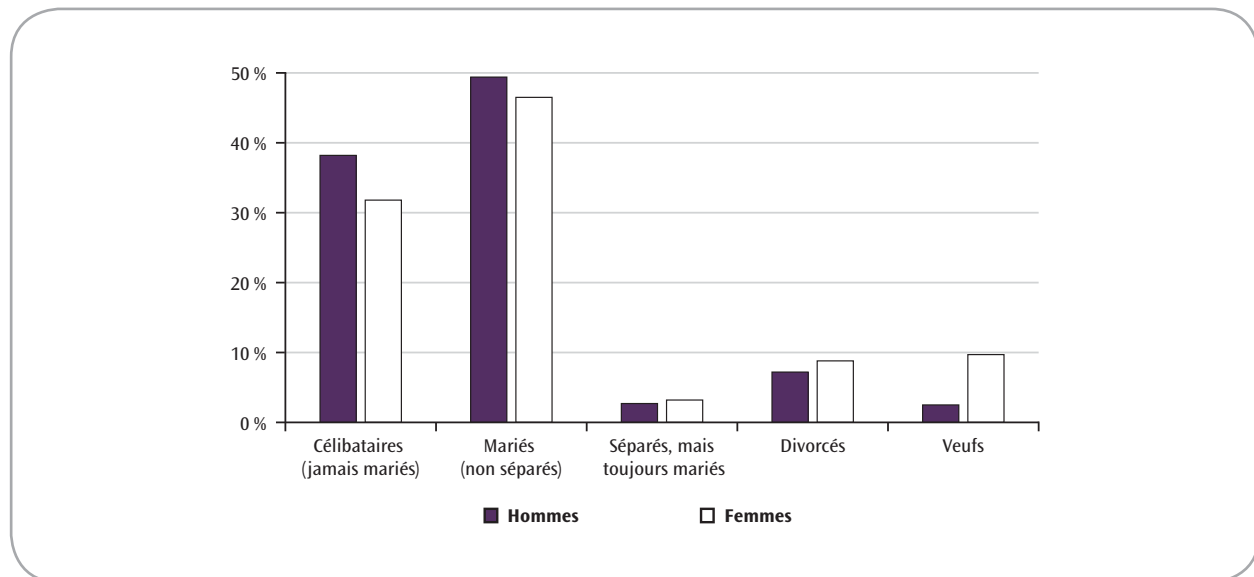
Il ressort aussi des données que les femmes appartenant à certaines catégories gagnent moins que d'autres. Par exemple, les femmes noires gagnent moins que celles appartenant à la population générale des femmes immigrantes; et les femmes autochtones gagnent moins que les femmes noires et les femmes immigrantes. Les femmes qui ont déclaré ne parler ni l'anglais, ni le français ont également un revenu d'emploi inférieur à celui des femmes appartenant à toutes les autres catégories démographiques recensées.

Au Canada, en 2006, les femmes étaient plus nombreuses que les hommes à être chefs de famille monoparentale (en 2006, 80,1 % de toutes les familles monoparentales étaient dirigées par une femme [26]). Les données sur les familles monoparentales avec enfants de moins de 18 ans révèlent que les familles monoparentales dirigées par une femme ont un revenu inférieur à celui des familles monoparentales dirigées par un homme. Ainsi, en 2006, les familles monoparentales dirigées par une femme ont déclaré un revenu de 40 536 \$, comparativement à 60 221 \$ chez les familles monoparentales dirigées par un homme [30]. En outre, 32,2 % des familles monoparentales dirigées par une femme se retrouvent dans la catégorie à faible revenu²⁴ comparativement à 16,0 % pour celles dirigées par un homme.

23 Le revenu moyen des particuliers désigne le revenu total moyen pondéré des personnes âgées de 15 ans et plus ayant un revenu pour 2005. Le revenu moyen, qui est calculé à partir de données non arrondies, est égal au quotient du revenu agrégé pondéré d'un groupe spécifique de particuliers (par exemple, les hommes de 45 à 54 ans) par le nombre de particuliers de ce groupe ayant un revenu [23].

24 On entend par seuil de faible revenu les niveaux de revenu auxquels on estime que les familles ou les personnes n'appartenant pas à une famille économique consacrent 20 % de plus que la moyenne générale de leur revenu avant impôts à la nourriture, au logement et à l'habillement [23].

Figure 3 : État matrimonial selon le sexe, Canada



Recensement de la population de 2006, 100 % des données

D'après le Congrès du travail du Canada, les femmes sont désavantagées par rapport aux hommes à l'égard des programmes de l'assurance-emploi parce qu'elles ont des régimes de travail différents au cours de leur vie [31]. Si une majorité importante de femmes occupent un emploi rémunéré, elles sont cependant nombreuses à prendre des congés prolongés pour s'occuper de leurs enfants ou d'autres personnes [31]. Elles sont également plus nombreuses que les hommes à travailler à temps partiel ou à occuper un emploi temporaire, ce qui a pour effet de réduire ou d'annuler leurs chances d'être admissibles aux prestations d'assurance-emploi. En 2006-2007, les femmes qui étaient admissibles au bénéfice des prestations d'assurance-emploi ont reçu en moyenne des prestations de 298 \$ par semaine, comparativement à 360 \$ pour les hommes [31].

2.10 Femmes lesbiennes et bisexuelles

Selon les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2003 et de 2005, on estime à 346 000 le nombre d'adultes canadiens (de 18 ans et plus) se déclarant homosexuels, lesbiennes ou bisexuels [32]²⁵. Au sein de cette cohorte, 71 000 femmes (20,5 %) se sont identifiées comme lesbiennes et 85 000 (24,6 %), comme femmes bisexuelles²⁶. De plus, comparativement aux populations de femmes hétérosexuelles et lesbiennes, les femmes bisexuelles sont plus jeunes, puisque 35,9 % d'entre elles ont entre 18 et 24 ans, par rapport à 15,4 % des hétérosexuelles et 10,5 % des lesbiennes [32].

25 Les auteurs ont combiné les données de 2003 et de 2005 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Comme d'autres études, cette enquête ne tient compte que des répondants qui ont déclaré eux-mêmes être homosexuels, lesbiennes ou bisexuels. Le nombre de personnes homosexuelles, lesbiennes ou bisexuelles pourrait être sous-déclaré; ces données comportent donc des limites inhérentes.

26 Ces chiffres sont très différents de ceux du Recensement de la population de 2006 de Statistique Canada, selon lesquels 20 605 femmes canadiennes ont déclaré appartenir à un couple de même sexe.

2.11 État matrimonial

Si l'on examine l'état matrimonial par sexe (se reporter à la figure 3, qui comprend les couples de même sexe), il ressort des données qu'en 2006, près de la moitié des membres des populations féminine (46,5 %) et masculine (49,4 %) se sont dits mariés (et non séparés), tandis que 38,2 % des femmes et 31,8 % des hommes ont dit être célibataires (jamais mariés) [24]; 7,2 % des femmes et 8,8 % des hommes ont déclaré être divorcés, 2,7 % des femmes et 3,2 % des hommes, être séparés, mais toujours mariés et 2,5 % des femmes et 9,7 % des hommes, être veufs [24].

Les données du recensement ont révélé que la proportion de familles comprenant un couple marié a connu une légère diminution, passant de 70,5 % en 2001 à 68,6 % en 2006, alors que la proportion de familles dont les chefs sont des conjoints de fait a légèrement augmenté, passant de 15,7 % en 2001 à 15,9 % en 2006 [24].

2.12 Femmes travaillant dans l'industrie du sexe

Il est difficile d'établir le nombre de femmes travaillant dans l'industrie du sexe, car on ne compile pas de statistiques à ce sujet. De nombreuses études ont été entreprises pour dénombrer cette population, mais on ne dispose pas de chiffres officiels. La législation criminelle et la réglementation municipale canadiennes ont des répercussions sur les conditions de travail des travailleuses du sexe et étant donné que les lois relatives à l'industrie du sexe limitent les choix de ces femmes en ce qui a trait à leur travail, cela les oblige à exercer leur métier de manière clandestine [33-36]. Ainsi, il est difficile d'établir de manière satisfaisante le nombre exact de femmes travaillant dans l'industrie du sexe.

La difficulté de l'estimation du nombre de travailleuses du sexe s'est également attribuable à la complexité de cette population. Ainsi, l'organisation du « projet Vénus », un programme d'intervention pour les travailleuses du sexe à Laval (Québec), inclut dans sa

définition de la travailleuse du sexe toute personne qui gagne sa vie en offrant des services sexuels tels que la prostitution de rue, les services d'escorte, la danse exotique ou érotique ou d'autres types de services [37]. Les services sexuels peuvent prendre de nombreuses formes, et on peut en élargir la définition pour inclure les rapports sexuels en échange d'argent, de nourriture, d'alcool et de drogues [38-40].

Dans le présent rapport, qui a trait exclusivement aux femmes impliquées dans le travail du sexe, le travail du sexe est défini comme étant toute transaction faisant intervenir de l'argent, des biens ou des faveurs (y compris un loyer ou une protection) en échange de services sexuels, de manière régulière ou occasionnelle, formelle ou informelle, même si les individus en cause ne considèrent pas la transaction comme relevant du travail du sexe. Le travail du sexe englobe un large éventail d'activités telles que la danse exotique ou érotique, le téléphone érotique, les relations érotiques et la pornographie par webcam, qui joue un rôle dans un film pornographique le racolage, les services d'escorte, les massages érotiques et la prostitution. Les femmes travaillant dans l'industrie du sexe peuvent le faire dans des cadres structurés tels que les maisons closes, les boîtes de nuit et les salons de massage ou encore, de manière non structurée, dans la rue. Si certaines femmes choisissent volontairement de gagner leur vie en travaillant dans l'industrie du sexe, il s'agit pour d'autres d'un moyen de survie.

Un des facteurs limitants du présent rapport est que les articles publiés dans des revues à comité de lecture ont tendance à mettre l'accent sur les travailleuses du sexe exerçant leur métier dans la rue ou pour survivre et rapportent des observations propres à une région. Par conséquent, dans le présent rapport, on décrira les travailleuses du sexe en rappelant que les résultats de la recherche dans ce domaine ne sont pas généralisables aux différents types de travail du sexe dans les différentes régions du Canada. Comme l'ont expliqué Shannon et ses collaborateurs [40], « le travail du sexe est une stratégie économique rationnelle que les femmes adoptent pour subvenir à leurs besoins

fondamentaux dans un contexte d'importantes iniquités sociales et structurelles ». De nombreux facteurs sociaux et économiques liés à l'industrie du sexe contribuent à ces iniquités et exposent les travailleuses du sexe à un risque accru d'infection par le VIH.

2.13 Usage de substances

L'usage de substances désigne la consommation de différentes substances tant autorisées que prohibées par la loi, dont le tabac, l'alcool, les drogues illicites (injectables ou non) et les solvants volatils²⁷. L'usage régulier de telles substances crée une dépendance avec le temps et nuit à ceux qui les consomment de manière répétée [41;42].

L'Enquête sur les toxicomanies au Canada (2004), une étude s'appuyant sur des données autodéclarées, indique que « l'usage au cours de la vie de substances inhalées, d'héroïne, de stéroïdes et de drogues injectables [concerne] seulement 1 % ou moins de la population » [43]. L'enquête établit également que l'usage de drogues par injection varie de 1,1 % à 2,2 % chez les hommes et de 0,4 % à 0,8 % chez les femmes. D'après les résultats de cette enquête, les femmes sont moins nombreuses que les hommes à déclarer faire usage de drogues injectables, de substances hallucinogènes, de cocaïne, d'amphétamines (speed) et d'ecstasy, et à déclarer avoir fait usage au cours de leur vie de l'une ou l'autre de ces drogues.

27 Un solvant volatil est une substance chimique à l'état liquide ou semi-solide qui a la propriété de dissoudre d'autres substances. Appartiennent à cette catégorie les diluants pour peinture, la colle, l'essence, la peinture, le liquide correcteur et les marqueurs à pointe de feutre, qui sont autant de produits dont la consommation peut créer une dépendance [se reporter à www.ccsa.ca [41]].

2.14 Femmes incarcérées : mises en détention après condamnation et détention préventive

Au Canada, une personne accusée d'un crime peut être placée en détention provisoire avant l'instruction de sa cause par le tribunal pour diverses raisons : si elle risque de ne pas se présenter à la date fixée pour sa comparution; si on estime qu'elle constitue un danger pour elle-même ou pour d'autres; ou si la détention est nécessaire pour maintenir la confiance dans l'administration de la justice (par exemple, si la personne accusée risque de récidiver) [44]. Le nombre de détentions provisoires est en hausse dans plusieurs provinces et territoires au Canada²⁸. Si les femmes sont moins nombreuses que les hommes à être admises en détention provisoire, les statistiques révèlent cependant que leur proportion a augmenté, passant de 10 % (11 494) à 12 % (15 640) entre 2001-2002 et 2006-2007 [45]. Les établissements correctionnels provinciaux et territoriaux hébergent des individus qui purgent une peine de moins de deux ans. En 2006-2007, les femmes représentaient 11 % du nombre total d'adultes mis en détention après condamnation dans un établissement provincial ou territorial [45].

Le Service correctionnel du Canada (CSC) indique qu'en 2006, 401 femmes (44 %) étaient incarcérées dans un établissement fédéral et 508 (56 %) étaient en liberté sous condition (n = 909) [46]. Les femmes incarcérées dans un établissement fédéral et celles qui étaient en liberté sous condition étaient plus jeunes que la population féminine générale [46;47]. Les femmes autochtones étaient surreprésentées dans le système correctionnel fédéral, où elles constituaient 31 % de la population incarcérée féminine, alors que, selon les données du Recensement de 2006, les Autochtones ne représentaient que 3,7 % de la population féminine totale du Canada. Les femmes noires étaient également surreprésentées dans le système fédéral (où elles

28 Ces statistiques excluent l'Île-du-Prince-Édouard, l'Alberta et le Nunavut, car les données sont incomplètes pour ces régions [44].

constituaient 5 % de la population incarcérée féminine, alors que, selon les données du Recensement de 2006, les femmes noires ne représentaient que 2,3 % de la population féminine totale du Canada). En 2006, les femmes blanches représentaient 57 % des femmes incarcérées dans un établissement fédéral.

En 2006, plus de la moitié (55 %) des femmes incarcérées dans un établissement fédéral purgeaient une peine pour avoir commis une infraction avec violence, tandis que pour 25 %, il s'agissait d'une infraction liée à la drogue (p. ex. possession de drogue) [47].

2.15 Femmes itinérantes et femmes dont l'habitat est précaire

Les Nations Unies utilisent les termes « itinérance » et « situation précaire de logement » pour décrire certaines conditions de vie. Le premier terme est absolu, désigne les situations où l'instabilité du logement est visible et est utilisé pour décrire les personnes qui vivent « dans la rue », sans disposer d'abri physique qui leur soit propre [48]. Le deuxième terme est relatif, désigne des situations précaires de logement occultées et est utilisé pour décrire les personnes vivant dans des endroits qui ne satisfont pas aux normes minimales (celles-ci comprennent l'accès à de l'eau potable et à des installations sanitaires, la sécurité, l'abordabilité, l'emploi, l'éducation et les soins de santé) [48]. Les personnes en situation précaire de logement comprennent celles qui vivent dans des véhicules, qui trouvent temporairement refuge dans des sous-sols d'église ou des immeubles désaffectés ou qui dorment sur le canapé d'une autre personne (« hospitalité temporaire »). On retrouve dans cette catégorie des personnes âgées ayant un revenu fixe et des adultes ayant un emploi à plein temps.

Selon la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL), il y avait près de 12 millions de ménages au Canada en 2006 [49]. De ce total, 1,5 million (ou 12,5 %) de ménages éprouvaient des besoins impérieux en matière de logement, entre autres sur le plan de l'abordabilité, de la taille et de la qualité. Cette

donnée est importante parce que les occupants de tels ménages sont à risque d'itinérance²⁹. En 2001, 12,7 % des femmes canadiennes vivaient dans des ménages éprouvant des besoins impérieux en matière de logement, comparativement à 10,3 % des hommes canadiens [50]. L'incidence la plus élevée des besoins impérieux en matière de logement dans la population féminine a été observée dans les régions du Nord, dont le Nunavut (46,6 %), les Territoires du Nord-Ouest (17,8 %) et le Yukon (17,8 %), ainsi que dans les centres urbains tels que Toronto (18,3 %), Vancouver (15,9 %) et Ottawa (14,7 %).

La recherche effectuée par la SCHL indique que l'incidence la plus élevée des besoins impérieux en matière de logement était observée chez les femmes vivant seules (28,3 %) et chez celles à la tête d'une famille monoparentale (31 %) [50]. Chez celles vivant seules, un tiers (33,3 %) des femmes âgées de plus de 65 ans et 39,4 % des femmes autochtones éprouvaient des besoins impérieux en matière de logement [50]. De surcroît, une comparaison des femmes autochtones et non autochtones à la tête d'une famille monoparentale fait ressortir une incidence des besoins impérieux en matière de logement plus élevée chez les Autochtones (50,9 %) que chez les non-Autochtones (29,9 %). L'étude révèle également que les ménages dirigés par une femme ont un revenu inférieur et consacrent une fraction plus élevée de leur revenu à leurs frais de logement. Par conséquent, les femmes vivant dans des ménages dirigés par une femme, en particulier une

29 Michael Shapcott, directeur de l'engagement communautaire au Wellesley Institute, soutient qu'il n'existe aucune donnée fiable sur l'itinérance, que ce soit pour Toronto ou ailleurs. Lorsqu'il existe des données, celles-ci comportent généralement des erreurs et sous-estiment le nombre réel de personnes sans abri. Selon lui, il est préférable de mesurer l'instabilité du logement par l'évaluation des « besoins impérieux en matière de logement ». Les statistiques à ce sujet se trouvent sur le site Web de la SCHL (http://data.beyond2020.com/cmhc/HiCOMain_FR.html).

Le Wellesley Institute est un institut de recherche et d'élaboration de politiques indépendant et sans but lucratif dont l'objectif est de promouvoir l'équité en matière de santé par des recherches au niveau de la communauté, l'engagement communautaire, l'innovation sociale et l'élaboration de politiques (source : www.wellesleyinstitute.com).

femme autochtone ou âgée, sont exposées à un risque plus élevé d'itinérance, puisque les femmes appartenant à ces catégories sont nombreuses à éprouver des besoins impérieux en matière de logement.

La SAJR, un réseau de surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada, qui porte sur les infections transmises sexuellement, les comportements à risque et les déterminants de la santé chez les jeunes de la rue, révèle qu'entre 1999 et 2003, les jeunes filles représentaient plus d'un tiers de cette population (1999 : 38,3 %, 2001 : 43,5 %, 2003 : 37,1 %) [51]. Les données de la SAJR indiquent également que les jeunes filles étaient moins âgées que les jeunes hommes de cette population en 1999 (18,3 ans comparativement à 19,3 ans), en 2001 (18,6 ans comparativement à 19,3 ans) et en 2003 (19,0 ans comparativement à 20,1 ans) [51]. Enfin, elles révèlent que les jeunes femmes passent significativement moins de temps dans la rue que les jeunes hommes. De plus, les jeunes femmes étaient plus susceptibles que les jeunes hommes d'indiquer les mauvais traitements comme principale raison de leur départ de la maison. Les données de la SAJR montrent également que la principale source de revenu des jeunes de la rue varie selon le sexe : plus de femmes que d'hommes disent recevoir de l'aide sociale et moins de femmes que d'hommes déclarent occuper un emploi régulier ou occasionnel. En ce qui concerne l'origine ethnique, les données de la SAJR indiquent qu'un tiers des jeunes de la rue sont d'origine autochtone et que moins des deux tiers sont d'origine non autochtone.

2.16 Références

[1] Statistique Canada. Certaines tendances relatives aux données pour Canada, recensements de 1996, 2001 et 2006. 2008 [consulté déc. 2010]. Disponible : <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/dp-pd/92-596/P1-2.cfm?Lang=fra&T=PR&PRCODE=01&GEOCODE=01&GEOVL=PR&TID=0>

[2] Statistique Canada. Groupes d'âge et sexe pour la population, pour le Canada, les provinces, les territoires, les régions métropolitaines de recensement et les agglomérations de recensement, recensement de 2006 - Données intégrales (100 %) (Composante du produit n° 97-551-XCB2006012). 2008 [consulté déc. 2010]. Disponible : <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/dp-pd/tbt/Rp-fra.cfm?TABID=1&LANG=F&A=R&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=01&GID=837928&GK=1&GRP=1&O=D&PID=88991&PRID=0&PTYPE=88971,97154&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2006&THEME=66&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=&D1=0&D2=0&D3=0&D4=0&D5=0&D6=0>

[3] DesMeules M, Turner L, Cho R. Morbidité et invalidité chez les femmes. Ottawa: l'Institut canadien d'information sur la santé; 2003. Rapport de surveillance de la santé des femmes.

[4] Spitzer DL. Engendering health disparities. *Can J Public Health*. 2005 mar; 96 (Supp 2): S78-S96.

[5] Wilkinson R, Marmot M. Les déterminants sociaux de la santé: les faits. 2^{ème} éd. Genève: Organisation mondiale de la santé. 2003.

[6] Gushulak BD. Healthier on arrival? Further insight into the «healthy immigrant effect». *CMAJ*. 2010; 176 (10).

[7] Lou Y, Beaujot R. What happens to the 'healthy immigrant effect': The mental health of immigrants to Canada Discussion Paper no. 05-15. 2005 [consulté déc. 2010]. Disponible : <http://sociology.uwo.ca/popstudies/dp/dp05-15.pdf>

[8] Organisation mondiale de la santé. WHO case definitions of HIV for surveillance and revised clinical staging and immunological classification of HIV-related disease in adults and children. Genève: Organisation mondiale de la santé. 2007.

[9] Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : santé mentale et bien-être (Composante du produit n° 82-617-XIF). 2002. [consulté déc. 2010]. Disponible : <http://www.statcan.gc.ca/bsolc/olc-cel/olc-cel?catno=82-617-X&lang=fra>

[10] Agence de la santé publique du Canada. Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Autochtones. Ottawa : Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada. 2010.

[11] Statistique Canada. Femmes au Canada : rapport statistique fondé sur le sexe (Composante du produit n° 89-503-XIF). 5^{ième} éd. 2006 [consulté jan. 2011]. Disponible : <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-503-x/89-503-x2005001-fra.pdf>

[12] Statistique Canada. Peuples autochtones du Canada en 2006 : Inuits, Métis et Premières nations, recensement de 2006 (Composante du produit n° 97-558-XIF). 2008 [consulté jan. 2011]. Disponible : <http://www12.statcan.gc.ca/francais/census06/analysis/aboriginal/pdf/97-558-XIF2006001.pdf>

[13] Statistique Canada. Enfants de moins de six ans des Premières nations vivant hors réserve (Composante du produit n° 89-634-X 2008003). 2008 [consulté jan. 2011]. Disponible : <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-634-x/89-634-x2008003-fra.pdf>

[14] Statistique Canada. Enquête sur les enfants autochtones : famille, collectivité et garde des enfants. Le Quotidien, le mercredi 29 octobre 2008. 2008 [consulté jan. 2011]. Disponible : <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/081029/dq081029a-fra.htm>

[15] Statistique Canada. Peuples autochtones, recensement 2006 (Composante du produit n° 97-558-XWF). 2008 [consulté jan. 2011]. Disponible : <http://www.statcan.gc.ca/bsolc/olc-cel/olc-cel?catno=97-558-XWF&lang=fra>

[16] Statistique Canada. Lieu de naissance, période d'immigration, sexe et groupes d'âge pour la population des immigrants, pour le Canada, les provinces, les territoires, les divisions de recensement et les subdivisions de recensement, recensement de 2006 - Données-échantillon (20 %) (Composante du produit n° 97-557-XCB2006020). 2008 [consulté jan. 2011]. Disponible : <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/dp-pd/tbt/Rp-fra.cfm?TABID=1&LANG=F&A=R&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=01&GID=771240&GK=1&GRP=1&O=D&PID=89448&PRID=0&PTYPE=88971,97154&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2006&THEME=72&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=&D1=0&D2=0&D3=0&D4=0&D5=0&D6=0>

[17] Citoyenneté et Immigration Canada. Faits et chiffres 2010 : aperçu de l'immigration – Résidents permanents et temporaires. Ottawa: Direction générale de la recherche et de l'évaluation, Citoyenneté et Immigration Canada. 2007.

[18] Boyd M, Pikkov D. Gendering migration, livelihood and entitlements: Migrant women in Canada and the United States, Paper no.6. Genève: Institut de recherche des Nations Unies pour le développement social. 2005.

[19] Oxman-Martinez J, Hanley J, Lach L, Khanlou N, Weerasingue S, Agnew V. Intersection of Canadian policy parameters affecting women with precarious immigration status: A baseline for understanding barriers to health. J Immigr Health. 2005; 7 (4): 247-58.

[20] Statistique Canada. Groupes de minorités visibles, statut d'immigrant et période d'immigration, groupes d'âge et sexe pour la population, pour le Canada, les provinces, les territoires, les régions métropolitaines de recensement et les agglomérations de recensement, recensement de 2006 - Données-échantillon (20 %) (Composante du produit n° 97-562-XCB2006011). 2008 [consulté jan. 2011]. Disponible : <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/dp-pd/tbt/Rp-fra.cfm?TABID=1&LANG=F&A=R&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=01&GID=837928&GK=1&GRP=1&O=D&PID=92338&PRID=0&PTYPE=88971,97154&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2006&THEME=80&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=&D1=0&D2=0&D3=0&D4=0&D5=0&D6=0>

[21] Statistique Canada. Langue maternelle détaillée, connaissance des langues officielles, groupes d'âge et sexe pour la population, pour le Canada, les provinces, les territoires, les régions métropolitaines de recensement et les agglomérations de recensement, recensements de 2001 et 2006 - Données-échantillon (20 %) (Composante du produit n° 97-555-XCB2006015). 2008 [consulté jan. 2011]. Disponible : <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/dp-pd/tbt/Rp-fra.cfm?TABID=1&LANG=F&A=R&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=01&GID=837928&GK=1&GRP=1&O=D&PID=89201&PRID=0&PTYPE=88971,97154&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2006&THEME=70&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=&D1=0&D2=0&D3=0&D4=0&D5=0&D6=0>

[22] Statistique Canada. Certaines caractéristiques linguistiques, identité autochtone, groupes d'âge, sexe et région de résidence pour la population, pour le Canada, les provinces et les territoires, recensement de 2006 - Données-échantillon (20 %) (Composante du produit n° 97-558-XCB2006015). 2008 [consulté jan. 2011]. Disponible : <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/dp-pd/tbt/Rp-fra.cfm?TABID=1&LANG=F&A=R&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=01&GID=614135&GK=1&GRP=1&O=D&PID=89149&PRID=0&PTYPE=88971,97154&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2006&THEME=73&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=&D1=0&D2=0&D3=0&D4=0&D5=0&D6=0>

[23] Statistique Canada. Dictionnaire du Recensement de 2006 (Composante du produit n° 92-566-X). 2008 [consulté déc. 2010]. Disponible : <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/ref/dict/pdf/92-566-fra.pdf>

[24] Statistique Canada. Groupes de population, groupes d'âge, sexe et certaines caractéristiques démographiques, culturelles, de la population active, de la scolarité et du revenu, pour la population totale, pour le Canada, les provinces, les territoires, les régions métropolitaines de recensement et les agglomérations de recensement, recensement de 2006 - Données-échantillon (20 %) (Composante du produit n° 97-564-XCB2006009). 2008 [consulté déc. 2010]. Disponible : <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/dp-pd/tbt/Rp-fra.cfm?TABID=1&LANG=F&A=R&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=01&GID=837928&GK=1&GRP=1&O=D&PID=97615&PRID=0&PTYPE=88971,97154&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2006&THEME=80&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=&D1=0&D2=0&D3=0&D4=0&D5=0&D6=0>

[25] Statistique Canada. Portrait de la scolarité au Canada, recensement de 2006 (Composante du produit n° 97-560-X). 2008 [consulté déc. 2010]. Disponible : <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/as-sa/97-560/pdf/97-560-XIF2006001.pdf>

[26] Statistique Canada. Statut d'immigrant et période d'immigration, activité, plus haut certificat, diplôme ou grade, lieu des études, groupes d'âge et sexe pour la population de 15 ans et plus, pour le Canada, les provinces, les territoires, les régions métropolitaines de recensement et les agglomérations de recensement, recensement de 2006 - Données-échantillon (20 %) (Composante du produit n° 97-560-XCB2006025). 2008 [consulté déc. 2010]. Disponible : <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/dp-pd/tbt/Rp-fra.cfm?TABID=1&LANG=F&A=R&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=01&GID=837928&GK=1&GRP=1&O=D&PID=93716&PRID=0&PTYPE=88971,97154&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2006&THEME=75&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=&D1=0&D2=0&D3=0&D4=0&D5=0&D6=0>

[27] Statistique Canada. Activité, groupes de minorités visibles, statut d'immigrant et période d'immigration, plus haut certificat, diplôme ou grade, groupes d'âge et sexe pour la population de 15 ans et plus, pour le Canada, les provinces, les territoires, les régions métropolitaines de recensement et les agglomérations de recensement, recensement de 2006 - Données-échantillon (20 %) (Composante du produit n° 97-562-XCB2006017). 2008 [consulté déc. 2010]. Disponible : <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/dp-pd/tbt/Rp-fra.cfm?TABID=1&LANG=F&A=R&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=01&GID=837928&GK=1&GRP=1&O=D&PID=94183&PRID=0&PTYPE=88971,97154&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2006&THEME=80&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=&D1=0&D2=0&D3=0&D4=0&D5=0&D6=0>

[28] Statistique Canada. Activité, identité autochtone, groupes d'âge, sexe et région de résidence pour la population de 15 ans et plus, pour le Canada, les provinces et les territoires, recensements de 2001 et 2006 - Données-échantillon (20 %) (Composante du produit n° 97-559-XCB2006008). 2008 [consulté déc. 2010]. Disponible : <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/dp-pd/tbt/Rp-fra.cfm?TABID=1&LANG=F&A=R&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=01&GID=614135&GK=1&GRP=1&O=D&PID=92101&PRID=0&PTYPE=88971,97154&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2006&THEME=74&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=&D1=0&D2=0&D3=0&D4=0&D5=0&D6=0>

[29] Statistique Canada. Activité, présence d'enfants par groupes d'âge, nombre d'enfants, groupes d'âge, état matrimonial et sexe pour la population de 15 ans et plus vivant dans les ménages privés, pour le Canada, les provinces, les territoires, les régions métropolitaines de recensement et les agglomérations de recensement, recensement de 2006 - Données-échantillon (20 %) (Composante du produit n° 97-559-XCB2006016). 2008 [consulté déc. 2010]. Disponible : <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/dp-pd/tbt/Rp-fra.cfm?TABID=1&LANG=F&A=R&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=01&GID=837928&GK=1&GRP=1&O=D&PID=92109&PRID=0&PTYPE=88971,97154&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2006&THEME=74&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=&D1=0&D2=0&D3=0&D4=0&D5=0&D6=0>

[30] Statistique Canada. Tranches de revenu de la famille en dollars constants (2005), structure de la famille économique, présence et groupes d'âge des enfants et présence de gains parentaux pour les familles économiques monoparentales dans les ménages privés, pour le Canada, les provinces, les territoires, les régions métropolitaines de recensement et les agglomérations de recensement, 2000 et 2005 - Données-échantillon (20 %) (Composante du produit n° 97-563-XCB2006024). 2008. Disponible : <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/dp-pd/tbt/Rp-fra.cfm?TABID=1&LANG=F&A=R&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=01&GID=837928&GK=1&GRP=1&O=D&PID=94195&PRID=0&PTYPE=88971,97154&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2006&THEME=81&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=&D1=0&D2=0&D3=0&D4=0&D5=0&D6=0>

[31] Congrès du travail du Canada. Déclaration du Congrès du travail du Canada présentée dans le cadre de l'étude du Comité permanent de la condition féminine, de la Chambre des communes, au sujet des effets que l'actuel Régime d'assurance-emploi (AE) a sur les femmes au Canada. 2009 [consulté déc. 2010]. Disponible : <http://copeseqb.ca/modules/nouvelles/nouvelle.php?id=77&langue=fr&menu=1&sousmenu=1>

[32] Tjepkema M. Utilisation des services de santé par les gais, les lesbiennes et les bisexuels au Canada (Composante du produit n° 82-003-X). 2008 [consulté déc. 2010]. Ottawa : Statistique Canada. Disponible : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2008001/article/10532-fra.pdf>

[33] Pivot Legal Society Sex Work Subcommittee. Voices for dignity: A call to end the harms caused by Canada's sex trade laws. Vancouver, CB: Pivot Legal Society. 2005.

[34] Betteridge G, Elliott R, Klein A, Csete J. Impact of the prostitution-related provisions of the Canadian criminal code on the health and human rights of sex workers. Communication orale présentée au congrès annuel de l'Association canadienne de recherche sur le VIH ; mai 2006; Québec, Canada.

[35] British Columbia Civil Liberties Association. BCCLA updated position on sex work laws. 2005 [consulté déc. 2010]. Disponible : <http://www.bccla.org/positions/privateoff/05sex%20work.htm>

[36] Crago AL. Our lives matter: Sex workers unite for health and rights. New York: Open Society Institute. 2008.

[37] Nguyen M, Venne T, Rodrigues I, Jacques J. Why and according to what consultation profiles do female sex workers consult health care professionals? A study conducted in Laval, Québec. *Health Care Women Int.* 2008; 29 (2): 165-82.

[38] Wood E, Schachar J, Li K, Stoltz JA, Shannon K, Miller C, et al. Sex trade involvement is associated with elevated HIV incidence among injection drug users in Vancouver. *Addict Res Theory* 2007; 15 (3): 321-5.

[39] Mehrabadi A, Craib KJP, Patterson K, Adam W, Moniruzzaman A, Ward-Burkitt B, et al. The Cedar Project: A comparison of HIV-related vulnerabilities amongst young Aboriginal women surviving drug use and sex work in two Canadian cities. *Int J Drug Policy.* 2008; 19 (2): 159-68.

[40] Shannon K, Kerr T, Allinott S, Chettiar J, Shoveller J, Tyndall MW. Social and structural violence and power relations in mitigating HIV risk of drug-using women in survival sex work. *Soc Sci Med.* 2008; 66(4): 911-921.

[41] Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. FAQ sur l'abus de solvants volatils chez les jeunes. 2006 [consulté jan. 2011]. Disponible : <http://www.ccsa.ca/2006%20CCSA%20Documents/ccsa-011327-2006.pdf>

[42] Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Toxicomanie au Canada : pleins feux sur les jeunes. Ottawa: Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. 2007.

[43] Adlaf EM, Begin P, Sawka E. Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens. Ottawa: Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. 2005.

[44] Kong R, Peters V. Tendances de la détention provisoire dans les services correctionnels pour adultes et de la détermination de la peine (Composante du produit n° 85-002-X). Juristat Statistique Canada 2008; 28(9).

[45] Babooram, A. Évolution du profil des adultes placés sous garde, 2006-2007 (Composante du produit n° 85-002-X). Juristat Statistique Canada 2008; 28(10).

[46] Service correctionnel Canada. Rapport sur les progrès réalisés depuis dix ans dans le domaine des services correctionnels pour femmes, 1996-2006. Ottawa: Service correctionnel Canada. 2006.

[47] Kong R, AuCoin K. Les contrevenantes au Canada (Composante du produit n° 85-002-XIE). Juristat Statistique Canada 2008; 28(1).

[48] Novak S, Centre national d'information sur la violence dans la famille. Violence familiale et itinérance : analyse documentaire. Ottawa: Agence de la santé publique du Canada; 2008.

[49] Société canadienne d'hypothèques et de logement. Logement au Canada en ligne 1996-2006. 2006 [consulté déc. 2010]. Disponible : http://www.cmhc-schl.gc.ca/fr/inso/info/obloca/obloca_002.cfm

[50] Société canadienne d'hypothèques et de logement. Conditions de logement de la population féminine. Série sur le logement selon les données du recensement de 2001. 2008; 13.

[51] Agence de la santé publique du Canada. Les jeunes de la rue au Canada - constatations découlant de la surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada, 1999-2003. Ottawa: Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de la santé publique du Canada. 2006.

CHAPITRE 3 - Le VIH/sida chez les femmes au Canada

3.1 Information sur les données de surveillance

Le présent chapitre résume les données les plus récentes dont nous disposons sur les cas diagnostiqués d'infection à VIH et de sida chez les femmes canadiennes. On y présente également de l'information sur les rapports de tests positifs pour le VIH, les cas de sida signalés, les voies de transmission, l'âge, la grossesse et la transmission périnatale, ainsi que des données sur le VIH/sida dans des groupes précis de femmes au Canada et sur la présence concomitantes d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).

L'ASPC utilise divers types de données épidémiologiques, y compris des données de surveillance, des données de recherche et des estimations, pour surveiller les infections à VIH et les cas de sida au Canada. Il y a des avantages et des limites associés à chacun de ces types de données, mais il faut recourir à de multiples sources pour brosser un portrait complet de la situation du VIH/sida au Canada.

Les données de surveillance sont fournies volontairement à l'ASPC par les provinces et les territoires, et comprennent les résultats positifs des tests de dépistage du VIH et les cas de sida. Étant donné que le VIH et le sida sont des maladies à déclaration obligatoire dans l'ensemble des provinces et territoires du Canada, l'ASPC a élaboré des normes relatives à leur déclaration afin de faciliter le partage des données à l'échelon national. Bien que les données fournies au sujet de chacun des cas³⁰ soient minimales, la quantité de données supplémentaires varie d'une province et d'un territoire à l'autre [1]. Les données supplémentaires peuvent comprendre le pays de naissance, l'origine ethnique et la catégorie d'exposition. Les données supplémentaires sur l'origine ethnique sont importantes, car elles aident à établir les modes d'infection chez les Autochtones, les personnes

provenant de pays où le VIH est endémique³¹ et d'autres groupes ethnoculturels. Les données supplémentaires sur la catégorie d'exposition sont également importantes, car elles permettent de découvrir la voie la plus probable par laquelle une personne a pu contracter l'infection.

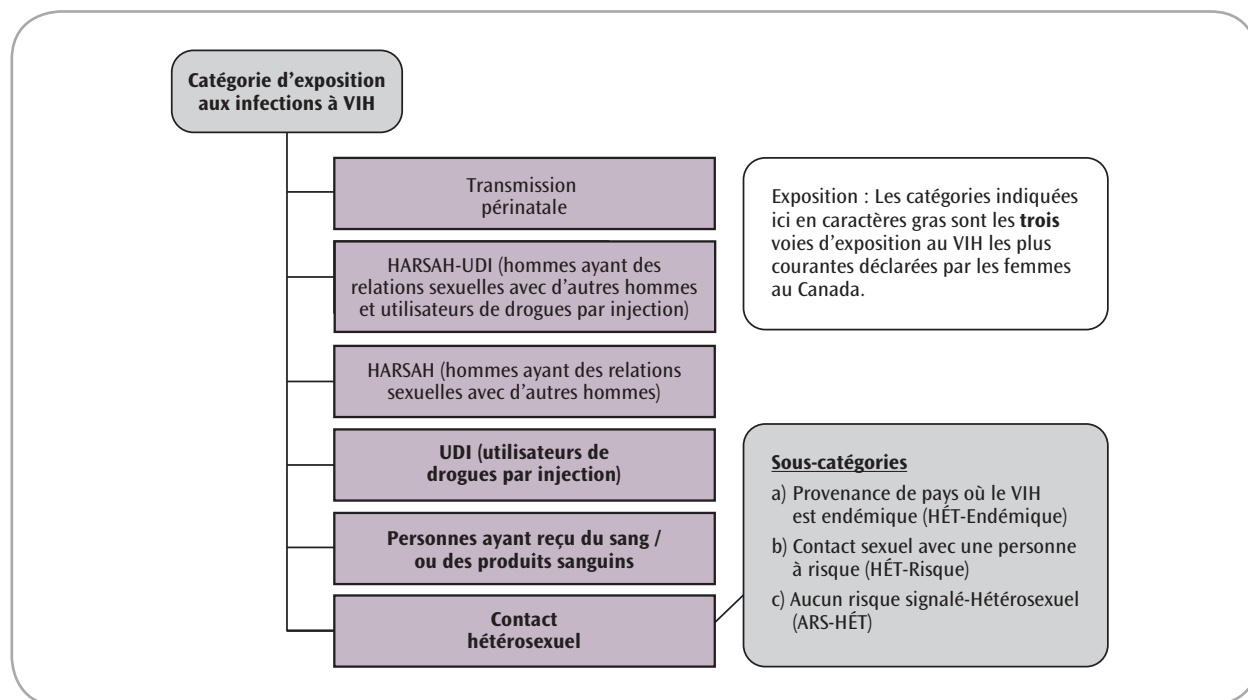
La plupart des cas du VIH et des diagnostics de sida sont associés à un ou à plusieurs facteurs de risque. Aux fins de la déclaration nationale, les cas de VIH/sida doivent être attribués qu'à une seule des catégories d'exposition recensées (présentées dans la figure 4), selon une hiérarchie préétablie des facteurs de risque. La figure 4 présente une liste des six principales catégories d'exposition selon cette hiérarchie, qui sont les suivantes : 1) Transmission périnatale; 2) HARSAH-UDI : hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et qui sont également des utilisateurs de drogues par injection; 3) HARSAH : hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes; 4) UDI : utilisateurs de drogues par injection; 5) Sang/produits sanguins : personnes ayant reçu du sang ou des facteurs de coagulation; 6) Contact hétérosexuel (incluant les sous-catégories « Provenance d'un pays où le VIH est endémique », « Contact sexuel avec une personne à risque » et « Aucun risque signalé-hétérosexuel »). Les catégories d'exposition restantes sont Exposition professionnelle, Autres et Aucun risque signalé (ARS).

Si plus d'un facteur de risque est déclaré, le cas est classé dans la catégorie d'exposition apparaissant en premier (ou dont le rang est le plus élevé) dans cette

31 Selon la définition établie par l'ASPC, un pays où le VIH est endémique est un pays dont la prévalence du VIH est de 1,0 % ou plus chez les adultes (âgés de 15 à 49 ans) et qui remplit l'une ou l'autre des conditions suivantes : la moitié (50 %) ou plus des cas sont attribués à une transmission hétérosexuelle; ou, un ratio entre hommes et femmes de 2:1 ou moins parmi les infections prévalentes; une prévalence de VIH supérieure ou égale à 2 % chez les femmes recevant des soins prénataux. Le Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections tient à jour, aux fins de la surveillance, une liste de pays où le VIH est endémique. Pour de plus amples renseignements et la liste complète de ces pays, se reporter à l'annexe 4 du document *Le VIH et le sida au Canada : Tableaux de surveillance sélectionnés en date du 30 juin 2008* <http://origin.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/2008/pdf/survrep0608.pdf>

30 L'identité des individus ne fait pas partie de l'ensemble de base des variables transmises à l'ASPC.

Figure 4 : Catégories d'exposition aux infections à VIH



Source : [4] p. 102

Les trois catégories d'exposition suivantes, selon la hiérarchie, n'ont pas été incluses dans le schéma : Exposition professionnelle, Autres et Aucun risque signalé (ARS).

hiérarchie. À titre d'exemple, si on signale un cas pour lequel sont cités les facteurs de risque UDI et Contact hétérosexuel, ce cas sera imputé à la catégorie d'exposition UDI aux fins de la collecte de données nationales, car cette catégorie est une activité à risque qui occupe le rang le plus élevé des deux [3].

En raison des considérations énumérées ci-dessus, des retards de déclaration, de la réticence des gens à signaler les facteurs de risque et de l'absence de tests de dépistage de routine du sida dans la population générale canadienne, les données de surveillance à elles seules ne reflètent pas les nombres absolus de cas d'infection à VIH et de sida au pays à un moment donné. On a donc recours à la modélisation mathématique pour estimer ces chiffres au Canada. L'utilisation de formules statistiques faisant appel à des sources de données secondaires permet d'obtenir

des estimations du nombre de nouvelles infections (incidence³²) et du nombre de personnes vivant avec le VIH (prévalence³³). L'ASPC est chargée de communiquer au Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA)[5] les estimations canadiennes des taux nationaux d'incidence et de prévalence du VIH.

Toutes les formes disponibles et pertinentes de données, y compris les données de surveillance nationale, les estimations et les études provinciales, territoriales ou locales, seront utilisées dans ce chapitre pour présenter l'information pertinente sur le VIH/sida chez les femmes au Canada.

32 L'incidence du VIH est le nombre de nouveaux cas d'infection à VIH enregistrés à l'intérieur d'une période donnée au sein d'une population en particulier.

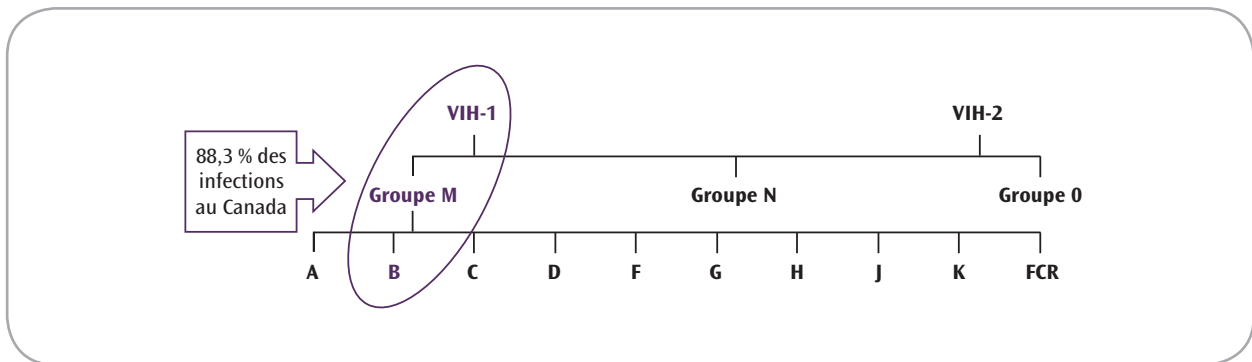
33 La prévalence du VIH est le nombre total de personnes vivant avec le VIH, y compris le sida, à un moment donné.

3.2 Souches de VIH

Le virus de l'immunodéficience humaine, appelé communément le VIH, s'attaque au système immunitaire et peut provoquer l'apparition du syndrome de l'immunodéficience acquise, appelé communément le sida. Le VIH détruit les cellules sanguines CD4, qui aident l'organisme à lutter contre la maladie.

Deux types de souches de VIH (VIH-1 et VIH-2) provoquent une maladie chez l'humain. Le type VIH-1, est responsable de la majorité des cas de VIH/sida à l'échelle mondiale. Le type VIH-2 est beaucoup plus rare, beaucoup moins meurtrier et touche actuellement surtout l'Afrique occidentale. On a découvert différents sous-types ou « clades » du type VIH-1 qui existent partout dans le monde. La souche de VIH la plus répandue au Canada est le type VIH-1, groupe M, sous-type B, qui représente 88,3 % des infections (figure 5).

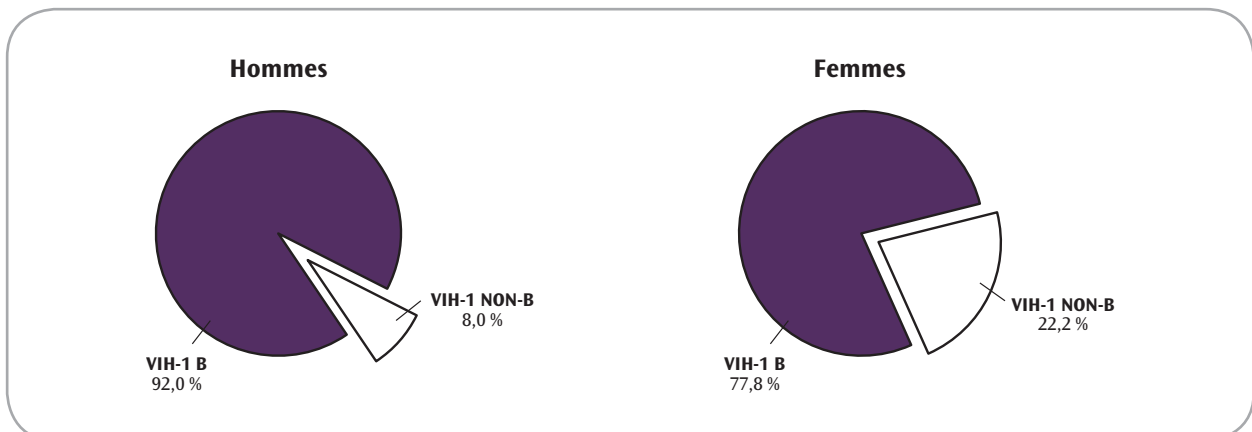
Figure 5 : Souches de VIH



Source : [1] p. 3

Légende : Groupe M = principal; Groupe N = nouveau, non-M, non-O; Groupe O = aberrant, FCR = formes circulantes recombinantes, c.-à-d. sous-type AB, BD ou AG.

Figure 6 : Nombre et répartition des sous-types du VIH-1 en fonction du sexe



Source : [1] p. 9

La répartition des souches du VIH-1 n'est pas la même chez les hommes et les femmes. La figure 6 illustre la répartition de sous-types de VIH-1 en fonction du sexe.

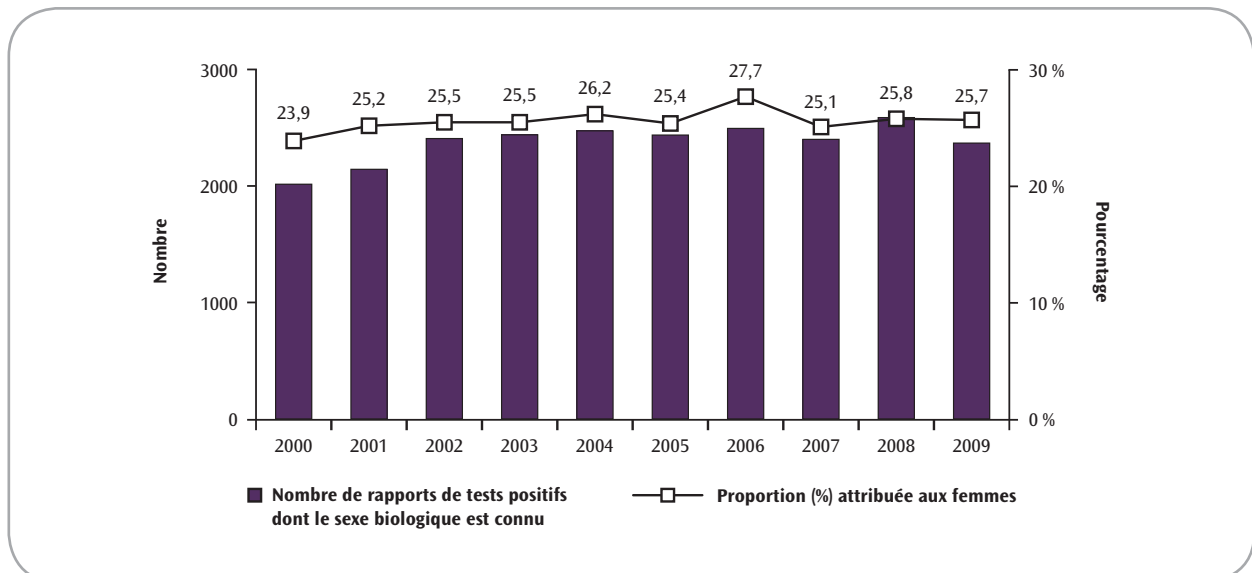
Bien qu'il n'y ait pas d'écarts importants dans les sous-types de VIH-1 entre les deux sexes, les données obtenues par les rapports de surveillance des souches du VIH-1 semblent indiquer que la prévalence des sous-types non-B est un peu plus élevée chez les personnes de sexe féminin (22,2 %) que chez les personnes de sexe masculin (8 %). La catégorie d'exposition par contact hétérosexuel est associée à des proportions plus élevées de sous-types non-B du VIH-1 (à cause de la sous-catégorie HÉT-VIH endémique). Cela n'est pas surprenant, compte tenu du pourcentage plus élevé de femmes se situant dans la catégorie d'exposition principale du contact hétérosexuel [2]. Les sous-types viraux influent grandement sur les efforts de prévention futurs, notamment la mise au point de vaccins et de microbicides, car de tels produits seront probablement actifs contre une souche spécifique [2].

3.3 Vue d'ensemble du VIH/sida chez les femmes canadiennes

Lorsque les cas d'infection à VIH et de sida ont commencé à être déclarés, la majorité des cas d'infection à VIH ont été attribués à la catégorie d'exposition des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH). Bien que la majeure proportion de nouveaux cas de VIH continuent d'être attribués à la catégorie HARSAH, le nombre de cas rapportés chez les femmes adultes a considérablement augmenté depuis le début de l'épidémie de VIH au Canada.

Les données de surveillance nous indiquent que de 1985 à 2009, 11 403 tests positifs pour le VIH au total chez les adultes (âgés de 15 ans et plus) comportant une indication du sexe biologique ont été imputés aux femmes. Cela équivaut à 17,7 % du total national cumulatif (n = 64 335) des cas adultes dont le sexe biologique est connu. En 2009 seulement, 609 rapports

Figure 7 : Nombre de rapports de tests positifs pour le VIH chez les adultes (≥ 15 ans) et proportion (%) attribuée aux femmes, 2000-2009 (N = 23 763)



Source : [6] p. 19

de tests positifs pour le VIH ont été imputés aux femmes, soit 25,7 % du total national des tests positifs avec sexe connu (n = 2 368) pour l'année en question.

Comme l'indique la figure 7, la proportion des infections à VIH attribuées aux femmes adultes est demeurée relativement stable au cours des 10 dernières années, représentant environ le quart des nouveaux cas de VIH. Par conséquent, bien que le nombre annuel de rapports de tests positifs pour le VIH chez les femmes ait affiché des fluctuations mineures au cours des dernières années, la tendance globale indique que le nombre de cas d'infection à VIH rapportés n'est pas en déclin.

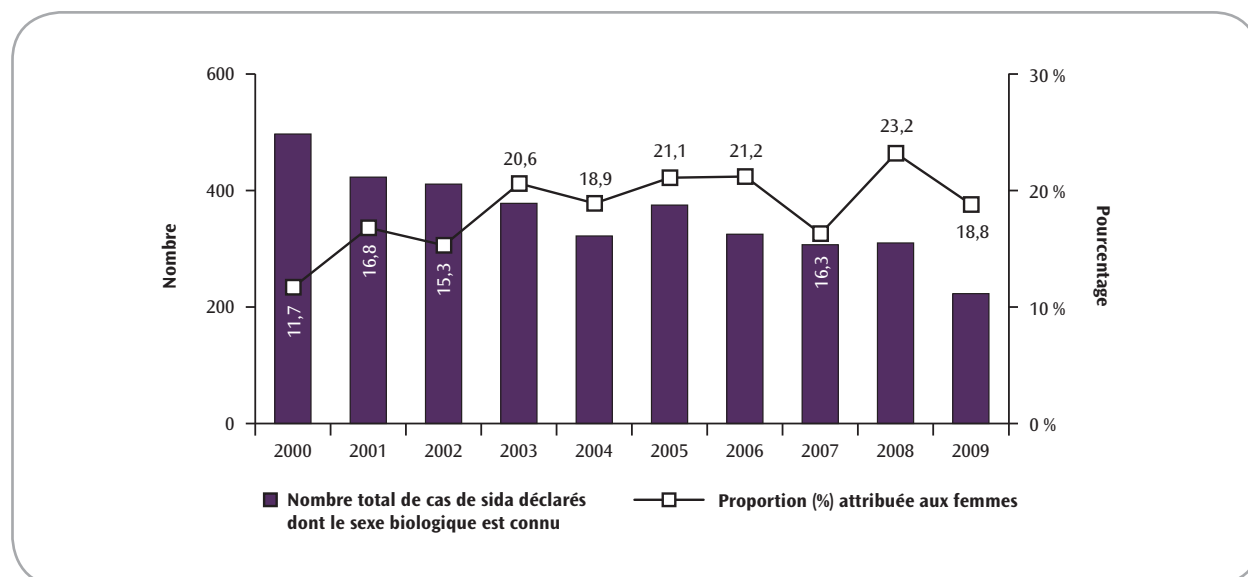
Si le nombre de nouveaux cas déclarés de sida a chuté ces dernières années, la proportion (%) des cas attribués aux femmes ne reflète pas cette tendance. Les femmes ne représentaient que 11,7 % des cas de sida déclarés en 2000, mais ce taux s'élevait à 23,2 % en 2008 (figure 8). Cumulativement, de 1979 à 2009, 2 050 femmes adultes ont été déclarées atteintes du sida, ce qui

représente 9,6 % du nombre total de cas de sida déclarés chez les adultes pour lesquels le sexe biologique est connu au Canada (n = 21 433) [6].

Compte tenu du recours accru aux antirétroviraux (ARV) pour traiter les personnes vivant avec le VIH, l'interprétation des statistiques utilisées pour décrire les cas de sida devient de plus en plus difficile. Bien qu'il semble y avoir une proportion croissante de femmes parmi les cas de sida au Canada, la prudence s'impose pour interpréter ces données, car elles ne tiennent pas compte de facteurs susceptibles de rendre les femmes vulnérables au sida, par exemple l'accès aux traitements ou l'échec de la thérapie.

D'après les estimations de la prévalence nationale du VIH, à la fin de 2008, 14 300 (12 200-16 400) femmes vivaient avec le VIH ou le sida, ce qui correspond à une augmentation de 17,2 % par rapport à l'estimation de 12 200 (10 400 - 14 000) cas d'infections par le VIH chez les femmes au Canada à la fin de 2005 [7].

Figure 8 : Nombre de cas de sida déclarés chez des adultes (≥ 15 ans) et proportion (%) attribuée aux femmes, 2000-2009 (N = 3 571)



Source : [6] p. 46

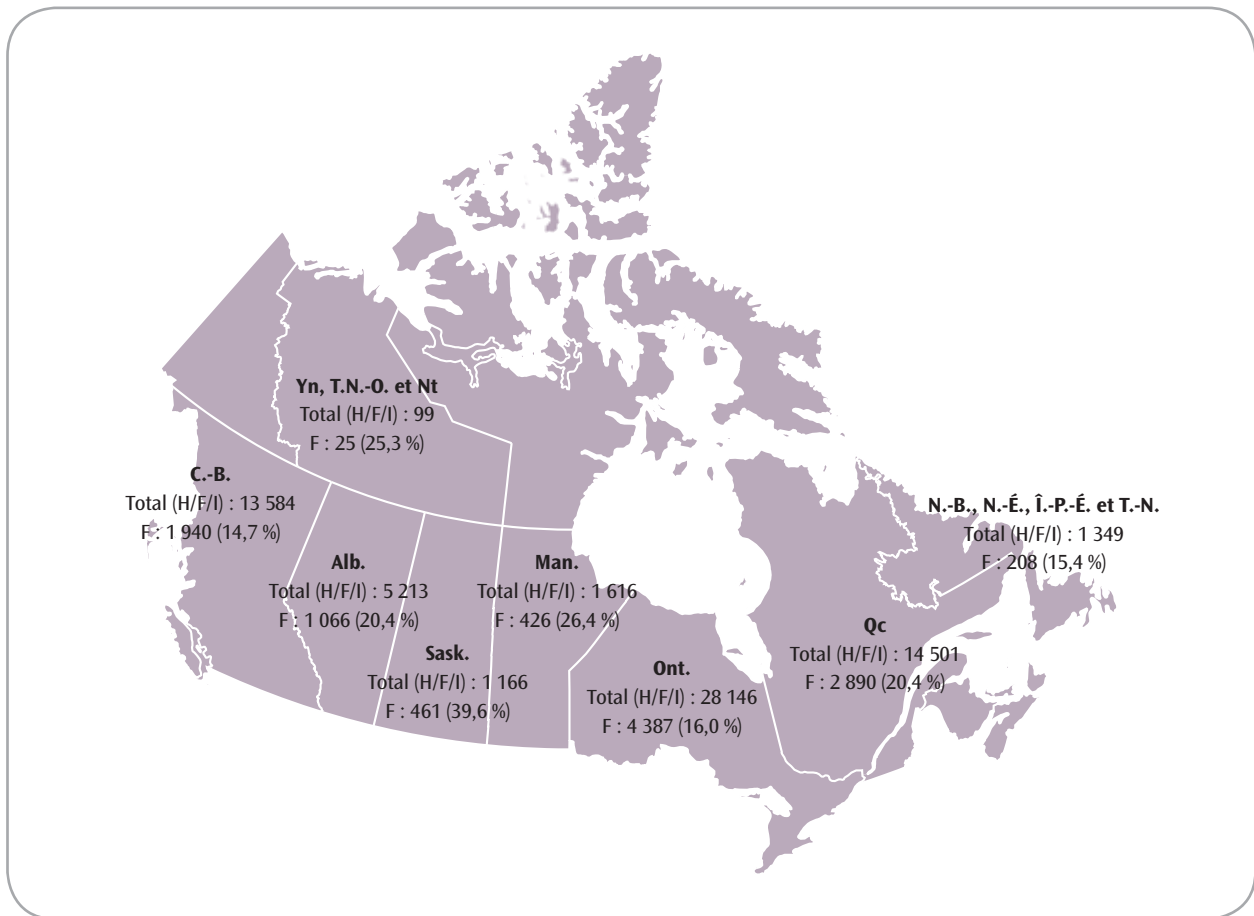
3.4 Répartition géographique

La répartition du nombre de femmes infectées par le VIH n'est pas uniforme d'une région à l'autre du Canada (voir la figure 9). C'est en Ontario que l'on enregistre le nombre le plus élevé de femmes atteintes du VIH, selon le nombre cumulatif de rapports de tests positifs pour le VIH chez les femmes, ce qui représente 38,5 % du nombre total de rapports de tests positifs pour les femmes au Canada. Viennent ensuite le Québec (25,3 %) et la Colombie-Britannique (17,0 %). Ces chiffres n'ont

rien de surprenant, puisque c'est dans ces provinces que l'on retrouve les trois principaux centres urbains du Canada (Toronto, Montréal et Vancouver).

Bien que l'on observe les nombres les plus élevés de femmes vivant avec le VIH en Ontario, au Québec et en Colombie-Britannique, les femmes qui vivent dans d'autres régions du Canada sont plus susceptibles d'être infectées. Ainsi, la Saskatchewan affiche la proportion la plus élevée de rapports de tests positifs pour le VIH chez les femmes, soit 39,6 % de tous les rapports dans cette

Figure 9 : Répartition des rapports de tests positifs de dépistage pour les deux sexes et les femmes seulement par province/territoire (données cumulatives jusqu'à décembre 2009) (N = 65 674)



Source : DSÉR, communication personnelle (2010) | Légende : H : hommes; F : femmes; I : inconnu

Nota : Les pourcentages correspondent au nombre total de cas rapportés par sexe, moins celui des rapports pour lesquels le sexe n'a pas été indiqué ou a été indiqué comme étant « transgenre ».

province. En d'autres termes, pour les rapports de cas de VIH, le ratio entre hommes et femmes approche de 1:1 en Saskatchewan. Ensuite, ce sont les femmes du Manitoba qui sont atteintes de manière disproportionnée, représentant 26,4 % des rapports de cas de VIH de la province. La moyenne combinée des trois territoires révèle que les femmes représentent 25,3 % des rapports de cas de VIH. Sur le plan géographique, c'est au Nouveau-Brunswick (13,7 %) et en Nouvelle-Écosse (13,9 %) que les femmes sont le moins représentées dans les rapports de tests positifs pour le VIH. La proportion de rapports de cas de VIH chez les femmes reflète les tendances observées dans les catégories d'exposition : la catégorie d'exposition HARSAH est celle qui est le plus souvent signalée en Colombie-Britannique et en Ontario, tandis que les catégories d'exposition UDI et Contact hétérosexuel sont celles qui sont le plus souvent mentionnées en Saskatchewan, au Manitoba et dans les territoires.

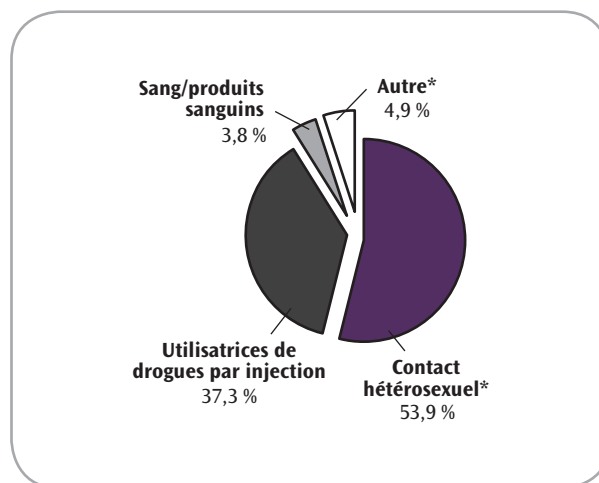
3.5 Catégories d'exposition

Comme nous l'avons mentionné précédemment, les catégories d'exposition servent à identifier la voie la plus probable de transmission de l'infection à VIH. Les deux catégories d'exposition les plus courantes pour les femmes sont le contact hétérosexuel et l'utilisation de drogues par injection (UDI). [6]. Se reporter à la figure 10.

3.5.1 Transmission hétérosexuelle

La transmission hétérosexuelle est la voie de transmission la plus courante de l'infection à VIH parmi la population féminine, comptant pour 53,9 % du nombre cumulatif d'infections à VIH (pour lesquelles la catégorie d'exposition est connue) chez les femmes adultes [6]. Pour permettre de préciser davantage les risques et les voies de transmission, les données sont recueillies et colligées à partir des trois sous-catégories suivantes : Provenant de pays où le VIH est endémique (Hét-endémique), Contact sexuel avec une personne à risque (Hét-risque), et Aucun risque signalé (ARS-Hét). Il ressort des données que la sous-catégorie d'exposition

Figure 10 : Pourcentage des test positifs au VIH chez les femmes adultes (≥ 15 ans) par catégorie d'exposition, 1985-2009 (N = 5 643)



Source : [6] p. 25

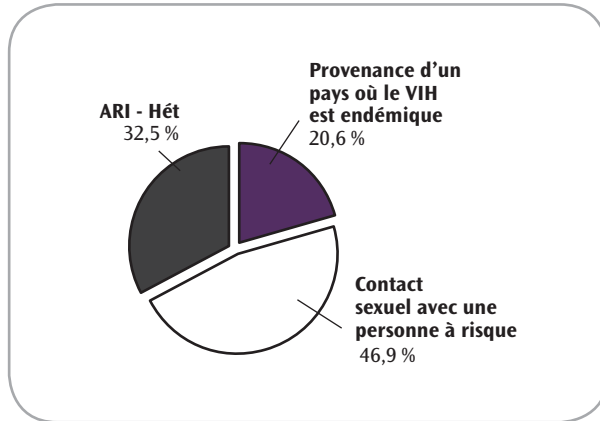
* La catégorie Contact hétérosexuel inclut les sous-catégories suivantes : a) Provenant de pays où le VIH est endémique (11,1%), b) Contact sexuel avec une personne à risque (25,3 %), et c) Aucun risque signalé (ARS) - Hétérosexuel (17,5 %). La sous-catégorie Autres inclut les rapports de tests positifs pour le VIH pour lesquels la voie de transmission est connue, mais ne peut être classée dans aucune des principales catégories susmentionnées.

hétérosexuelle la plus souvent signalée chez les femmes est le contact sexuel avec une personne à risque, avec un taux de prévalence de 46,9 % entre 1985 et 2009. Se reporter à la figure 11 pour la répartition cumulative par sous-catégorie d'exposition du contact hétérosexuel de 1985 à 2009.

a) Contact sexuel avec une personne à risque

Les femmes peuvent indiquer qu'un partenaire sexuel séropositif ou ayant des comportements à risque, par exemple l'utilisation de drogues par injection ou les relations sexuelles avec d'autres hommes, est leur voie de transmission la plus probable. Dans la catégorie d'exposition de contact hétérosexuel, la sous-catégorie « Hét-risque » a souvent représenté le nombre le plus élevé de rapports de cas de VIH chez les femmes du Canada. En 2009, le contact sexuel avec une personne

Figure 11 : Pourcentage des positifs chez les femmes attribués aux catégories d'exposition du contact hétérosexuel, 1985-2009 (N = 3 041)



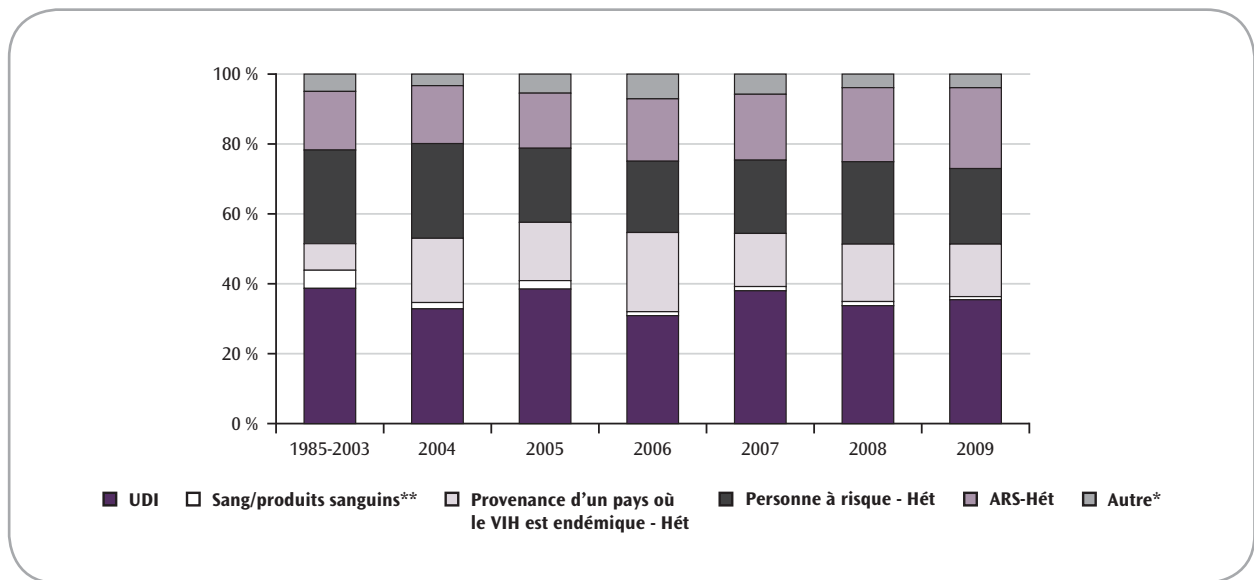
Source : [6] p. 25

à risque était responsable de 36,2 % des rapports de cas de VIH pour la catégorie d'exposition de contact hétérosexuel et de 21,6 % de toutes les infections à VIH chez les femmes pour lesquelles la catégorie d'exposition était connue [6]. Se reporter à la figure 12 pour les proportions de rapports de tests positifs de dépistage du VIH, attribuées aux six- les plus courantes- consulter SRAD catégories d'exposition les plus courantes (y compris les sous-catégories) chez les femmes par année.

b) Aucun risque signalé-Hétérosexuel (ARS-Hét)

Comme l'indiquent les figures 11 et 12, la sous-catégorie Aucun risque signalé - hétérosexuel (ARS-Hét) constitue une catégorie de risque très importante pour les femmes au Canada. Cette catégorie englobe les personnes chez qui le contact hétérosexuel est le seul facteur de risque rapporté et pour lesquelles on

Figure 12 : Pourcentage des tests positifs rapportés au VIH attribués à certaines catégories choisies d'exposition chez les femmes (≥ 15 ans), par année



Source : [6] p. 25

* La sous-catégorie Autre inclut les rapports de tests positifs pour le VIH pour lesquels la voie de transmission est connue, mais ne peut être classée dans aucune des principales catégories susmentionnées.

** La catégorie Sang/produits sanguins inclut les données regroupées des sous-catégories 1) Ayant reçu du sang et 2) Ayant reçu des facteurs de coagulation.

ne connaît rien des facteurs liés au VIH associés au partenaire sexuel ou au pays d'origine. En 2009, cette sous-catégorie d'exposition représentait 38,7 % de tous les cas de VIH attribués à la catégorie d'exposition de contact hétérosexuel chez les femmes et 23,1 % de tous les cas de chez les femmes pour lesquelles la catégorie d'exposition est connue [6].

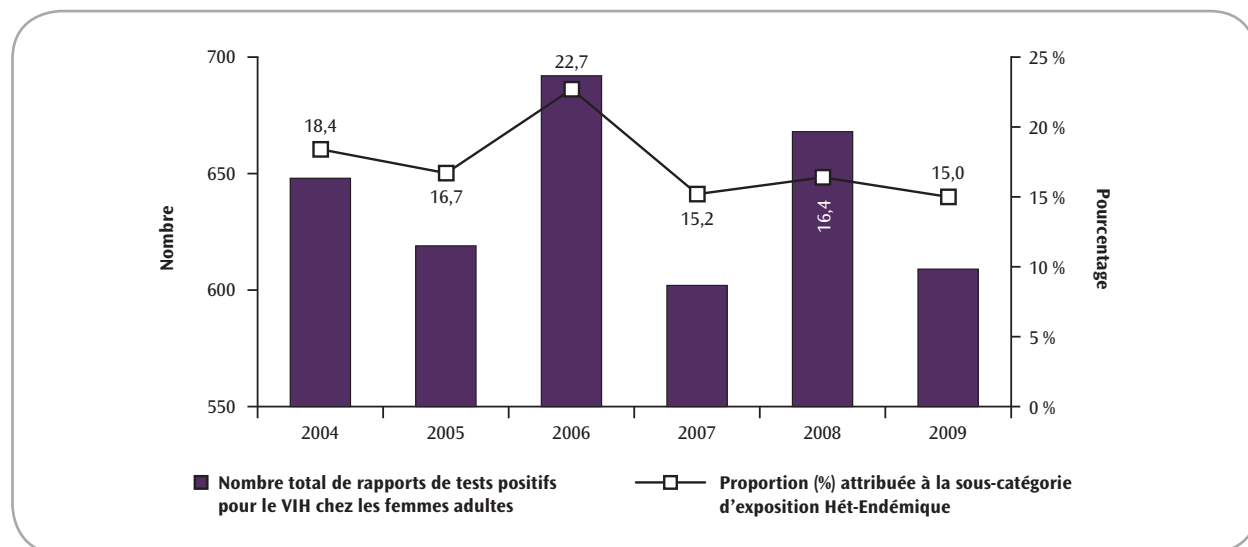
c) Provenant de pays où le VIH est endémique

Si le Canada impose un test de dépistage du VIH lors de l'examen médical réglementaire (EMR) prévu dans le cadre de la procédure d'immigration, un diagnostic de VIH n'empêche pas automatiquement un immigrant d'entrer au Canada [8]. Les résultats positifs au test de dépistage du VIH administré lors de l'EMR effectué au Canada sont déclarés aux provinces et aux territoires et sont compilés à l'échelon national comme tous les autres rapports de tests positifs pour le VIH [6]. Par conséquent, les données présentées sous la rubrique Provenant de pays où le VIH est endémique dans les rapports de surveillance regroupent les rapports de tests effectués dans le cadre des examens médicaux de routine (p. ex. test prénatal), des EMR et d'autres

sources. En raison des caractéristiques du système de déclaration, il n'est pas toujours possible de déterminer si les infections attribuées à la sous-catégorie Provenant de pays où le VIH est endémique ont été contractées dans un autre pays avant que l'immigrant n'arrive au Canada, ou après son arrivée au pays.

En 2009, la sous-catégorie d'exposition Provenant de pays où le VIH est endémique représentait 5,5 % de toutes les infections chez les adultes, 15,0 % des infections à VIH chez les femmes et 25,1 % des infections dans la catégorie d'exposition du contact hétérosexuel [6]. Les femmes provenant de pays où le VIH est endémique sont principalement exposées au VIH par le contact hétérosexuel et, de manière cumulative (de 1985 à 2009), représentent approximativement la moitié (51,8 %) des rapports de tests positifs pour le VIH attribués à la sous-catégorie d'exposition Provenant de pays où le VIH est endémique [6]. Depuis 2004, on a observé des fluctuations d'une année à l'autre de la proportion annuelle de cas attribués à cette sous-catégorie, avec un pic à 22,7 % en 2006 et un creux à 15,0% en 2009. Se reporter à la figure 13.

Figure 13 : Nombre de rapports de tests positifs pour le VIH chez les femmes adultes (≥ 15 ans) et proportion (%) attribuée à la sous-catégorie d'exposition Hét-Endémique, 2004-2009 (N = 3 838)



Source : [6] p. 25

Au Canada, la vaste majorité des individus (95,8 %) associés à la sous-catégorie d'exposition Provenant de pays où le VIH est endémique se déclarent d'origine ethnique noire [6]³⁴. Comme la surveillance du VIH et la recherche sont deux des quelques disciplines qui prévoient expressément la collecte de données sur les individus provenant de pays où le VIH est endémique, l'information sur les Canadiens noirs est utilisée, lorsqu'elle est disponible, pour aider à situer les données épidémiologiques dans le contexte canadien. Cet aspect sera approfondi dans le chapitre 4.

d) Industrie du sexe

Chez les femmes travaillant dans l'industrie du sexe, le risque de contracter ou de transmettre une infection à VIH est plus élevé. Le fait de travailler dans l'industrie du sexe n'étant pas une catégorie d'exposition au VIH dont font état les provinces ou les territoires au Canada, il n'est pas inclus à titre de catégorie d'exposition dans les rapports de surveillance nationaux sur le VIH/sida. Cependant, la prévalence du VIH et les facteurs de risque qui y sont associés (p. ex. les comportements très dangereux à l'égard des drogues injectables) chez les femmes travaillant dans l'industrie du sexe au Canada ont fait l'objet de nombreuses études.

Dans la Vancouver Injection Drug Use Study (VIDUS), on a constaté que dans une cohorte de jeunes UDI (≤ 24 ans), le taux de prévalence du VIH s'élevait à 10 %. Sur un total de 117 jeunes filles utilisant des drogues par injection, 20 étaient séropositives au début de l'étude, ce qui donne un taux de prévalence de 17,1 %. Les jeunes filles séropositives étaient plus susceptibles de travailler dans l'industrie du sexe, d'avoir eu plus de 20 partenaires au cours de leur vie et de s'injecter quotidiennement un cocktail d'héroïne et de cocaïne (ou « speed-ball ») [10].

34 D'après l'ASPC, « L'immigration ne peut à elle seule expliquer la prévalence élevée du VIH et du sida chez cette population. Le Canada est maintenant en mesure de repérer, au moyen de tests, les immigrants et les réfugiés qui sont séropositifs et de les diriger vers les services pertinents. »[9]

Dans le cadre d'une autre étude, le projet Maka, on s'est penché sur la prévalence du VIH et les facteurs de risque qui y sont associés par l'intermédiaire d'un questionnaire administré durant une entrevue avec des femmes travaillant dans l'industrie du sexe à Vancouver. La prévalence du VIH au début de l'étude était de 26 % et l'infection à VIH était associée à un âge plus précoce du début du travail dans l'industrie du sexe (<18 ans), aux origines autochtones, à l'injection quotidienne de cocaïne, à la consommation intensive ou quotidienne de crack et aux relations sexuelles non protégées avec un partenaire intime [11].

3.5.2 Utilisatrices de drogues par injection

L'utilisation de drogues par injection représente par ordre d'importance décroissante la deuxième catégorie d'exposition au VIH chez les femmes au Canada. Dans les cas où l'information sur la catégorie d'exposition a été fournie, la proportion de rapports de tests positifs pour le VIH chez les utilisatrices adultes de drogues par injection se chiffrait à 32,8 % en 2004. Cette proportion a augmenté pour atteindre 38,5 % en 2005 avant de diminuer jusqu'à 33,7 % en 2008 [6]. En 2009, la catégorie d'exposition UDI représentait 35,4 % des rapports de cas de VIH chez les femmes.

Les utilisateurs de drogues par injection sont plus à risque de contracter le virus de l'hépatite C (VHC), car le partage de seringues et de matériel d'injection ayant déjà servi est une voie de transmission des infections tant à VIH qu'à VHC. Par conséquent, l'infection à VHC peut être utilisée comme marqueur pour indiquer les comportements à risque chez les UDI. Dans bon nombre d'études sur les personnes utilisant des drogues par injection, on recueille des données épidémiologiques pour ces deux catégories d'infection.

Depuis 2002, l'ASPC a mis en œuvre I-Track, un système national de surveillance améliorée des comportements à risque associés au VIH chez les utilisateurs de drogues par injection au Canada dans des centres sentinelles. Par l'intermédiaire d'enquêtes administrées dans le

cadre d'une entrevue et de la prise d'un échantillon de sang ou de salive, les chercheurs recueillent de l'information au sujet des pratiques en matière d'utilisation et d'injection de drogues et de relations sexuelles, des tendances en matière de dépistage des infections à VIH et à VHC et de la prévalence du VIH et du VHC³⁵.

Les résultats de la phase 1 de l'enquête I-Track (2003-2005) ont révélé que 12,2 % des participantes étaient séropositives pour le VIH, comparativement à 16,3 % des participants de sexe masculin. De plus, 11,1 % des participantes avaient obtenu des résultats positifs aux tests de dépistage du VIH et du VHC, alors que 14,9 % des hommes étaient co-infectés [12]. Les données montrent également que la co-infection VIH/VHC était plus de deux fois plus fréquente chez les participantes ayant déclaré être Autochtones (Premières nations, Inuites ou Métisses) que chez celles qui se disaient non Autochtones (17,1 % comparativement à 7,4 %, respectivement) [12].

De même, les résultats de la phase 2 de l'enquête I-Track (2005-2008) ont révélé que 11,4 % des participantes étaient séropositives pour le VIH, comparativement à 13,9 % des participants de sexe masculin. De plus, 9,9 % des participantes avaient obtenu des résultats positifs aux tests de dépistage du VIH et du VHC, alors que 12,0 % des hommes étaient co-infectés [12]. Les données ont également montré que la co-infection VIH/VHC était

plus fréquente chez les participantes ayant déclaré être Autochtones (Premières nations, Inuites ou Métisses) que chez celles qui se disaient non-Autochtones (12,3 % comparativement à 8,5 %) [13].

3.6 L'âge

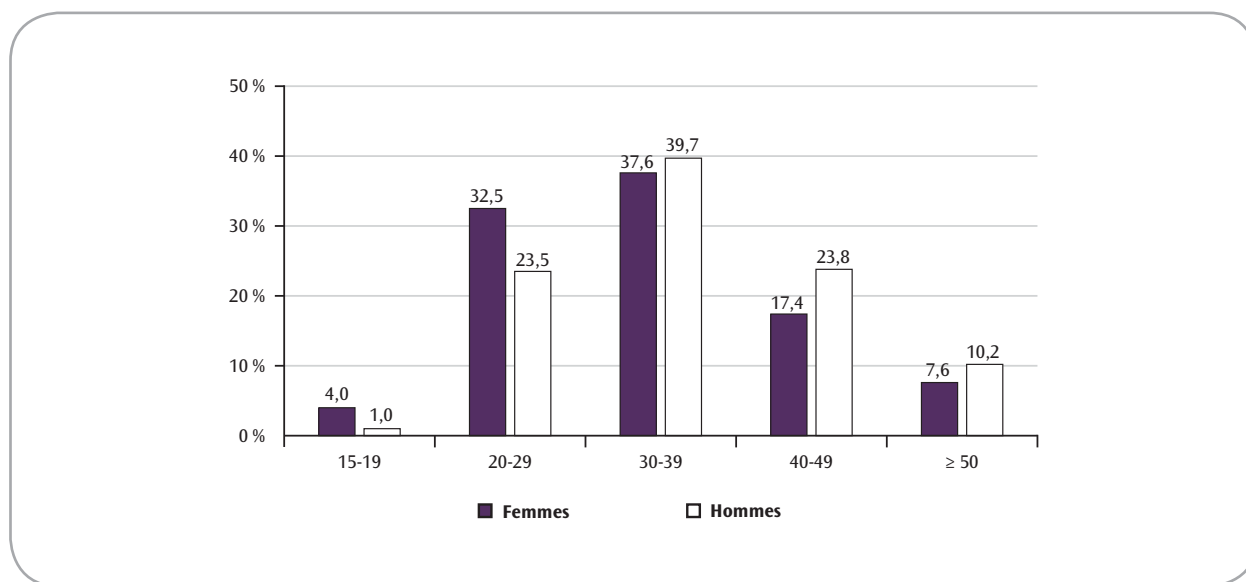
Le VIH touche les femmes à tout âge. Les données de surveillance cumulatives recueillies de 1985 à 2009 indiquent que la proportion la plus élevée de rapports de tests pour le VIH – 37,6 % du nombre total de cas touchant des femmes adultes (n = 11 403) – correspondait aux femmes âgées de 30 à 39 ans (lorsque le groupe d'âge était mentionné) [6]. Les femmes âgées de 20 à 29 ans représentaient le deuxième groupe de rapports de tests positifs pour le VIH par ordre d'importance décroissante (32,5 %) (figure 14) [6]. Sans nier l'utilité de ces données, il est important de ne pas oublier que la nature latente de l'infection à VIH peut retarder le moment où le test est effectué et que l'âge au moment du diagnostic n'est pas nécessairement un indicateur de celui auquel le virus a été contracté.

Les femmes tendent à recevoir un diagnostic d'infection à VIH à un âge plus jeune que les hommes. La figure 14 indique les proportions cumulatives des rapports de tests positifs pour le VIH stratifiés en fonction du sexe. On observe une plus grande proportion de rapports de tests positifs pour le VIH chez les femmes que chez les hommes dans les groupes d'âge de 15-19 ans et de 20-29 ans [6]. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette tendance. Certains font valoir que les femmes utilisent plus souvent les services de santé que les hommes (p. ex. pour des soins de santé en matière de sexualité ou des soins prénataux), si bien que la probabilité de recevoir un résultat positif à un âge plus précoce est plus élevée pour elles. D'autres sont d'avis que cette tendance est plutôt attribuable à la plus grande vulnérabilité des femmes au VIH, laquelle s'explique par des différences de pouvoir liées à l'âge dans les relations sexuelles ou par la dynamique du pouvoir entre les sexes chez les personnes qui s'injectent des drogues (c.-à-d. que les femmes sont

35 Le dépistage du VIH a été effectué à l'aide de l'EIA (épreuve immunoenzymatique) GS rLAV anti-VIH-1 de Bio-Rad. Un test de confirmation était effectué par la suite à l'aide du système de transfert Western anti-VIH-1 C Genetic Systems™ de Bio-Rad. Un résultat positif indique la présence d'une infection à VIH. Tant le test de dépistage du VIH (EIA) que le test de confirmation (transfert Western) sont approuvés par Santé Canada en tant qu'épreuves diagnostiques utilisables avec des échantillons de gouttes de sang séché.

Le dépistage du VHC a été effectué à l'aide de l'EIA Ortho-HCV® 3.0. Aucun test de confirmation n'est effectué dans le cas des échantillons obtenant un résultat positif. Un résultat positif indique une infection à VHC passée ou présente et ne fait pas de distinction entre les infections aiguës, chroniques ou résolues. La validation de l'utilisation des tests en laboratoire disponibles sur le marché sur des échantillons de gouttes de sang séché pour la détection du VHC est en cours.

Figure 14 : Proportion (%) des rapports de tests positifs pour le VIH imputés aux hommes et aux femmes par catégorie d'âge, 1985-2009



Source : [6] p. 21, 22

plus susceptibles de demander de l'aide pour les injections) [14;15]. Ces facteurs de vulnérabilité sont examinés dans le chapitre 4.

Comme la majorité des femmes vivant avec le VIH au Canada sont en âge de procréer, il est important de prendre en considération leur désir d'avoir des enfants et les questions liées à la fertilité, la transmission mère-enfant (TME) et les risques de transmission verticale après la grossesse (p. ex. risques liés à l'allaitement).

3.7 Transmission périnatale

Le VIH peut être transmis verticalement, de la mère à l'enfant, durant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement au sein. Depuis 1994, les avancées technologiques réalisées en matière de dépistage et de traitement ont entraîné un déclin marqué des taux de TME [16]. Ainsi, en 2009, il y a eu 3 cas d'infection confirmés sur 177 nourrissons (1,7 %) exposés au VIH [16].

On dispose de données sur les taux de transmission périnatale au Canada, mais celles-ci ne peignent pas nécessairement un tableau fidèle de la situation. Les chiffres déclarés à l'ASPC ne tiennent compte que des nouveau-nés qui ont été exposés au VIH durant la période périnatale et qui reçoivent actuellement des soins [6]. Comme les femmes ne savent pas toutes qu'elles sont infectées, ne passent pas toutes un test de dépistage du VIH durant leur grossesse ou ne savent pas toutes comment se présente l'infection à VIH chez les nouveau-nés, certains cas peuvent ne pas être déclarés. Cependant, les données de surveillance nous apprennent que chaque année depuis 2000, entre 140 et 240 nouveau-nés canadiens ont été exposés au VIH durant la période périnatale. En 2009, 177 nouveau-nés avaient été exposés au VIH pendant la période périnatale; toutefois, tous ne se sont pas avérés séropositifs par la suite. En 2009, les 15 nouveau-nés n'ayant pas reçu de traitement prophylactique antirétroviral en 2009, un a obtenu des résultats positifs confirmés au test de dépistage du VIH. Sur les 162 nouveau-nés exposés au VIH durant la période

Figure 15 : Prévalence des taux d'infection à VIH et de dépistage de celle-ci chez les femmes enceintes dans certaines provinces et certains territoires choisis et selon les stratégies de dépistage prénatal du VIH

Province / Territoire	Stratégie avec option d'adhésion		Stratégie avec option de retrait
	C.-B.	Ont.	Alb.
Pourcentage des femmes ayant subi un test de dépistage du VIH	83,4 %	97,6 %	97,0 %
Année	2003	2009	2006

Source : DSÉR, Actualités en épidémiologie 2010

périnatale et venus au monde sans avoir reçu de traitement prophylactique antirétroviral, deux cas confirmés de séropositivité ont été rapportés [6]. D'après les données du rapport de surveillance, si le nombre de nouveau-nés exposés au VIH a augmenté au fil du temps, la proportion de cas dont la séropositivité a été confirmée a chuté de 10,7 % en 2001 à 1,7 % en 2009 [6].

Les provinces et les territoires ont élaboré des stratégies au sujet de la grossesse et du dépistage du VIH visant à réduire les risques de TME au Canada. Tous les soins prénataux de routine au Canada comprennent l'une de deux stratégies de dépistage pour le VIH. L'approche « avec option d'adhésion » prévoit des services de counseling avant et après le test de dépistage du VIH; le test doit obligatoirement être offert, mais la femme peut accepter ou refuser de le subir. Dans l'approche « avec option de retrait », le test de dépistage du VIH fait partie de la procédure prénatale standard, sauf si la femme le refuse expressément [16]. Actuellement, cinq provinces et territoires utilisent l'approche avec option d'adhésion (Colombie-Britannique, Yukon, Ontario, Québec, Nouvelle-Écosse), tandis que les autres ont adopté le système avec option de retrait.

Comme l'indique la figure 15, les deux stratégies de dépistage, « avec option d'adhésion » et « avec option de retrait », donnent lieu à des taux élevés de test de dépistage du VIH chez les femmes enceintes (il convient de noter que les données ne sont disponibles que pour

certaines régions). De plus, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes qui reçoivent des soins prénataux et subissent des tests de dépistage du VIH est peu élevée (inférieure à 1 %). Toutefois, ces données ne prennent pas en compte les femmes qui ne reçoivent pas de soins prénataux et ne subissent pas le dépistage, ce qui est préoccupant parce que ce groupe de femmes pourrait être celui qui est le plus à risque d'infection à VIH.

Il est à noter que l'Association médicale canadienne [17], ainsi que la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, le Collège des médecins de famille du Canada et la Société canadienne de pédiatrie [18] préconisent l'offre systématique d'un test de dépistage du VIH aux femmes enceintes et la possibilité pour celles-ci de se prévaloir de l'option de retrait.

3.8 Le VIH/sida au sein de différentes populations de femmes au Canada

Des études ont démontré que les femmes qui font face à une discrimination fondée sur des motifs multiples³⁶, dont les femmes appartenant à certains groupes ethnoculturels, celles qui utilisent des drogues par injection et celles qui sont incarcérées sont plus à

³⁶ La discrimination fondée sur des motifs multiples est une situation dans laquelle deux ou plusieurs aspects discriminatoires s'associent à un moment particulier pour rendre la situation de l'individu en question encore plus défavorable.

risque d'infection à VIH/sida [19-24]. Nous présentons dans ce chapitre les données les plus récentes décrivant les cas d'infection à VIH et de sida dans certaines populations féminines (les raisons pour lesquelles certaines populations de femmes présentent un risque accru d'infection à VIH sont examinées de plus près dans le chapitre 4).

3.8.1 Femmes autochtones

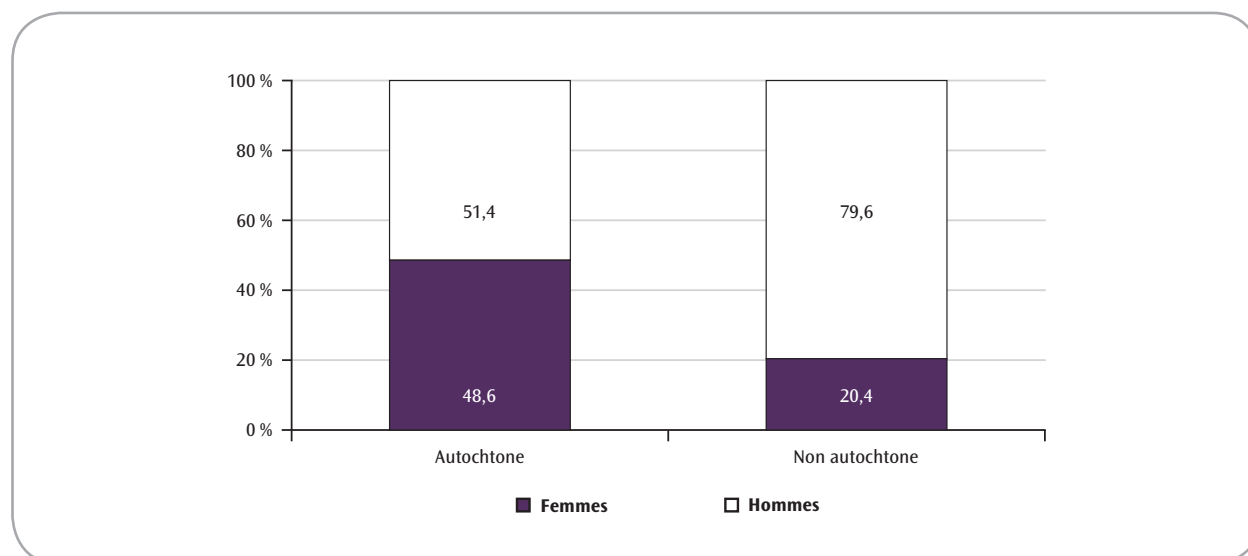
Comme nous l'avons mentionné précédemment, les femmes ont représenté de façon constante entre 23 et 28 % des rapports de tests positifs pour le VIH au cours des 10 dernières années. Toutefois, dans le cas des Autochtones, la fraction représentée par la population féminine est beaucoup plus élevée. Selon les données de surveillance du VIH, les femmes et les hommes sont représentés dans des proportions presque équivalentes des rapports de tests positifs pour le VIH pour lesquels une origine ethnique autochtone a été indiquée. La

proportion moyenne des tests positifs pour le VIH chez les Autochtones touchant des femmes a été de 48,6 % de 1998 à 2009 (figure 16). La proportion équivalente pour les rapports de tests chez les personnes non autochtones était de 20,4 %.

La proportion des cas de sida déclarés chez les Autochtones et attribués aux femmes a été de 29,5 % de 1979 à 2009, avec un maximum de 50,0 % en 2008. Durant la même période, les femmes non autochtones représentaient 14,3 % des cas de sida³⁷. Se reporter à la figure 17, qui indique la ventilation des cas de sida entre les femmes appartenant aux Premières nations, les Inuites et aux Métisses.

Comme l'indique la figure 18, entre 1998 et 2009, la principale catégorie d'exposition au VIH pour les femmes autochtones était celle des UDI, qui représentait 66,3 % du nombre total de rapports de tests positifs pour le VIH. Venait ensuite la catégorie

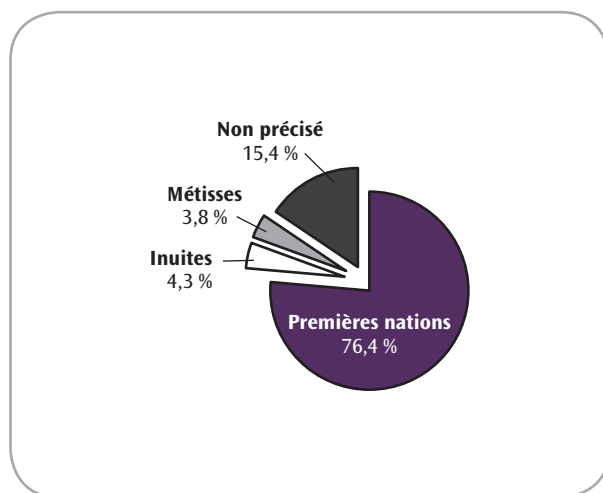
Figure 16 : Proportion (%) des rapports de tests positifs pour le VIH selon le sexe et l'origine ethnique autochtone ou non autochtone, 1998-2009



Source : [6]

37 DSÉR : Données de surveillance non publiées (2010).

Figure 17 : Répartition des cas de sida signalés en 1979-2009 chez les femmes ayant déclaré être une membre des Premières nations, une Inuite, une Métisse ou avoir une origine autochtone non précisée (N = 208)

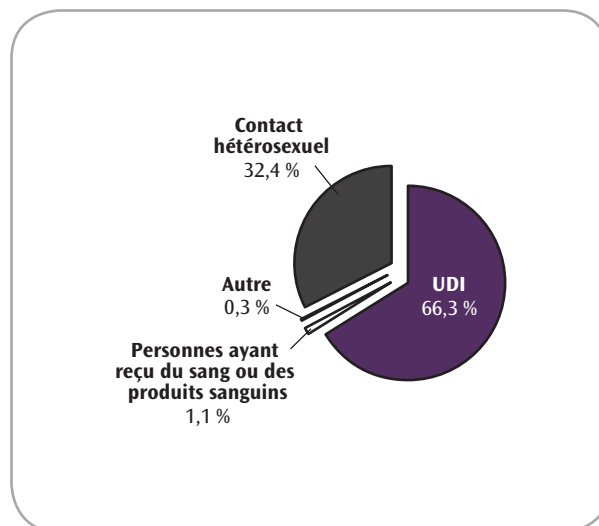


Source : [6]

Contact hétérosexuel, qui comptait pour 32,4 % de tous les rapports. Les catégories Sang ou produits sanguins et Autres ne représentaient qu'un faible pourcentage du nombre total de rapports de tests positifs pour le VIH chez les femmes autochtones [6].

Sur le nombre total de nouveau-nés exposés au VIH durant la période périnatale entre 1984 et 2009 dont l'origine ethnique est connue (n = 3 053), 16,2 % étaient Autochtones. Ce pourcentage est disproportionné étant donné que les Autochtones représentent environ 3,8 % de la population canadienne [25]. Une étude de trois ans réalisée à Vancouver indique que les femmes autochtones seraient sept fois plus susceptibles d'être séropositives au VIH que les femmes non autochtones [26]. Une séropositivité au VIH a été confirmée chez 10,4 % des nourrissons autochtones exposés entre 1984 et 2009 [6].

Figure 18 : Répartition des catégories d'exposition pour les rapports de tests positifs pour le VIH chez les femmes autochtones, 1998-2009 (N = 1 044)



Source : [6]

Il convient de noter certaines limites de la déclaration de l'origine ethnique à l'échelon national. Plus précisément, les deux plus grandes provinces du Canada, l'Ontario et le Québec, ne donnent aucune information sur l'origine ethnique à l'ASPC lorsqu'elles rapportent leurs données. Cela a pour effet de nuire à la planification des politiques nationales, de la prévention et des programmes centrés sur les Autochtones, car ces deux provinces représentent plus des deux tiers de tous les rapports de tests positifs pour le VIH au Canada et comptent trois grands centres urbains (Toronto, Montréal et Ottawa) où vivent un grand nombre de personnes appartenant à des populations multiculturelles et d'Autochtones hors réserve [6]. Toutefois, le rapport de surveillance provincial du Québec contient des données qui indiquent que les femmes autochtones représentent 2,7 % des nouveaux diagnostics chez les femmes au Québec et que la majorité d'entre elles (1,8 %) sont membres des Premières nations [27].

3.8.2 Les femmes incarcérées³⁸

La population féminine vivant en établissement carcéral au Canada n'est pas statique. Le mouvement constant des femmes entrant en prison ou en sortant rend difficile le suivi des données épidémiologiques. Cependant, les données à notre disposition indiquent que les taux d'infection à VIH et à VHC sont plus élevés dans les prisons que dans la population générale [4].

Le *Sondage national de 2007 auprès des détenu(e)s sur les maladies infectieuses et les comportements à risque* réalisé par le Service correctionnel du Canada (SCC) a permis de constater un taux de VIH auto-déclaré chez les femmes de 7,9 %. Le taux de prévalence du VIH auto-déclaré chez les hommes incarcérés pendant la même période était de 4,5 % [28]. Un examen plus poussé des données sur les femmes incarcérées révèle que c'est chez les femmes autochtones que l'on retrouvait les taux les plus élevés d'infection à VIH dans les prisons (11,7 %) [28].

Les données de surveillance de 2002-2004 du SCC sur les détenus nouvellement admis dans un établissement fédéral et ayant subi un test de dépistage volontaire ont permis de constater que, si la prévalence du VIH estimée chez les femmes a chuté, passant de 5,0 % en 2000 à 3,4 % en 2004, elle était toujours plus élevée chez les femmes que chez les hommes. De plus, selon les mêmes données, la prévalence régionale la plus élevée a été observée au Québec et dans la région du Pacifique chez les femmes incarcérées dans des établissements fédéraux [29].

Les études mentionnées ci-après fournissent également de l'information sur les taux d'infection dans les pénitenciers fédéraux, provinciaux et territoriaux :

- Dans une étude sur les établissements de détention provisoire de l'Ontario en 2007, on a observé chez

les femmes un taux de prévalence de 1,8 % pour le VIH et de 30,2 % pour le VHC, ainsi qu'un taux de co-infection de 1,5 % [30].

- Les résultats d'une étude effectuée au Québec révèlent que les femmes dans les pénitenciers fédéraux ont un taux de prévalence du VIH de 4,7 %, comparativement à 1,7 % chez les hommes [31].
- En 2007, dans une étude réalisée dans les prisons provinciales du Québec, on a observé que le taux de prévalence du VIH était significativement plus élevé chez les femmes (8,8 %) que chez les hommes (2,4 %). Le taux d'infection à VHC s'élevait à 18,5 % chez les femmes [32].
- Dans une enquête effectuée auprès des femmes incarcérées au Centre correctionnel pour femmes de Burnaby, en Colombie-Britannique, le taux de prévalence des infections à VIH auto-déclarées était de 7,7 %. Le taux de prévalence des infections à VHC auto-déclarées était de 51,9 % [33].

3.8.3 Femmes transgenres³⁹

Selon des données limitées, les taux de prévalence du VIH sont particulièrement élevés chez les femmes transgenres. Si aucune donnée concernant spécifiquement le Canada n'a été trouvée, une méta-analyse récente estimait cependant à 27,7 % le taux de prévalence du VIH chez les femmes transgenres en Amérique du Nord [34]. D'autres études révèlent que les personnes transgenres vivant dans certaines régions du Canada, en particulier à Vancouver (Downtown Eastside) et à Montréal, affichent un taux de prévalence d'infection à VIH plus élevé [35]. En outre, certains groupes de personnes transgenres ont des taux de prévalence plus élevés que d'autres, notamment les personnes transgenres appartenant à des minorités ethniques, les travailleuses du sexe et les personnes

38 Les données de surveillance du VIH concernant les personnes incarcérées dans les prisons fédérales des provinces et des territoires sont transmises à l'ASPC.

39 Les femmes transgenres sont des personnes qui sont nées de sexe masculin, mais qui s'identifient à une femme et vivent de cette manière. On appelle également ces personnes des transgenres MF (de l'anglais « Male-to-Female », ou masculin à féminin) (National Centre for Transgender Equality, www.nctequality.org).

qui utilisent des drogues par injection [35]. Toutefois, il est difficile de faire un suivi des données épidémiologiques concernant cette population, car dans les rapports des tests de dépistage du VIH, le sexe indiqué est probablement le sexe féminin des femmes, étant donné que ces personnes s'identifient à des femmes et vivent comme des femmes.

3.8.4 Femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes⁴⁰

Un corpus de plus en plus important de données probantes montre que les femmes qui ont des relations sexuelles avec d'autres femmes (FRSF) sont exposées à un risque plus élevé de contracter une infection à VIH [36-40]. Bien que la transmission sexuelle du VIH d'une femme à une autre soit en théorie possible (le VIH a été isolé dans des sécrétions vaginales, du sang menstruel et des biopsies cervicales), les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis n'avaient encore déclaré aucun cas confirmé en 2005⁴¹.

La Colombie-Britannique considère les FRSF comme une catégorie d'exposition pour la transmission du VIH et a fait état au total de 21 rapports de tests positifs pour le VIH chez les FRSF entre 1985 et 2007 [41].

40 FRSF est un acronyme désignant au sens large un comportement qui, selon la personne, peut inclure celles qui déclarent être lesbiennes, homosexuelles, bisexuelles ou bispituelles. Toutefois, l'identification ne permet pas toujours de prédire le comportement, et l'inverse est vrai. Le fait pour des femmes d'avoir des relations sexuelles avec d'autres femmes n'est pas nécessairement un comportement à haut risque favorisant la contraction du VIH.

41 À la fin de 2004, 7 381 femmes infectées par le VIH déclaraient avoir eu des relations sexuelles avec d'autres femmes; toutefois, la plupart d'entre elles présentaient d'autres facteurs de risque (p. ex. utilisation de drogues par injection, relations sexuelles avec des hommes infectés ou présentant des facteurs de risque pour l'infection ou, plus rarement, transfusion de sang ou de produits sanguins). Les femmes séropositives pour le VIH qui ont déclaré n'avoir des relations sexuelles qu'avec d'autres femmes ont fait l'objet d'un suivi pour enquête. À la fin de 2004, aucune de ces enquêtes n'a permis de confirmer la transmission du VIH d'une femme à une autre, soit parce que d'autres facteurs de risque ont été découverts par la suite, soit encore parce que certaines femmes ont décliné l'offre d'entrevue. Toutefois, en dépit de l'absence de cas confirmés de VIH dans la catégorie FRSF, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) n'excluent pas une telle possibilité [40].

Si cette province recueille systématiquement de l'information sur les FRSF dans les rapports sur les tests de dépistage du VIH, ni ces données, ni les renseignements supplémentaires (c'est-à-dire d'autres catégories d'exposition et de comportements à risque) ne sont transmis à l'ASPC. Il faudrait disposer de davantage de données à l'échelle nationale afin de pouvoir repérer les tendances et les vulnérabilités dans cette population de femmes.

3.9 Co-infections VIH/ autres pathogènes

D'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) sont souvent présentes en concomitance avec le VIH étant donné que ces maladies ont les mêmes modes de transmission et que les populations qui en sont atteintes ont des facteurs de vulnérabilité et des comportements à risque en commun [42;43]. Les co-infections influencent également le traitement, les options de prise en charge et les résultats éventuels. Par exemple, les femmes qui sont co-infectées par le VIH et une autre ITSS peuvent présenter des résultats cliniques moins favorables ou une évolution accélérée de la maladie.

3.9.1 Tuberculose

La tuberculose (TB) est une infection bactérienne qui, lorsqu'elle est active, se manifeste généralement par des symptômes touchant la poitrine et les poumons et pouvant atteindre les ganglions lymphatiques, les organes ou le cerveau de l'hôte. L'affaiblissement du système immunitaire engendré par le VIH a pour effet d'accroître la probabilité d'apparition d'une TB active après exposition à un microbe responsable de la transmission de cette maladie [43]. Il semble que chez les adultes présentant une tuberculose latente, la probabilité que celle-ci devienne active au cours de leur vie est de 10 % [43]. De plus, si elles sont exposées, les personnes vivant avec le VIH/sida ont un risque plus élevé de contracter la tuberculose.

Selon les estimations de l'Organisation mondiale de la santé, le taux de prévalence du VIH chez les nouveaux cas de tuberculose s'élevait à 5,7 % en 2007 [43]. Par ailleurs, on estime que 2 à 6 % des personnes vivant avec le VIH/sida sont atteintes d'une tuberculose active [44]. Il ressort des taux que les populations vulnérables à l'infection par la tuberculose chevauchent celles des individus vulnérables à l'infection à VIH, notamment en ce qui concerne les individus provenant de pays affichant des taux plus élevés de tuberculose et d'infection à VIH, les Autochtones, les personnes itinérantes et celles qui sont incarcérées [44].

En relation avec le sexe, les données canadiennes de surveillance [45] mettent en évidence les résultats suivants :

- Les femmes représentent 44,1 % (n = 683) du nombre total de cas de tuberculose (n = 1 547) au Canada;
- les femmes nées à l'étranger représentent 77,6 % (n = 510) du nombre total de cas de tuberculose chez les femmes;
- dans le cas où les données sur la séropositivité sont connues, 2,5 % (n = 17) des femmes atteintes de la tuberculose sont infectées par le VIH;
- dans le cas où les données sur la séropositivité sont connues, 2 % (n = 10) des femmes nées à l'étranger atteintes de la tuberculose sont infectées par le VIH.

Si ces données donnent certains renseignements au sujet de la co-infection tuberculose/VIH parmi les femmes au Canada, ils ne dépeignent pas la « réalité » de la co-infection au sein de cette population, puisque 77,6 % (n = 530) des femmes atteintes de tuberculose se retrouvent dans la catégorie « séropositivité au VIH inconnue », ce qui entraîne une sous-estimation de la prévalence du VIH chez les femmes également infectées par la tuberculose au Canada.

3.9.2 Infections transmises sexuellement

Des études ont démontré que les femmes sont plus susceptibles que les hommes de contracter une infection transmise sexuellement (ITS) et que la présence d'une ITS peut accroître le risque de contracter une infection à VIH. La probabilité de contracter l'infection tient en partie aux hormones féminines, qui peuvent modifier l'épaisseur de l'endomètre et rendre les femmes plus vulnérables aux ITS que les hommes [46]. Ainsi, les femmes sont quatre fois plus susceptibles que les hommes de contracter le VHS-2 (herpès simplex 2) et il a été démontré que le fait d'avoir contracté le VHS-2 augmentait la susceptibilité à l'infection à VIH de deux à huit fois, selon la fréquence et la gravité de l'écllosion [47].

L'infection à Chlamydia est l'ITS à déclaration obligatoire la plus répandue au Canada. En 2008, les femmes représentaient plus des deux tiers (n = 54 967) des 82 919 cas de cette infection déclarés au Canada [48;49]. Les jeunes femmes sont touchées dans une mesure disproportionnée par l'infection à Chlamydia. Entre 1999 et 2008, l'augmentation absolue la plus importante du taux d'infection à Chlamydia déclaré a été observée dans la catégorie des femmes âgées de 20 à 24 ans, où il est passé de 1 064,6 à 1 824,3 pour 100 000 [48;49].

Au Canada, les infections à Chlamydia ont connu une hausse constante. Or, l'augmentation des taux d'infections à Chlamydia indique que les relations sexuelles non protégées chez les jeunes femmes sont plus répandues. Or ce type de relations est associé à un risque accru de VIH et d'autres ITS. Une infection non traitée peut engendrer les complications suivantes : atteinte inflammatoire pelvienne, pouvant entraîner douleurs pelviennes chroniques, grossesse ectopique et la stérilité; transmission de la mère au nouveau-né durant l'accouchement, provoquant une pneumonie ou une conjonctivite néonatale; acquisition accrue du VIH en raison d'une inflammation des voies génitales, qui

augmente la susceptibilité au VIH; transmission accrue du VIH par augmentation de l'élimination des cellules infectées par le virus [50].

Si les statistiques indiquent qu'au Canada, les hommes sont plus touchés par la gonorrhée et la syphilis, le nombre de cas déclarés de ces deux infections chez les femmes, tout comme celui des cas d'infections à *Chlamydia*, est cependant en hausse depuis la fin des années 1990 [50].

Dans l'étude de surveillance accrue des jeunes de la rue (étude SAJR) portant sur les jeunes de la rue âgés de 15 à 24 ans, on a fait état en 2005 d'un taux de prévalence de 1,2 % pour le VIH, de 11,3 % pour l'infection à *Chlamydia*, de 2,4 % pour la gonorrhée, de 0,7 % pour la syphilis et de 24,5 % pour le VHS-2 chez les jeunes femmes [51].

L'infection par le virus du papillome humain (VPH), si elle n'est pas à maladie à déclaration obligatoire au Canada, est cependant décrite comme l'ITS la plus répandue [51]. On sait que le VPH accroît le risque d'une infection à VIH et que, chez les femmes atteintes, il facilite l'évolution de l'infection à VPH jusqu'au stade du cancer de l'utérus [51]. Si les études sur le VPH dans la population générale canadienne dont les résultats ont été publiés font défaut, il ressort cependant que la prévalence du VPH dans une population donnée au Canada se situe entre 10,8 % et 29,0 % [51]. Toutes les études épidémiologiques canadiennes dont les résultats ont été publiés portaient sur les femmes présentant différents taux de prévalence selon l'âge, l'origine ethnique et le lieu de résidence. Le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) recommande la vaccination contre le VPH des personnes séropositives pour le VIH; le CCNI souligne également que la réaction immunitaire au vaccin peut être moins importante que chez les individus séronégatifs, puisqu'on ignore l'ampleur de la réaction immunitaire engendrée par le vaccin et l'efficacité de celui-ci chez les personnes séropositives [52].

3.9.3 Hépatite B et hépatite C

Les virus de l'hépatite B (VHB) et de l'hépatite C (VHC) étant transmis par le sang, ils empruntent les mêmes voies de transmission que le VIH. Dans le cas du VHB, les activités présentant un risque élevé sont notamment le partage du matériel d'injection des drogues et les relations sexuelles non protégées avec plusieurs partenaires. Les données sur les co-infections VIH/VHB sont peu nombreuses; toutefois, depuis la disponibilité d'un vaccin contre le VHB, les taux d'infection par ce virus sont en diminution.

Globalement, pour l'ensemble du pays, les taux déclarés d'infection à VHB ont chuté de manière significative, passant de 10,8 pour 100 000 (IC à 95 % 6,0-18,1) en 1990 à 3,3 pour 100 000 (IC à 95 % 1,6-4,8) en 2007. Les diminutions les plus marquées ont été observées dans la cohorte des enfants pour lesquels la recommandation d'une vaccination systématique contre le VHB avait été suivie [53]. Toutefois, tout au long de cette période, les taux déclarés d'infection à VHB ont été deux fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes [53]. D'après les données fournies par l'étude SAJR, globalement, 65,2 % des jeunes de la rue qui y ont participé avaient l'âge requis pour bénéficier du programme de vaccination contre le VHB mis en œuvre dans le milieu scolaire. Dans cette population de jeunes, 63,8 % seulement étaient vaccinés contre le VHB [54].

Les femmes qui proviennent de pays où le VHB est endémique⁴² sont également considérées comme exposées à un risque d'infection ou de co-infection par le VIH; toutefois, les données concernant cette sous-population sont rares. Comme cela a été mentionné dans la section 3.5.2, les femmes qui utilisent des drogues par injection sont particulièrement

42 D'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les régions où la prévalence de l'hépatite B est élevée incluent les suivantes : Afrique subsaharienne, Sud-Est asiatique, région orientale du bassin méditerranéen, îles du sud et de l'ouest du Pacifique, bassin de l'Amazone et Caraïbes [53].

vulnérables à la co-infection VIH/VHC. L'utilisation d'aiguilles de tatouage contaminées peut également accroître le risque de contracter le VHB et le VHC, ce qui rend les femmes encore plus vulnérables.

Lors de l'enquête I-Track (phase 2, effectuée entre 2005 et 2008), on a obtenu les taux de prévalence du VIH et de séropositivité du VHC suivants chez les participantes utilisatrices de drogues par injection [12] :

- 9,9 % des participantes affichaient un résultat positif pour les anticorps du VIH/VHC (comparativement à 12 % des participants de sexe masculin);
- 12,3 % des participantes autochtones affichaient un résultat positif pour les anticorps du VIH/VHC (comparativement à 8,5 % pour les participantes non autochtones).

D'après les résultats obtenus dans le cadre de l'étude de surveillance accrue des jeunes de la rue (étude SAJR), chez les participants séropositifs pour le VIH, 37,1 % étaient co-infectés par le VHC, tandis que chez les participants séropositifs pour le VHC, 6,5 % étaient co-infectés par le VIH [51].

3.10 Références

[1] Comité consultatif de l'épidémiologie. Définitions de cas des maladies faisant l'objet d'une surveillance nationale. Relevé des maladies transmissibles au Canada. (Suppl.) 2000; 26S3.

[2] Agence de la santé publique du Canada. Les souches VIH-1 et la pharmacorésistance primaire au Canada. Ottawa: Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de la santé publique du Canada. 2006.

[3] Santé Canada, Société canadienne du sida. Guide des termes d'usage dans l'épidémiologie et la surveillance du VIH/sida. Ottawa: Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Santé Canada. 2002.

[4] Agence de la santé publique du Canada. Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida : novembre 2007. Ottawa: Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de la santé publique du Canada. 2007.

[5] Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Le point sur l'épidémie de sida 2007. Genève: ONUSIDA et OMS. 2007.

[6] Agence de la santé publique du Canada. Le VIH et le sida au Canada : rapport de surveillance en date du 31 décembre 2009. Ottawa: Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada. 2010.

[7] Agence de la santé publique du Canada. Sommaire – Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada, 2008. Ottawa: Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada. 2010.

[8] Citoyenneté et Immigration Canada. Critères concernant l'examen médical des résidents permanents. 2002 [consulté nov. 2009]. Disponible : <http://www.cic.gc.ca/francais/information/medicaux/examen-medical-perm.asp>

[9] Agence de la santé publique du Canada. Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : personnes provenant de pays où le VIH est endémique - Population noire de descendance africaine et caribéenne vivant au Canada. Ottawa: Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada. 2010.

[10] Miller CL, Spittal PM, Laliberté N, Li K, Tyndall MW, O'Shaughnessy MV, et al. Females experiencing sexual and drug vulnerabilities are at elevated risk for HIV infection among youth who use injection drugs. J Acquir Immune Defic Syndr. 2002 juil. 1; 30 (3): 335-41.

[11] Shannon K, Bright V, Gibson K, Tyndall MW, Maka Project P. Sexual and drug-related vulnerabilities for HIV infection among women engaged in survival sex work in Vancouver, Canada. Rev can santé publique 2007; 98 (6): 465-9.

- [12] Agence de la santé publique du Canada. Données non-publiées de I-Track: Surveillance améliorée des comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada, phase 1 (2003-05). Ottawa : Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada. 2009.
- [13] Agence de la santé publique du Canada. Données non-publiées de I-Track: Surveillance améliorée des comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada, phase 2 (2006-2008). Ottawa : Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada. 2009.
- [14] O'Connell JM, Kerr T, Li K, Tyndall MW, Hogg RS, Montaner JS, et al. Requiring help injecting independently predicts incident HIV infection among injection drug users. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2005 sept. 1; 40 (1): 83-8.
- [15] Tompkins CNE, Sheard L, Wright NMJ, Jones L, Howes N. Exchange, deceit, risk and harm: The consequences for women of receiving injections from other drug users. *Drugs*. 2006; 13 (3): 281-97.
- [16] Agence de la santé publique du Canada. Actualités en épidémiologie du VIH/sida – Juillet 2010. Ottawa: Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada. 2010.
- [17] Samson L, King S. Evidence-based guidelines for universal counselling and offering of HIV testing in pregnancy in Canada. *CMAJ*. 1998; 158.
- [18] Société canadienne de pédiatrie. Le dépistage du VIH pendant la grossesse. (Énoncé de position n° 2008-02). *Paediatr Child Health*. 2008; 13 (3): 221-224.
- [19] Law DG, Rink E, Mulvad G, Koch A. Sexual health and sexually transmitted infections in the North American Arctic. *Emerg Infect Dis*. 2008; 14 (1): 4-9.
- [20] Reid C. "We're not a part of society, we don't have a say": Exclusion as a determinant of poor women's health. In: Segal MT, Demos V, Kronenfeld JJ, editors. 7^{ème} éd. Elsevier Ltd.; 2003: 231-79.
- [21] Carey R. Une femme poursuit des médecins qui ont omis de lui offrir un test prénatal du VIH. *Revue VIH/sida, droit et politiques*. 2003; 8 (2): 29.
- [22] Spittal PM, Craib KJ, Wood E, Laliberté N, Li K, Tyndall MW, et al. Risk factors for elevated HIV incidence rates among female injection drug users in Vancouver. *CMAJ*. 2002 avr. 2; 166 (7): 894-9.
- [23] Spitzer DL. Engendering health disparities. *Rev can santé publique*. 2005 mars; 96 (Suppl. 2): S78-S96.
- [24] Singh AE, Gill J, Houston S. New resources on screening for HIV in pregnancy. *Alta RN* 2005 sept.; 61 (8): 11.
- [25] Statistique Canada. Identité autochtone, sexe et groupes d'âge pour la population, pour le Canada, les provinces, les territoires, les régions métropolitaines de recensement et les agglomérations de recensement, recensement de 2006 - Données-échantillon (20 %) (Composante du produit n° 97-558-XCB2006007). 2008 [consulté déc. 2009]. Disponible : <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/dp-pd/tbt/Rp-fra.cfm?TABID=1&LANG=F&A=R&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=01&GID=837928&GK=1&GRP=1&O=D&PID=89122&PRID=0&PTYPE=88971,97154&S=0&SHOWALL=0&SUB=731&Temporal=2006&THEME=73&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=&D1=0&D2=0&D3=0&D4=0&D5=0&D6=0>
- [26] Jones D. Pregnant Aboriginals more likely to be HIV positive. *CMAJ* 2004 sept. 14; 171 (6): 559.
- [27] Bitera R, Alary M, Fauvel M, Parent R. Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec: mise à jour des données au 30 juin 2007. Québec: Institut national de santé publique du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2008.
- [28] Zakaria D, Thompson JM, Jarvis A, Borgotta F. Résumé des premiers résultats du Sondage national de 2007 auprès des détenu(e)s sur les maladies infectieuses et les comportements à risque. Ottawa: Service correctionnel Canada. 2010.
- [29] Service correctionnel Canada. Surveillance des maladies infectieuses dans les pénitenciers fédéraux canadiens 2002-2004. Ottawa: Service correctionnel Canada. 2005.

[30] Calzavara L, Ramuscak N, Burchell AN, Swantee C, Myers T, Ford P, et al. Prevalence of HIV and hepatitis C virus infections among inmates of Ontario remand facilities. *CMAJ*. 2007 juil. 31; 177 (3): 257-61.

[31] Stella l'amie de Maimie. Des ailes pour notre avenir: constats sur la situation des femmes vivant avec le VIH et/ou le VHC incarcérées au Québec et en phase de libération. Montréal: Stella, l'amie de Maimie. 2008.

[32] Poulin C, Alary M, Lambert G, Godin G, Landry S, Gagnon H, et al. Prevalence of HIV and hepatitis C virus infections among inmates of Québec provincial prisons. *CMAJ*. 2007 juil. 31; 177 (3): 252-6.

[33] Martin RE, Gold F, Murphy W, Remple V, Berkowitz J, Money D. Drug use and risk of bloodborne infections: A survey of female prisoners in British Columbia. *Rev can santé publique*. 2005 mars; 96 (2): 97-101.

[34] Bauer GR, Hammond R, Travers R, Kaay M, Hohenadel KM, Boyce M. «I don't think this is theoretical; this is our lives»: How erasure impacts health care for transgender people. *J Assoc Nurses. AIDS Care* 2009; 20 (5): 348-61.

[35] Namaste V. Les trans' et le VIH. Communication orale présentée au Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada. 2010.

[36] Gilliam J. Young women who have sex with women: Falling through cracks for sexual health care. Washington, DC: Advocates for Youth; 2001.

[37] Feliciano-Torres Y. HIV prevention: Young women who have sex with women also have needs. Communication orale présentée à XV International AIDS Conference; 11-16 juil. 2004; Bangkok, Thaïlande; 2004.

[38] Remez L. Levels of HIV risk behaviors are significantly elevated among women who have ever had sex with women. *Fam Plann Perspect*. 2001 mars; 33 (2).

[39] Saewyc E, Skay C, Richens K, Reis E, Poon C, Murphy A. Sexual orientation, sexual abuse, and HIV-risk behaviors among adolescents in the pacific northwest. *Am J Public Health*. 2006 juin; 96(6): 1104-1110.

[40] Centers for Disease Control and Prevention. CDC HIV/AIDS fact sheet: HIV/AIDS among women who have sex with women. 2006 [consulté jan. 2010]. Disponible : <http://www.cdc.gov/hiv/topics/women/resources/factsheets/pdf/wsw.pdf>

[41] Haag D, Kim P, Wong E, Spencer D, Gilbert M, Rekart ML (British Columbia Centre for Disease Control, STI/HIV Prevention and Control). HIV/AIDS annual report 2007. 2008 [consulté déc. 2010]. Disponible : http://www.bccdc.ca/NR/rdonlyres/7065D330-55D1-43C6-AF40-F816EFA243A7/0/STI_HIVReport_HIVAIDSUpdate2007_20090520.pdf

[42] Agence de la santé publique du Canada. Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement. Ottawa: Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada. 2008.

[43] Agence de la santé publique du Canada. La tuberculose au Canada 2007. Ottawa: Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada. 2008

[44] Smith MR. HIV in Canada: Trends and issues for advancing prevention, care, treatment and support through knowledge exchange. 2009 [consulté jan. 2010]. Disponible : <http://www.catie.ca/pdf/CPHA2009/HIV%20in%20Canada%20-%20EN.pdf>

[45] Agence de la santé publique du Canada. Données non-publiées de la Section de la prévention et du contrôle de la tuberculose. Ottawa: Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada. 2009.

[46]. Sheth P, Thorndycraft B. Feuillet d'information : les femmes et la biologie de la transmission du VIH. 2009 [consulté déc. 2009]. Toronto: CATIE. Disponible : <http://www.catie.ca/sites/default/files/transmission-femmes.pdf>

[47] Sheth P, Thorndycraft B. Feuillelet d'information: les infections transmissibles sexuellement et la transmission du VIH. 2009 [consulté déc. 2009]. Toronto: CATIE Disponible : <http://www.catie.ca/sites/default/files/sti-hiv-french.pdf>.

[48] Agence de la santé publique du Canada. Cas déclarés et taux de chlamydie au Canada selon le groupe d'âge et le sexe, 1991-2008. 2009 [consulté déc. 2009]. Disponible : http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its_tab/chlamydia1991-08-fra.php

[49] Agence de la santé publique du Canada. Rapport sur les infections transmissibles sexuellement au Canada : 2008. Ottawa: Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada. 2010.

[50] Agence de la santé publique du Canada. SAJR faits rapides : la chlamydie : une épidémie cachée chez les jeunes de la rue au Canada. 2006 [consulté jan. 2010]. Disponible : http://www.phac-aspc.gc.ca/sti-its-surv-epi/qf-fr/pdf/chlamid_f.pdf

[51] Agence de la santé publique du Canada. Données non-publiées de SAJR : surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada. Ottawa: Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada. 2010.

[52] Comité consultative national de l'immunisation (CCNI). Déclaration sur le vaccin contre le virus du papillome humain. RMT. 2007; 33 (DCC-2): 1-32.

[53] Agence de la santé publique du Canada. Rapport sommaire : l'hépatite B au Canada. 2009 [consulté jan. 2010]. Disponible : <http://www.phac-aspc.gc.ca/hep/pdf/report-rapport-hepb-fra.pdf>

[54] Huang L, Gilbert M-L, Rossi M, et al. Trends in vaccine-induced immunity to Hepatitis B among Canadian street-involved youth. *Urban Health*. 2010; 87 (2): 337-48.



CHAPITRE 4 - Données actuelles sur les facteurs ayant une incidence sur la résilience et la vulnérabilité des femmes à l'égard du VIH/sida

4.1 Déterminants de la santé

L'une des avancées majeures produites par l'étude de la santé des femmes au cours des dernières décennies est la reconnaissance du fait que la santé des femmes « est un état de total bien-être physique, psychologique et social et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Le bien-être affectif, social et physique est déterminé aussi bien par le contexte social, politique et économique que par la biologie » [1]. Les points d'intersection des facteurs sociaux et économiques, de l'environnement physique et du comportement individuel peuvent créer ou favoriser la vulnérabilité et la résilience à l'égard de sa santé [2;3]. Dans ce chapitre, la vulnérabilité et la résilience des femmes à l'égard du VIH au Canada sont examinées selon une perspective axée sur les déterminants de la santé [3].

Les déterminants de la santé

- Sexe
- Patrimoine biologique et génétique
- Niveau de scolarité
- Niveau de revenu et statut social / emploi et conditions de travail
- Environnements sociaux et réseaux de soutien social
- Environnements physiques
- Habitudes de vie et compétences d'adaptation personnelles
- Développement sain durant l'enfance
- Services de santé
- Culture et race

4.1.1 Sexe et genre

Le mot sexe fait ici référence à toute la gamme de rôles déterminés par la société, de traits de personnalité, d'attitudes, de comportements, de valeurs, de l'influence relative et du pouvoir relatif que la société attribue aux deux sexes en les différenciant. Les normes associées aux sexes influencent les pratiques et les priorités du système de santé. Un grand nombre de problèmes de santé sont fonction de la situation sociale ou des rôles des deux sexes [3].

Il convient de distinguer le genre du sexe; en effet, le sexe est généralement considéré comme possédant des caractéristiques biologiques figées⁴³ tandis que le genre est une notion considérablement plus fluide, reposant sur des assises d'ordre culturel [4]. Ce sont les construits sociaux du genre et de la sexualité qui façonnent et régissent les rôles de la masculinité et de la féminité, les responsabilités, les besoins et les attentes des hommes et des femmes et la répartition du travail, du statut et du pouvoir selon le genre [5-7].

Ce rapport considère le genre comme un déterminant clé de la santé des femmes. Bien que tous les groupes, quel que soit le genre, soient touchés par des facteurs sociaux et économiques, la manière dont le genre interagit avec les autres déterminants de la santé a un effet particulièrement important sur les femmes. Les effets cumulatifs et intersectionnels du sexe, du genre, de la race, de l'orientation sexuelle, de l'âge, de la classe et de l'invalidité influent sur la manière dont les individus négocient la santé par l'intermédiaire de mécanismes intrapersonnels, communautaires et institutionnels. Ainsi, l'expérience que vivent les femmes de la santé et de la maladie est dans son ensemble très différente de celle des hommes.

... Les mécanismes sociaux engendrent des inégalités et des disparités sociales fondées sur le genre (p. ex. en ce qui concerne le potentiel économique des femmes, leur contrôle des ressources et leurs attentes fondées sur le genre quant à leur rôle dans la société). Ces inégalités et ces disparités se manifestent en santé publique et dans les sciences sociales et comportementales, ainsi qu'en médecine, sous la forme d'expositions, de facteurs de risque et de propriétés biologiques. Ces expositions, ces facteurs de risque et ces propriétés biologiques

43 Toutefois, la distinction entre le féminin et le masculin n'est pas aussi claire ou aussi figée, car certains individus peuvent présenter des chromosomes, des organes génitaux ou des caractères sexuels secondaires non standard qui ne sont pas tout à fait féminins ou masculins; par conséquent, les caractéristiques féminines et masculines varient selon un continuum [8].

interagissent pour accroître la vulnérabilité des femmes aux maladies, y compris l'infection à VIH [9].

Le genre a une incidence déterminante sur la vulnérabilité des femmes au VIH [10]. Comme l'a montré l'OMS [6], les inégalités imputables au genre ont été un « moteur clé » de l'épidémie de VIH/sida chez les femmes dans le monde entier. En ce qui concerne les femmes au Canada, les deux catégories d'exposition au VIH les plus courantes, le contact hétérosexuel et l'utilisation de drogues par injection (UDI), représentaient plus de 91 % des rapports de tests positifs pour le VIH chez les femmes entre 1985 et 2008 [11]; elles sont associées à des comportements à risque découlant des rapports de forces et des inégalités entre les genres. Si le genre est un déterminant de la santé à part entière, ses points d'intersection avec d'autres déterminants de la santé et l'influence qu'il exerce sur ces derniers accroissent la vulnérabilité des femmes au VIH.

Par exemple, les rôles associés à la masculinité et à la féminité peuvent favoriser une sexualité stéréotypée, alors que les normes liées au genre associées à la masculinité peuvent encourager les hommes à avoir de nombreux partenaires sexuels (de manière concomitante ou non) et à avoir des relations sexuelles avec des femmes plus jeunes [7]. Les stéréotypes relatifs au comportement « masculin » peuvent amener les hommes à dissimuler des relations sexuelles avec d'autres hommes et à ne pas se prévaloir des soins et des services de santé [5;7]. Inversement, les normes liées au genre entourant la féminité peuvent encourager l'innocence, l'ignorance et la passivité sexuelles, l'humilité et la docilité chez les femmes, ce qui les rend encore plus vulnérables et dépendantes de leurs partenaires sexuels [5-9;12]. Pour certaines femmes, les normes liées au genre entraînent une incapacité à négocier des pratiques sexuelles plus sûres et augmentent le risque d'agression sexuelle. L'influence de ces normes est également manifeste dans la participation des femmes à l'industrie du sexe comme moyen de survie ou dans la rue. Les normes liées au genre sont à l'origine de tous ces comportements et

ces derniers favorisent l'exposition au VIH et sa transmission chez les femmes.

Des publications récentes ont mis en évidence une forte association entre le besoin d'aide pour s'injecter des drogues et la séroconversion au VIH chez les femmes utilisatrices de drogues par injection [13-16]. Ce lien confirme l'hypothèse qu'il existe des relations entre hommes et femmes utilisateurs de drogues par injection, qui ont pour effet d'amoindrir le pouvoir et le contrôle de ces dernières sur la préparation de la drogue, l'obtention des seringues et l'injection. Par conséquent, au-delà du risque accru de transmission du VIH en raison du partage de seringues contaminées, ce groupe de femmes est encore plus vulnérable au VIH en raison des comportements associés aux normes liées au genre.

Les rôles liés au genre, masculin et féminin, ont également une incidence importante sur les personnes transgenres. Des données récentes sur les populations transgenres laissent croire que le risque d'infection à VIH serait plus élevé chez les personnes appartenant à cette catégorie en raison de facteurs institutionnels qui renforcent la culture fondée sur la dualité des genres. Une évaluation des besoins réalisée au Québec au sujet des personnes transgenres, de la marginalisation et du risque d'infection à VIH [17] a permis de constater que les obstacles institutionnels au changement de nom et de sexe d'un individu sur les documents officiels empêchent l'intégration sociale de ces personnes. Les obstacles institutionnels nuisent à la capacité des personnes transgenres à trouver un emploi et à satisfaire leurs besoins sociaux. Ces obstacles diminuent également leur accès aux services de santé et à un logement sûr, ce qui accroît leur vulnérabilité au VIH/sida.

4.1.2 Patrimoine biologique et génétique

La composition biologique et organique de base de l'être humain est un élément déterminant fondamental de la santé. Les gènes confèrent une prédisposition inhérente à une vaste gamme de réactions individuelles

influençant la santé. Même si les éléments socio-économiques et environnementaux sont des déterminants importants de la santé globale, dans certains cas, le patrimoine génétique semble prédisposer certaines personnes à des maladies précises ou à des problèmes de santé particuliers [2].

Certains éléments du patrimoine biologique et génétique influent sur le risque de transmission du VIH, les résultats des traitements, l'évolution de la maladie et les affections concomitantes. À titre d'exemple, en ce qui concerne les relations hétérosexuelles, le risque de contracter le VIH lors d'une relation sexuelle vaginopénienne est plus élevé pour les femmes que pour les hommes [5;18-23]. Il a été démontré que la transmission du VIH de l'homme à la femme était de deux à quatre fois plus fréquente que la transmission de la femme à l'homme [24]. Voici quelques-unes des raisons liées au patrimoine biologique et génétique qui expliquent ce risque accru des femmes :

- La concentration de VIH est plus élevée dans le sperme que dans les sécrétions vaginales [19-21].
- Sur le plan physiologique, par rapport au pénis, le vagin présente une surface cutanée sensible beaucoup plus étendue, dans laquelle le VIH peut survivre pendant plus longtemps [21].
- Des recherches ont démontré que la paroi génitale, que l'on croyait auparavant imperméable au VIH, ne constitue pas une barrière efficace contre ce virus [22;23].
- Le tissu délicat des voies génitales de la femme peut être endommagé durant les rapports sexuels, en particulier s'ils ne sont pas consensuels ou s'ils s'accompagnent d'un traumatisme, ce qui accroît le risque d'éraflures, de saignements ou de déchirures du vagin et, par voie de conséquence, entraîne une augmentation du taux de transmission [5;18-21].
- Le VIH se déplace à l'intérieur des voies génitales féminines en diminuant la résistance à son passage offerte par les cellules épithéliales (c.-à-d. qui forment la barrière protectrice contre les infections), ce qui a ensuite des conséquences sur les stratégies

de prévention, notamment les microbicides et les vaccins [25].

Bien que la relation sexuelle anopénienne non protégée présente un risque plus élevé de transmission du VIH que la relation vaginopénienne, elle est rarement prise en considération dans la littérature et dans le discours en regard de l'exposition au VIH par contact hétérosexuel ou des infections transmises sexuellement (ITS) [19;26;27]. Si le Canada ne dispose pas de données similaires, les recherches effectuées dans le cadre de l'American National Survey of Family Growth [28] ont mis en évidence le fait que 5,6 % des jeunes filles âgées de 15-17 ans avaient eu des relations sexuelles anopéniennes, un pourcentage qui augmentait à 29,6 % chez les jeunes femmes âgées de 20-24 ans. Dans une étude américaine portant sur les relations hétérosexuelles chez les jeunes adultes âgés de 15-21 ans, on a observé une association significative entre le fait d'avoir des relations sexuelles sous la contrainte, de vivre avec un partenaire ou d'avoir deux partenaires ou plus et la pratique de relations anopéniennes [27]. L'étude a également révélé que certaines femmes pourraient pratiquer le sexe anal à titre de solution de rechange aux relations vaginales pour éviter tout risque de grossesse. Aucune donnée canadienne n'a été trouvée à ce sujet, mais les résultats de l'étude portent à croire que l'usage du condom ne serait pas constant lors de relations sexuelles anales [27].

Comme nous l'avons vu au chapitre 3, la présence d'une autre ITS peut augmenter le risque de transmission du VIH chez les femmes et chez les hommes. Les facteurs biologiques, en particulier les ITS qui provoquent des ulcères ou des vésicules, augmentent le risque de contracter le VIH étant donné que ces infections peuvent altérer les propriétés de la peau, une barrière physique contre l'infection. Chez les femmes, la situation est d'autant plus compliquée que les ITS, telles que la gonorrhée, l'infection à *Chlamydia*, la syphilis, les infections aux types 1 et 2 du virus de l'herpès simplex (VHS) et au virus du papillome humain (VPH), peuvent demeurer asymptomatiques et, par

conséquent, ne pas être diagnostiquées. Selon les Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement, l'infection à *Chlamydia*, l'infection à VPH et l'infection à VHS sont les ITS les plus fréquemment rapportées chez les Canadiennes [29]. De surcroît, l'infection à VIH peut modifier le tableau clinique de l'ITS ulcéreuse et les options thérapeutiques doivent être évaluées en lien avec les co-infections VIH/ITS [29].

a) Incidence du traitement du VIH sur les femmes vivant avec le VIH

Les femmes vivant avec le VIH sont souvent sous-représentées dans les essais cliniques portant sur les traitements antirétroviraux hautement actifs (TAHA) [30,31]. Par conséquent, l'incidence totale du traitement reste souvent inconnue, ce qui peut poser des risques pour la santé ou nuire à la prestation de soins de santé durables aux femmes vivant avec le VIH. Par exemple, dans une étude comparant les effets secondaires des traitements antirétroviraux hautement actifs chez les hommes et les femmes, on a constaté que les cas de toxicité métabolique liés au traitement étaient plus fréquents chez ces dernières [30]. Les différences entre les sexes sur le plan de la masse corporelle, de la composition en lipides, de la sécrétion hormonale et du métabolisme des médicaments sont autant de facteurs qui pourraient expliquer de telles disparités [30;31]. Dans une autre étude, portant sur les effets du traitement sur les femmes enceintes séropositives pour le VIH, on a observé des niveaux de toxicité plus élevés chez les femmes qui recevaient de la névirapine dans le cadre d'un TAHA que chez celles dont le traitement ne comportait pas de névirapine [32]. Ces constatations ont mené à la réalisation d'un examen international de ce médicament chez les femmes enceintes vivant avec le VIH.

La recension des recherches dont les résultats ont été publiés et qui sont citées dans le présent rapport n'a permis de trouver qu'une seule étude faisant état de résultats du traitement du VIH plus favorables chez les femmes que chez les hommes [33]. Dans cette étude,

on a observé que les femmes survivaient pendant une période plus longue après la séroconversion au VIH et que, durant la phase postérieure au traitement antirétroviral de haute efficacité, les femmes séropositives pour le VIH traitées présentaient un risque plus faible que les hommes que leur état vers un décès, imputable ou non au sida. Ces observations peuvent laisser croire que les femmes séropositives pour le VIH répondent bien aux traitements antirétroviraux hautement actifs, parfois mieux que les hommes.

b) Ostéoporose et VIH

L'ostéoporose, une maladie caractérisée par une diminution de la masse osseuse et une détérioration des tissus osseux, a été pendant longtemps associée aux femmes âgées de la population générale, mais est maintenant de plus en plus souvent observée chez les personnes vivant avec le VIH/sida [31;34]. Une étude sur les fractures dues à la fragilité osseuse et sur la teneur minérale de l'os (TMO) chez les femmes vivant avec le VIH a mis en évidence un risque de fragilité osseuse significativement plus élevé chez ces dernières que dans la population générale, en dépit d'une TMO normale. Cette étude souligne la nécessité d'entreprendre des recherches plus poussées pour évaluer la fragilité osseuse chez les femmes vivant avec le VIH et d'élaborer un outil d'évaluation des risques au sujet des fractures [34].

4.1.3 Niveau de scolarité

La santé suit le niveau de scolarité. Il y a des liens étroits entre le niveau de scolarité et la situation socio-économique. Une bonne instruction pour les enfants et un apprentissage tout au long de la vie pour les adultes sont des éléments essentiels de la santé et de la prospérité des personnes et d'un pays. Le niveau de scolarité contribue à la santé et à la prospérité en donnant aux gens les connaissances et les capacités dont ils ont besoin pour résoudre des problèmes et le sentiment d'influencer et de maîtriser leur vie. Le niveau de scolarité accroît également les possibilités d'emploi, de sécurité du revenu et de satisfaction au travail. Il

améliore enfin la capacité des gens de se renseigner et de comprendre l'information pour soigner leur santé [2].

Les études montrent que les femmes peu scolarisées ont une moins grande capacité à obtenir de l'information sur la prévention et le traitement du VIH et sont moins en mesure de la comprendre. Une étude a révélé que les femmes ayant un faible niveau de scolarité peuvent éprouver des difficultés à communiquer efficacement leurs besoins aux professionnels de la santé, ce qui peut s'avérer un inconvénient pour obtenir des services de santé. De plus, ce groupe de femmes pourrait être incapable d'obtenir et de bien comprendre la documentation offerte en matière d'éducation sanitaire et de promotion de la santé [35-37]. Des lacunes sur le plan linguistique peuvent empêcher ces femmes d'obtenir de l'information sur la prévention et le traitement de l'infection à VIH ou de la comprendre [38]. L'offre éducative plus réduite, conjuguée à la violence, au manque de possibilités de croissance économique et à des antécédents en matière de prise en charge par les services de protection de l'enfance, rend certains groupes de femmes, tels que les femmes autochtones, plus vulnérables à l'exploitation sexuelle et, par conséquent, aux infections, dont celle à VIH.

Le manque d'information sur la santé sexuelle et génésique est un fait que l'on observe dans toutes les populations. Une étude a révélé que les adolescents et les adolescentes sont peu informés en matière de santé sexuelle et génésique, malgré une connaissance raisonnable du VIH/sida [19]. Dans une autre étude réalisée auprès de 234 étudiants au premier cycle universitaire (145 femmes et 85 hommes; quatre étudiants n'ont annoncé l'âge ni le sexe; âge moyen : 21,14 ans) au sujet de leurs perceptions de la transmissibilité du VIH et de l'infection à *Chlamydia* après une exposition par voie sexuelle (relations vaginales avec un homme), 34,8 % des participants croyaient à tort que la probabilité de transmission de l'infection à *Chlamydia* était plus faible que celle du VIH. Seulement 3,9 % et 5,6 % des réponses se situaient à 0,5 % des probabilités exactes de transmission du VIH et de l'infection à *Chlamydia* respectivement [40]. Par

conséquent, des connaissances insuffisantes en matière de santé sexuelle et génésique peuvent augmenter le risque d'infection à VIH chez les femmes.

4.1.4 Revenu et statut social / emploi et conditions de travail

L'état de la santé s'améliore à chaque étape de la hiérarchie des revenus et du niveau social. Des revenus plus élevés permettent de meilleures conditions de vie comme un logement plus sûr et la capacité d'acheter suffisamment de bons aliments. Les populations les plus en santé sont celles qui se trouvent dans les sociétés prospères où la richesse est répartie de façon équitable. [...] On associe le chômage, le sous-emploi, un travail stressant ou dangereux avec une piètre santé. Les gens qui disposent de plus de pouvoir sur leurs conditions de travail et qui sont soumis à moins de stress au travail sont en meilleure santé et vivent souvent plus longtemps que ceux qui sont exposés à davantage de stress ou de risques au travail [2].

Un faible revenu et la pauvreté sont fortement associés à un risque accru d'infection à VIH et d'évolution de la maladie [41]. Comme les données démographiques du chapitre 2 le révèlent, les femmes sont moins nombreuses à occuper un emploi stable, travaillent plus souvent à temps partiel, sont moins rémunérées et doivent effectuer plus d'heures de travail non rémunéré que les hommes [19;42]. La participation des femmes au travail non rémunéré et les conséquences inégales de la pauvreté qu'elles subissent se retrouvent de manière évidente dans leur situation de dépendance dans leur couple, dans les difficultés qu'elles éprouvent pour trouver un logement stable (itinérance) et dans leur recours au travail du sexe à titre de stratégie de survie financière [10;43;44]. Les disparités entre les sexes ont tendance à être occultées chez les personnes ayant un revenu plus élevé.

a) Populations féminines vulnérables

Comme l'indiquent les données du chapitre 2, les femmes sont touchées de manière disproportionnée par la pauvreté et certains groupes de femmes se

situent tout au bas de l'échelle socio-économique. Ainsi, les femmes autochtones et celles appartenant à une minorité raciale doivent composer avec les effets doublement discriminatoires des inégalités imputables au genre et à la race, qui peuvent avoir de graves conséquences sur leur statut socio-économique [41;45]. Comme le souligne l'un des auteurs, « le statut socio-économique des femmes de race noire vient s'ajouter à la relation inégale entre les hommes et les femmes. La pauvreté et l'absence de possibilités de croissance économique paralysent les femmes noires et les maintiennent dans une relation malsaine avec leur partenaire » [46]. Les études montrent que les femmes transgenres sont elles aussi victimes de plusieurs types de discrimination et ont un revenu généralement inférieur à celui de l'ensemble de la population [47]; en conséquence, elles ont un statut socio-économique peu enviable [48].

Vous fréquentez un homme riche parce qu'il vous invite à sortir, qu'il vous achète de beaux vêtements... il paie votre loyer à votre place lorsque vous ne pouvez pas le faire... Ensuite, vous avez une liaison avec lui parce que c'est la seule manière pour vous d'entretenir son intérêt – Femme [46].

Les femmes qui travaillent dans l'industrie du sexe dans la rue représentent l'un des groupes les plus vulnérables de la société canadienne. La loi et les attitudes de la société à l'égard de l'industrie du sexe peuvent empêcher celles qui pratiquent ce métier de bénéficier de certains services, par exemple de services policiers et de soins de santé. De par la nature de leur travail, ces femmes peuvent également être exposées à des actes violents, à des vols ou à des mauvais traitements [49-51]. En ce qui concerne les femmes qui travaillent dans l'industrie du sexe dans la rue, la prévention peut être compromise par des facteurs sociétaux et personnels tels que les rapports de forces inégaux entre les hommes et les femmes, les antécédents d'abus sexuels, de violence et de discrimination, l'âge, la dépendance aux drogues ou à l'alcool, les problèmes de santé mentale et l'itinérance. Ces facteurs peuvent amoindrir la capacité des femmes de négocier

l'utilisation systématique d'un condom [49;50;52-54; 56-59].

La société a toujours considéré avec mépris les travailleuses du sexe. On ne peut parler à personne de ce que l'on l'aît. On ne peut pas le dire au médecin ni à la police. On devrait pourtant pouvoir en parler au médecin, pour se protéger sur le plan médical, et à la police, pour se protéger physiquement – Femme, travailleuse du sexe [49]

Plusieurs études portant sur des femmes travaillant dans l'industrie du sexe dans la rue ou pour assurer leur survie ont mis en évidence des liens intrinsèques entre le travail dans l'industrie du sexe pour assurer sa survie et se procurer des drogues. Ces comportements combinés peuvent laisser peu de choix aux femmes quant à la négociation du port du condom, car l'obtention d'argent pour se procurer de la drogue ou trouver un logement peut avoir la préséance sur l'autoprotection [52;56;57;60]. Une étude réalisée à Vancouver a mis en lumière la corrélation entre les prix de la drogue sur le marché et le montant demandé en contrepartie d'actes sexuels par les travailleuses du sexe dans la rue [61]. Des études ont également mis en évidence certains facteurs de risque, tels que l'usage de drogues et l'incarcération, qui accroissent la probabilité que ces femmes contractent une infection à VIH. À titre d'exemple :

- Dans une étude comparant des utilisatrices de drogues par injection travaillant ou pas dans l'industrie du sexe, on a observé que les travailleuses du sexe étaient généralement plus jeunes et plus nombreuses à déclarer faire usage d'héroïne, de cocaïne, de cocktails héroïne-cocaïne (« speed-ball ») et de crack. Elles étaient également plus susceptibles de déclarer avoir utilisé des seringues usagées et moins nombreuses à être inscrites à un programme de traitement de substitution à la méthadone (TSM) (n = 591, dont 193 travailleuses du sexe à Montréal et à Vancouver) [63].
- Dans une étude réalisée à Vancouver, on a recensé les facteurs suivants associés au travail dans l'industrie du sexe chez les femmes utilisant

des drogues par injection : l'incarcération, l'usage quotidien de cocaïne par injection, l'usage quotidien de crack, l'emprunt de seringues, le prêt de seringues et le fait d'avoir, au cours des six derniers mois, cherché à suivre un traitement contre la toxicomanie sans avoir pu concrétiser ce projet [64].

Line, une des prostituées, m'a dit : « Viens avec moi, je vais te montrer comment nous trouvons nos clients... » Cela ne me tentait pas, mais je n'avais pas le choix. Je n'étais pas capable de me faire traiter de cette manière; je n'étais pas bien dans ma propre peau. J'ai trouvé des clients pendant quelques semaines, mais je n'avais pas le cœur à cela. Pour le faire, je devais absorber deux ou trois fois plus de drogue que d'habitude. Je n'ai pas réussi à obtenir mon premier client en y allant « directement ». Je me suis dit que ça n'allait pas marcher, que je préférais mendier (au lieu de cela) – Femme, travailleuse du sexe, vivant avec le VIH [62].

Les partenaires réguliers des femmes travaillant dans l'industrie du sexe jouent également un rôle dans la transmission et l'acquisition de l'infection à VIH. En effet, les données révèlent que ces femmes ont pour la plupart systématiquement recours au condom avec leurs clients, mais ont des relations sexuelles non protégées avec leur partenaire régulier. D'autres recherches révèlent que les partenaires sexuels réguliers des femmes travaillant dans l'industrie du sexe peuvent eux-mêmes utiliser des drogues par injection ou participer à d'autres activités à risque élevé. Un effet indirect de ce phénomène est l'accroissement du risque d'infection à VIH chez les travailleuses du sexe [13;59; 63;65;66].

b) Revenu des femmes vivant avec le VIH

Le risque de voir son infection à VIH progresser vers le stade du sida est plus élevé chez les femmes qui ont un revenu faible ou inférieur au seuil de pauvreté [67;68]. Certaines femmes séropositives pour le VIH vivent sous le seuil de la pauvreté parce que leurs prestations d'aide sociale ne sont pas suffisantes pour couvrir leurs besoins de base.

Une étude indique que la source du revenu est considérée comme une préoccupation importante pour la majorité des femmes vivant avec le VIH [69]. Outre la source de revenu, les femmes qui vivent avec le VIH/sida font face à d'autres problèmes financiers, qui ont trait à l'obligation de se déplacer pour bénéficier des services de santé, aux coûts du traitement, à la réduction de la paye associée aux absences au travail et à la crainte de perdre son emploi. Bon nombre de mères célibataires vivant avec le VIH/sida doivent composer avec les facteurs de stress additionnels que sont la recherche de services de garderie adéquats et la pauvreté [70;71]. Ces questions sont particulièrement préoccupantes pour les mères monoparentales autochtones ou appartenant à une communauté ethnique, car les femmes appartenant à ces communautés constituent une proportion plus élevée des populations à faible revenu [69].

Selon une étude réalisée en Colombie-Britannique, les facteurs de risque d'alimentation inadéquate et de faim comprennent les suivants : le sexe féminin, revenu faible, niveau de scolarité peu élevé et origine autochtone [72]. Les autres facteurs de risque sont le fait de vivre avec des enfants, les antécédents de consommation d'alcool et de drogues par injection et l'instabilité du logement [72]. L'étude souligne le rôle important que joue la nutrition chez les femmes vivant avec le VIH, en particulier les mères célibataires à faible revenu. Finalement, toutes les études citées dans le présent rapport qui examinent la relation entre le revenu et les femmes vivant avec le VIH indiquent un lien entre la pauvreté et une participation moins active à la société.

4.1.5 Environnements sociaux et réseaux de soutien social

On peut comprendre l'expression « mode de vie sain » comme désignant globalement trois dimensions interreliées du comportement des personnes : les individus; les individus dans leurs milieux sociaux (p. ex. famille, pairs, communauté, milieu de travail);

la relation entre les personnes et leur milieu social. Pour améliorer la santé au moyen de modes de vie sains, on peut utiliser des approches globales selon lesquelles la santé est une question qui touche toute la société (c.-à-d. que tout le monde a en commun). Les réactions de la société peuvent accroître les ressources du répertoire de stratégies dont se sert une personne pour composer avec les changements et améliorer sa santé. [...] On associe l'appui reçu de la famille, des amis et de la collectivité à une meilleure santé. De tels réseaux de soutien social pourraient se révéler très importants pour aider les gens à résoudre les problèmes et à faire face à l'adversité, ainsi que pour nourrir le sentiment d'être maîtres ou d'avoir une influence sur ses conditions de vie. L'entraide et le respect qui se manifestent dans les relations sociales, le sentiment de satisfaction et de bien-être qui en découlent semblent constituer un coussin protecteur contre les problèmes de santé [2].

Les environnements sociaux sont en grande partie créés par les normes culturelles et celles relatives au rôle de l'homme et de la femme, qui déterminent dans quelle mesure les femmes sont parties prenantes dans la société et comment la société, en retour, les intègre. La dynamique des pouvoirs dévolus aux hommes et aux femmes et son ancrage dans notre tissu social se reflètent dans la vulnérabilité et la résilience des femmes à l'égard du VIH. Ainsi, les recherches ont démontré que la violence masculine à l'égard des femmes et l'exclusion sociale dont elles sont victimes à cause du sexisme, du racisme et de la transphobie augmentent leur risque de contracter l'infection à VIH [36;52;53;58;73-79].

a) Violence et mauvais traitements

L'absence de pouvoir et de statut social rend les femmes vulnérables à la violence des hommes. Les recherches ont démontré que la violence masculine à l'égard des femmes, qu'elle soit de nature sexuelle, affective ou physique, entraîne une diminution de l'estime de soi et du sentiment de sécurité, nuit à la santé physique et émotionnelle et a des répercussions

négatives sur les enfants (c.-à-d. en suscitant un sentiment de crainte et d'insécurité et en entraînant la perpétuation intergénérationnelle du cycle de violence). La violence masculine à l'égard des femmes a également une incidence négative sur la sécurité financière et entraîne parfois l'autoaccusation et la perte de la résidence familiale. Il peut arriver que cette violence oblige la femme à déménager à l'extérieur de la communauté [80].

Un jour, il m'a cassé le bras en essayant de me faire tomber du balcon. Pendant deux jours, il m'a empêchée de me rendre à l'hôpital. – Femme, vivant avec le VIH [52].

Certaines études ont démontré que la violence physique et sexuelle répétée était fortement associée à un rapport de test positif pour le VIH [81;82]. À titre d'exemple :

- Dans la cohorte de la Vancouver Injection Drug User Survey (VIDUS), on a observé que sur les 503 femmes incluses dans l'analyse, 68,6 % avaient déjà été victimes de violence sexuelle. Parmi celles-ci, 53,4 % ont indiqué qu'elles étaient âgées de 12 ans ou moins au moment où a été commis le premier acte violent. Bien que les résultats ne soient pas stratifiés selon le sexe, le taux de prévalence du VIH est cependant plus élevé chez les personnes ayant été victimes de violence sexuelle que chez celles ne l'ayant pas été. Cette étude indique que les individus ayant survécu à des actes de violence sexuelle étaient plus susceptibles de contracter une infection à VIH [73].
- Dans l'étude du Cedar Project (portant sur une cohorte de jeunes autochtones âgés de 14 à 30 ans des régions de Vancouver et de Prince George), on a observé que 68,3 % des femmes avaient été victimes d'une certaine forme d'abus sexuel au moins une fois au cours de leur vie. Le taux de prévalence du VIH était plus élevé dans cette catégorie de participants (15,2 %) que chez ceux sans antécédents d'abus sexuel (4,4 %) (résultats statistiquement significatifs, non stratifiés par sexe) [76].

- Les chercheurs ont observé que, dans une cohorte de femmes utilisatrices de drogues par injection à Vancouver, « les jeunes participants séropositifs [au VIH] étaient plus susceptibles d'être des femmes, de travailler dans l'industrie du sexe, d'avoir été victime d'abus sexuel, d'avoir eu plus de 20 partenaires sexuels au cours de leur vie, de s'injecter de l'héroïne et un cocktail cocaïne-héroïne au moins une fois par jour et de consommer du crack au moins une fois par jour » [58].

Dans tous les pays du monde, les femmes travaillant dans l'industrie du sexe dans la rue constituent l'un des groupes de femmes les plus vulnérables à la violence masculine [83]. D'après la Global Coalition on Women and AIDS, « la violence est une manifestation de la stigmatisation et de la discrimination dont les femmes travaillant dans l'industrie du sexe sont l'objet. Dans toutes les sociétés, le travail dans l'industrie du sexe est fortement stigmatisé et les personnes qui s'y adonnent doivent souvent composer avec le blâme, l'étiquetage, la désapprobation et la discrimination » [83]. Dans une étude récente portant sur les femmes utilisant des drogues et travaillant dans l'industrie du sexe pour assurer leur survie à Vancouver, on a constaté que la violence masculine avait une incidence sur l'accès des femmes aux ressources et sur leur capacité de mettre en application les principes de prévention de la transmission du VIH et de réduction des méfaits [59]. Les formes de violence vécues et décrites par les femmes dans cette étude étaient les suivantes : le fait d'avoir pour proxénète son petit ami, la violence ordinaire de la vie d'une travailleuse du sexe (p. ex. la discrimination, les clients violents, les difficultés pour accéder aux services de maintien de l'ordre), l'absence de lieu sûr où emmener son ami de cœur et l'instabilité.

S'il refuse le préservatif, on est en danger. Je veux essayer d'en utiliser un [préservatif], mais il y a des risques de violence. – Femme, travailleuse du sexe [59].

Selon Statistique Canada, les femmes autochtones sont trois fois plus susceptibles d'être victimes de violence masculine conjugale que les femmes non autochtones. Vingt-quatre pour cent des femmes autochtones déclaraient avoir été victimes de violence de la part de leur époux ou conjoint de fait précédent ou actuel au cours de la période de cinq ans se terminant en 2004, ce qui est significativement plus élevé que les 7 % des femmes non autochtones du Canada qui disent avoir été victimes de violence durant la même période. Par ailleurs, les victimes autochtones étaient plus nombreuses à déclarer avoir été battues, avoir fait l'objet de tentatives d'étranglement, de menaces ou de blessures à l'aide d'un couteau ou d'une arme à feu ou avoir subi des agressions sexuelles [84]. Selon l'Association des femmes autochtones du Canada, « les effets continus de la colonisation au Canada ont entraîné la déshumanisation des femmes et des filles autochtones et [l'Association] considère que c'est la cause profonde de la violence dont [les femmes autochtones] font l'expérience » [85]. Dans une autre étude sur les femmes autochtones, on a établi un lien entre la violence sexuelle (abus sexuels) et l'initiation au travail dans l'industrie du sexe [39].

Les femmes noires, y compris celles qui proviennent d'un pays où le VIH est endémique, peuvent également être plus exposées à la violence. À titre d'exemple :

- Dans bon nombre de cultures africaines et afro-caribéennes, les questions qui sous-tendent la violence ne sont jamais abordées dans la famille ou la communauté. Les rares filles ou femmes qui en parlent subissent souvent une stigmatisation et font l'objet de représailles pour avoir dénoncé une telle situation et avoir demandé de l'aide, en particulier si l'auteur des actes de violence est un membre de la famille immédiate ou élargie, ou s'il fait partie de la communauté africaine ou afro-caribéenne au sens large [86].
- Les relations sexuelles forcées, l'abus sexuel des enfants et l'inceste peuvent conduire directement à l'infection, tandis que la peur de la violence

sexuelle et physique entrave la capacité des femmes de négocier le port du condom. Bon nombre de femmes africaines ont fui la persécution dans les pays de l'Afrique subsaharienne déchirés par les guerres où elles auraient pu être violées et torturées et, par voie de conséquence, subir des blessures physiques, tomber enceintes et être exposées au VIH [86].

- Les petites filles, les jeunes femmes, les lesbiennes, les gais, les personnes bisexuelles et transgenres et celles qui vivent avec une invalidité sont souvent la cible d'une victimisation physique et sexuelle. Si les garçons et les hommes sont également victimes d'actes de violence sexuelle, il importe de reconnaître que les filles et les femmes sont touchées d'une manière disproportionnée par la violence, sans égard à leur pays d'origine, leur culture, leur classe sociale, leur religion ou leur groupe ethnique. Leur capacité à mettre en application les pratiques de prévention de la transmission du VIH peut être amoindrie par les conséquences de la violence sexuelle (p. ex. dépression, diminution de l'estime de soi et du sentiment de bien-être) [86].

D'autres populations féminines sont également exposées à un risque de violence, notamment les femmes transgenres et celles qui travaillent dans l'industrie du sexe et qui appartiennent à des minorités raciales [48;87]. Finalement, la violence masculine à l'égard des femmes et des enfants, qu'elle soit physique ou sexuelle, a une incidence directe sur la capacité de ces derniers à adopter des mesures de prévention contre le VIH [86].

b) Crainte de la divulgation de la séropositivité

Aux termes de la législation canadienne, les personnes vivant avec le VIH sont tenues de déclarer leur séropositivité à l'égard de ce virus avant d'avoir des relations sexuelles qui posent un « risque significatif de lésions corporelles graves » (transmission du VIH). Les personnes qui n'avertissent pas leur partenaire de la présence de l'infection avant de s'adonner à

des activités comportant un risque significatif peuvent être accusées d'un crime du fait que la non-divulgation d'une infection à VIH constitue une fraude, ce qui invalide le consentement à avoir des relations sexuelles. En l'absence de consentement, la personne peut être accusée d'un crime. Les interprétations différentes par les tribunaux de ce qui constitue une activité sexuelle posant un risque significatif de transmission du VIH engendrent de la confusion chez les personnes vivant avec le VIH. Dans un tel contexte, en ce qui concerne la divulgation, les partenaires peuvent être une source de soutien positive ou négative pour les femmes vivant avec le VIH [69;88]. Les études montrent que certaines femmes peuvent dissimuler leur séropositivité à leur partenaire par peur d'être blâmées ou par crainte de représailles (c.-à-d. abus ou abandon), mais aspirent à trouver un compagnon qui leur offrira un soutien affectif [69;82;88].

Même si on nous dit : « eh bien, dites à votre partenaire que vous êtes infectée », on a tellement peur d'être rejetée, de se retrouver seule, vous savez, c'est difficile .
– Femme, vivant avec le VIH [89]

Vous savez, j'avais peur, peur de le dire [à ma famille]. Je ne savais pas comment ils réagiraient... [je pensais que] j'allais perdre ma famille à cause de cela
– Femme, vivant avec le VIH [88]

Je ne savais pas comment j'allais approcher mon mari (...) pour lui annoncer, vous savez, de telles nouvelles au sujet du VIH. En Afrique, cela équivaut à une condamnation à mort et si vous avez le VIH, vous êtes considérée comme une femme de mauvaise vie.
– Femme, vivant avec le VIH [90]

Bon nombre de femmes africaines et caribéennes vivant avec le VIH craignent de révéler leur séropositivité à leur partenaire à cause des préjugés ethnoculturels voulant que le VIH/sida soit associé à la débauche sexuelle. La crainte de la stigmatisation et de la discrimination associées au VIH est particulièrement présente chez les femmes vivant avec le VIH, car on tient souvent pour acquis qu'elles ont eu

plus de partenaires sexuels que les hommes séropositifs pour le VIH et elles risquent d'être ostracisées par la communauté. Les femmes craignent que la divulgation de leur infection à VIH les expose à être agressées physiquement ou abandonnées par leur partenaire, lequel peut également les empêcher de se tourner vers les services de santé par crainte de représailles de la part de membres de la communauté [88]. Certaines femmes sont prêtes à sacrifier leur santé pour préserver leur anonymat et la confidentialité de leurs données personnelles [36]. De plus, la crainte de la divulgation de la séropositivité a empêché de nombreuses femmes des communautés africaines et caribéennes d'accéder aux services de santé et de nouer des liens avec d'autres femmes séropositives pour le VIH [36].

La divulgation de son état est considérée comme l'un des aspects les plus difficiles de l'infection à VIH dans les communautés autochtones en raison de la stigmatisation, de la discrimination et du sentiment d'exclusion qu'elle entraîne [91]⁴⁴. Comme l'explique une femme : « la pire punition qui puisse exister dans une communauté autochtone est d'en être banni, et c'est ce qui arrive aux gens atteints du VIH/sida » [91]. Chez les femmes autochtones séropositives, la discrimination selon le genre s'ajoute à celle à laquelle doivent faire face les personnes vivant avec le VIH/sida [91;92]. Par conséquent, une femme sera considérée comme une « mauvaise mère », ayant une vie sexuelle dissolue, qui « méritait d'être atteinte du VIH/sida » si elle révèle sa séropositivité pour le VIH aux membres de la communauté [92].

c) Exclusion sociale

L'exclusion sociale, qui peut comprendre des éléments tels que « la désintégration des processus culturels communs, l'absence de participation aux activités sociétales, l'aliénation de la prise de décisions et de la participation civique et les obstacles à l'emploi et aux ressources matérielles » [93], restreint les pouvoirs et

les choix des femmes à l'égard de la santé, des services de santé, du capital social et de l'équité. Les exemples d'exclusion sont particulièrement omniprésents dans la vie des femmes qui sont déjà victimes d'autres formes de discrimination telles que l'hétérosexisme, l'homophobie, la transphobie et le racisme.

On pense que le risque de contracter le VIH est plus élevé chez les femmes qui ont des relations sexuelles avec d'autres femmes (FRSF) à cause de leur participation à des activités favorisées par la stigmatisation, la discrimination et l'exclusion. Dans certaines études, on a observé que le fait de grandir dans un environnement hétérosexiste, et parfois homophobe, pouvait favoriser l'isolement et l'exclusion chez les jeunes FRSF et inciter à l'adoption de comportements à risque tels que l'usage de drogues par injection et l'expérimentation sexuelle [77-79;94]. Par exemple, dans une étude réalisée en Colombie-Britannique (en plusieurs lieux) et à Seattle, dans l'État de Washington (États-Unis) [79], on a comparé les données obtenues lors d'enquêtes effectuées auprès d'étudiantes du niveau secondaire, on constate que les adolescentes homosexuelles, lesbiennes ou bisexuelles étaient plus nombreuses à déclarer avoir des comportements à risque à l'égard du VIH que les étudiantes hétérosexuelles. Les comportements à risque évalués étaient les suivants : utilisation de drogues par injection, âge lors des premières relations sexuelles, nombre de partenaires sexuels au cours de leur vie, utilisation du condom lors des rapports sexuels, antécédents de diagnostic d'une ITS et consommation d'alcool ou usage de drogue durant les derniers rapports sexuels. Une autre étude menée à Montréal a révélé que le fait d'avoir un partenaire sexuel de sexe féminin et le fait d'avoir un partenaire sexuel de sexe féminin travaillant dans l'industrie du sexe étaient des facteurs prédictifs du travail dans l'industrie du sexe chez les jeunes filles de la rue [57]. Aucun autre comportement sexuel ne permettait de prédire l'initiation au travail dans l'industrie du sexe dans cette cohorte de femmes.

44 Pour une analyse plus approfondie des communautés autochtones, prière de consulter le *Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Autochtones* [41].

D'autres facteurs liés à l'exclusion sociale des travailleuses du sexe augmentent leur risque de contracter le VIH. Par exemple, les lois et les attitudes de la société au sujet du travail dans l'industrie du sexe stigmatisent une telle activité, ce qui limite l'accès des travailleuses du sexe aux services et aux soins de santé par crainte de discrimination. En outre, les conditions défavorables font en sorte que les travailleuses du sexe peuvent moins facilement négocier et obtenir l'adoption de comportements sexuels sécuritaires. De ce fait, ils sont plus susceptibles d'être victimes de violence et de coercition [95].

Le fait d'être transgenre s'est également révélé un facteur qui augmente les comportements à risque pour le VIH chez les femmes [68]. La vulnérabilité des femmes transgenres au VIH augmente lorsque celles-ci sont également autochtones, immigrantes, jeunes ou travailleuses du sexe, étant donné que tous ces facteurs peuvent contribuer à la vulnérabilité des femmes à l'infection à VIH.

Le racisme et la discrimination rendent certains groupes d'individus particulièrement vulnérables à l'infection à VIH en les excluant du courant social et économique dominant et en leur refusant le soutien social dont ils ont besoin pour améliorer et préserver leurs conditions de vie [96]. Les études montrent que pour les femmes noires, le racisme recoupe plusieurs autres facteurs, notamment le sexe, l'orientation sexuelle et le statut socio-économique, et se traduit par un degré d'exclusion sociale qui augmente le risque d'infection par le VIH et réduit la capacité de ces femmes à faire face à la maladie [35;36;97]. Par conséquent, le risque pour les femmes noires de contracter une infection à VIH n'est pas simplement une question de comportement individuel, mais est plutôt lié à un système plus global qui oriente ce comportement.

Les femmes autochtones subissent les effets du racisme et de l'exclusion sociale au Canada. Les vulnérabilités complexes auxquelles font face les femmes autochtones sont les conséquences de la colonisation et des effets

multigénérationnels de l'isolement social, de la discrimination, de la pauvreté enracinée dans cette population et du système des pensionnats [59;81].

d) Groupes de soutien féminins

Les groupes de soutien peuvent favoriser la résilience chez les femmes vivant avec le VIH. Ils peuvent encourager et inspirer les femmes vivant avec le VIH et leur rappeler qu'elles ne sont pas seules [88]. Dans certains cas, les groupes de soutien font office de communautés de rechange pour les femmes vivant avec le VIH et ces groupes peuvent aider les femmes à se prendre en main en favorisant leur participation à la société [88;90]. De plus, l'interaction avec d'autres femmes infectées par le VIH peut susciter un sentiment d'appartenance à la communauté [98].

Par exemple, dans une étude effectuée à Vancouver sur les femmes travaillant dans l'industrie du sexe qui font usage de substances illicites, on a observé que les interventions des paires avaient des conséquences positives sur la fidélité au traitement par des antirétroviraux hautement actifs dans cette population [99]. Une autre étude révèle que les mères séropositives s'appuient sur leur famille, leurs amis et les professionnels, tandis que les hommes recherchent du soutien uniquement auprès d'un ou de plusieurs amis [69]. D'autres études montrent que le fait de disposer d'un réseau de soutien est un atout précieux chez les femmes vivant avec le VIH [88;100]. De l'avis des répondantes de ces études, le soutien apporté par une autre personne est important pour les aider à faire face à l'expérience quotidienne de la vie avec le VIH/sida.

Toutefois, certaines femmes vivant avec le VIH sont d'avis que les groupes de soutien insistent trop lourdement sur les aspects négatifs de la maladie, et que la participation des femmes est insuffisante. Comme le dit une femme vivant avec le VIH : « Les groupes de soutien et le VIH... on parle toujours de la maladie... c'est comme s'il n'y avait rien d'autre dans votre vie... les gens qui vivent avec le VIH n'ont pas de vie sociale. C'est comme si cette partie de la vie n'existait pas. Rien n'existe, à part le fait d'avoir le VIH. » [98]

Les normes et les valeurs de la collectivité sont véhiculées par l'intermédiaire des institutions et des réseaux sociaux et ces institutions peuvent contribuer à la prévention de l'infection à VIH ou au contraire lui nuire. Ainsi, dans une étude qualitative sur la prévention du VIH et les femmes noires à Toronto, on a observé que l'Église était une structure communautaire existante qui pouvait être utilisée pour communiquer le message de prévention du VIH à un public cible clé [46]. Toutefois, on a aussi affirmé que la non-participation de l'Église sur la question du VIH dans la communauté constituait un obstacle à la prévention. Un informateur clé décrivait en ces termes les incidences et l'influence sur le plan social des Églises sur les femmes noires : « Il y a beaucoup, en fait des milliers, de femmes noires dans les églises à Toronto. Elles n'ont pas un revenu très élevé, mais sont capables de trouver de l'argent pour soutenir leur communauté religieuse. Elles ont donc des liens émotionnels, économiques et spirituels avec ces Églises... si le prédicateur ne prend pas l'initiative d'aborder la question, il ne se passera rien » [46]. Étant donné leur influence, les Églises devraient être considérées comme d'éventuels partenaires afin de favoriser la résilience et d'entamer un nouveau dialogue au sujet du VIH et de son effet sur la communauté noire.

e) Rôle de pourvoyeuse principale des soins

Comme l'indiquent les données démographiques du chapitre 2, les femmes agissent plus souvent que les hommes comme pourvoyeuses principales de soins de leur famille, car elles s'occupent de leur partenaire, de leurs enfants et de leurs parents vieillissants. À titre de pourvoyeuses principales, elles assurent un soutien émotionnel et subissent les pressions et le stress qui en découlent. Pour les femmes vivant avec le VIH, et en particulier lorsqu'elles sont mères monoparentales, ce rôle peut devenir très lourd [88]. Les mères vivant avec le VIH/sida doivent composer avec le stress additionnel de veiller au bien-être de leurs enfants, ce qui est particulièrement difficile si elles sont malades ou mourantes [88]. De plus, elles s'inquiètent parfois de la capacité de leur conjoint de s'occuper adéquatement

des enfants et de tenir la maison dans l'éventualité où elles seraient malades ou décèderaient [69].

La tâche est très lourde pour moi, car en tant que personne séropositive pour le VIH, je suis devenue la pourvoyeuse de soins de tout mon entourage. J'ai fait taire tous mes besoins émotionnels, ce qui est devenu une autre source de stress. Je ne veux voir personne autour de moi déprimé ou désolé pour moi. Alors, je fais bonne contenance en affirmant que tout va bien, ce qui est le cas la plupart du temps, mais pas toujours – Femme, mère, vivant avec le VIH [69].

f) Rôle des enfants

Les enfants représentent une énergie positive et une source de force pour les mères vivant avec le VIH/sida. Dans une étude, on a observé que les mères séropositives pour le VIH s'appuyaient davantage sur leurs enfants que sur leurs amis en matière de soutien social [71]. L'influence positive des enfants est l'un des facteurs expliquant la présence importante dans la société des femmes vivant avec le VIH et leur participation croissante au monde du travail [70;98].

4.1.6 Environnements physiques

Dans cette section sont présentés les facteurs de vulnérabilité au VIH propres aux femmes itinérantes ou dont la situation en matière de logement est précaire, à celles qui vivent dans des régions rurales et à celles qui sont incarcérées dans des prisons fédérales, provinciales et territoriales.

a) Précarité du logement et itinérance

Plusieurs études illustrent clairement la relation entre l'itinérance, le faible revenu et le statut socio-économique défavorable et les comportements à risque à l'égard du VIH [54; 61]. Par exemple, les régions urbaines, avec leur forte concentration de personnes itinérantes, sont propices au développement de secteurs économiques clandestins tels que le vol et le trafic de drogues, qui sont la cause de comportements à risque pour l'infection à VIH, notamment le commerce du sexe et la consommation

de drogues. Cela dit, même lorsque les conditions socio-économiques sont peu favorables, les quartiers peuvent diminuer ces comportements à risque en s'attaquant aux problèmes sous-jacents liés à l'environnement physique, par exemple en offrant un meilleur accès à des logements stables. Comme on l'explique dans une étude, « la stabilité du logement pourrait être un facteur déterminant pour permettre à une femme d'échapper à la violence (et) d'être en sécurité » [101].

Le quartier centre-est de Vancouver a fait l'objet de nombreuses études portant sur l'infection à VIH. Il convient de noter que, si cette communauté a été décrite comme affichant « l'un des taux d'infection à VIH les plus élevés des pays industrialisés » [102], ses habitants ont cependant fait preuve dernièrement d'une résilience appréciable. De nombreux projets ont été mis en place pour améliorer les conditions socio-économiques qui caractérisent le quartier. Ces projets portent entre autres sur l'amélioration de l'accès aux logements abordables, les services de santé mentale, les services de réduction des méfaits, le traitement des dépendances et le traitement offert aux personnes vivant avec le VIH (y compris les femmes), et seront traités plus en profondeur dans le chapitre 6.

Ici dans le Eastside, on est considérés comme des morts vivants. On parle de nous dans le journal maintenant... On est tous en train de mourir, de disparaître complètement... c'est terrible, c'est vraiment terrible
– Femme, travailleuse du sexe [103]

Une étude a été effectuée dans le quartier centre-est de Vancouver auprès de 25 femmes utilisant le centre d'injection supervisée *Insite*. L'étude a révélé que les femmes considéraient cet endroit comme un refuge où elles pouvaient s'isoler de la violence masculine et de la dynamique de pouvoir fondée sur le sexe liée à la consommation de drogues par injection [104]. Toutefois, en dépit des bienfaits démontrés du service *Insite*, les populations vulnérables de femmes continuent à avoir de la difficulté à avoir accès à ce

service. Par exemple, une autre étude menée dans le quartier centre-est de Vancouver auprès de 198 femmes utilisatrices de substances et travaillant dans l'industrie du sexe dans la rue a révélé que la violence et les activités de maintien de l'ordre étaient des obstacles à l'accès aux services offerts par *Insite* [105]. L'étude a indiqué que dans cette cohorte (celle du projet MAKKA), les femmes les plus vulnérables - entre autres les jeunes femmes d'origine autochtone, les utilisatrices de drogues par injection et les femmes consommant quotidiennement de la cocaïne - étaient les moins susceptibles d'utiliser les services de l'organisme [105].

On a montré que les activités associées à l'usage de drogues augmentaient le risque de contracter le VIH ainsi que d'autres ITS et maladies transmissibles par le sang [43;57;106]. De plus, des études indiquent qu'il existe un lien entre l'itinérance, l'usage de substances et le VIH/sida. Par exemple, une étude sur la mortalité chez les femmes itinérantes à Toronto a révélé que les femmes âgées de 18 à 44 ans étaient 10 fois plus susceptibles de décéder prématurément que les femmes de la population générale : les causes de décès prématuré citées le plus souvent étaient le VIH/sida et la surdose [107]. Une autre étude effectuée à Vancouver a montré que la mortalité chez les femmes utilisatrices de drogues par injection était associée à la précarité du logement et à l'infection à VIH [103].

Une autre étude portant sur les utilisatrices de drogues par injection travaillant dans la rue et celles qui travaillent dans l'industrie du sexe dans deux villes canadiennes (Montréal et Vancouver) a révélé que les travailleuses du sexe étaient plus nombreuses à être dans une situation de logement précaire que celles qui n'avaient pas une telle activité [63]. Bien que le port du condom ait été fréquent dans le cas des femmes travaillant dans l'industrie du sexe qui ont participé à l'étude, celle-ci a permis de constater que l'emprunt de seringues usagées était associé de manière indépendante au commerce du sexe. Ces études témoignent d'un lien évident entre l'itinérance, la consommation de drogue et les comportements à risque à l'égard du VIH.

L'étude *Positive Spaces, Healthy Places* s'est penchée sur le logement et la santé chez les personnes vivant avec le VIH dans toutes les régions de l'Ontario. L'étude, qui a examiné les liens entre le VIH et la précarité du logement chez les femmes vivant avec le VIH, a mis en évidence des taux d'itinérance plus élevés chez les femmes (12,7 %) que chez les hommes vivant avec le VIH (5,6 %) [108;109]. De plus, un tiers des femmes ont déclaré avoir été sans abri au moins une fois durant leur vie. Cette étude a également révélé que les femmes se sont montrées plus préoccupées par la question de la précarité de leur logement que les hommes, en particulier celles qui vivaient avec des enfants (dans cette cohorte, 78 % des femmes infectées par le VIH vivaient avec des enfants). Les femmes vivant avec le VIH interrogées dans le cadre de cette étude ont également été plus nombreuses que les hommes à déclarer souffrir de dépression et, globalement, affichaient des scores de santé mentale inférieurs à celui des répondants de sexe masculin.

Le fait de disposer d'un logement s'est révélé un facteur important pour le bien-être des femmes. Ainsi, une étude menée auprès de femmes d'origine africaine et caribéenne a montré que l'accès à un logement abordable améliorerait la qualité de vie de ces femmes [110]. Certains facteurs ont aidé à déterminer ce que signifie un « logement », au niveau de la définition et du vécu, pour les femmes. Par exemple, une étude examinant les besoins et le vécu en matière de logement de femmes de Toronto d'origine africaine et caribéenne vivant avec le VIH a révélé que leur expérience en matière de logement était influencée par des facteurs liés au racisme, au sexe et à la pauvreté. Les résultats de cette étude mettent en lumière le besoin de services de logement culturellement approprié pour ce groupe de femmes et d'enfants [111].

b) Régions rurales et éloignées

Certaines études ont révélé que les femmes vivant dans des régions rurales ou éloignées associaient à tort le VIH avec des populations dont elles ne font pas partie ou des

comportements particuliers à connotation « urbaine » qu'elles perçoivent comme différents des leurs [37;112]. Par exemple, selon une étude qualitative effectuée dans les Maritimes, les femmes vivant loin des centres urbains n'ont qu'une compréhension partielle des faits entourant le VIH. Les répondantes de l'étude considéraient le VIH/sida comme une maladie touchant les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) ou les habitants d'autres pays [112]. Cette étude a permis d'expliquer pourquoi l'éducation sexuelle fondée sur la promotion de l'abstinence pouvait empêcher les femmes d'obtenir de l'information sur les mesures de réduction des méfaits et les relations sexuelles protégées.

L'accès aux services est l'obstacle le plus important. Vous allez dans une communauté qui est isolée et vous n'avez pas accès aux services. Vous n'avez pas de médecin. Vous n'avez pas de médicament. Vous n'avez peut-être pas les connaissances requises. Vous n'avez peut-être pas la capacité. Au moins, en ville, on peut se rendre à la clinique ou à l'hôpital, mais dans de petites communautés, il n'y a même pas cela – Intervenant en éducation sur le sida, travaillant auprès des Autochtones [92].

Les Autochtones qui vivent dans des communautés éloignées peuvent penser que leur situation géographique, éloignée des centres urbains, les protège du risque de contracter une infection à VIH [113;114]. Dans une étude réalisée en Colombie-Britannique auprès de 262 jeunes filles autochtones de la rue, on a constaté qu'il existait peu de différences en termes de risque à l'égard de la transmission du VIH (p. ex. travail dans l'industrie du sexe, utilisation de drogues par injection) entre celles qui vivaient dans un grand centre urbain (Vancouver) et celles qui habitaient une plus petite ville du nord de la province (Prince George) [75]. Une étude des mouvements migratoires des Premières nations des réserves aux agglomérations a également révélé que les questions associées au VIH/sida et les comportements à risque connexes, y compris l'utilisation de drogues illicites, ne se posaient pas uniquement dans les centres urbains [115].

De plus, pour les femmes qui vivent dans des communautés éloignées et isolées, il peut s'avérer impossible d'avoir accès à de l'information exacte sur le risque, les soins ou les services en matière d'infection à VIH, étant donné que ces services sont plus souvent offerts dans les grands centres urbains. Bon nombre d'Autochtones doivent composer avec des risques de maladie et des obstacles à la santé qui leur sont propres et découlent de l'isolement géographique de leurs lieux de vie et de leurs communautés⁴⁵. Par exemple, pour les femmes autochtones qui vivent dans des communautés éloignées et isolées, il peut être plus difficile d'accéder aux services de santé et aux services sociaux, car « les petites communautés isolées souffrent généralement d'une pénurie de professionnels de la santé, du manque de transport et de services de counseling, et la confidentialité est une grande source d'inquiétude » [114].

L'absence de services, notamment de programmes de réduction des méfaits et de soutien social, dans les collectivités moins peuplées et éloignées peut également contribuer à la vulnérabilité des résidents qui vivent avec le VIH/sida ou risquent de contracter l'infection [75]. Dans une étude portant sur l'accès aux services de médecine familiale pour les personnes vivant avec le VIH/sida en Ontario, on a déterminé que les Autochtones et les personnes vivant dans le Nord de l'Ontario étaient ceux qui avaient besoin de bénéficier d'un meilleur accès à de tels services [117]. Une autre étude a montré que les femmes autochtones vivant avec le VIH/sida sont plus touchées que les hommes autochtones par l'absence de soutien et de services sociaux étant donné que ce sont le plus souvent les femmes qui sont les pourvoyeuses de soins principales de leur famille d'une part, et des membres de leur famille qui vivent avec le VIH/sida d'autre part [118]. Ainsi, les femmes autochtones vivant avec le VIH/sida font donc face

aux deux formes d'isolement suivantes : une baisse de leur statut dans leur communauté en raison de la discrimination liée à leur séropositivité au VIH, et un accès limité aux services et aux ressources de soutien social du fait de leur situation géographique isolée.

c) Prisons fédérales, provinciales et territoriales

Les femmes incarcérées sont plus à risque d'infection à VIH que la population générale en raison des taux élevés de prévalence et du fait qu'elles continuent à avoir des comportements à risque en prison [119;120]. La prévalence du VIH chez les contrevenantes incarcérées dans les prisons fédérales est significativement plus élevée que celle de la population générale, et même plus élevée que celle de leurs homologues masculins [121]. Les femmes incarcérées conservent en prison les comportements à risque qu'elles avaient adoptés avant leur incarcération, par exemple utilisation de drogues, partage de seringues, relations sexuelles non protégées et partage du matériel de tatouage [121;122]. Dans un prochain rapport intitulé *Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Personnes incarcérées*, ces questions seront examinées de manière plus approfondie.

Si vous voulez en avoir [de l'information sur le VIH/sida], vous devez vous tourner vers les services de santé et y faire vos recherches vous-même, et il est difficile d'y entrer si vous n'avez pas rendez-vous avec un médecin. En fait, il est impossible de s'y rendre et de dire « Puis-je entrer et obtenir une brochure d'information sur le sida? » – Femme incarcérée [125]

En 2007, les trois programmes suivants étaient offerts aux femmes incarcérées dans une prison fédérale : le programme de sensibilisation lors de l'admission, le programme Choisir la santé dans les prisons et le Programme national de counseling et d'éducation par les pairs sur le VIH/sida [120]. Il ressort du Sondage national de 2007 auprès des détenu(e)s sur les maladies infectieuses et les comportements à risque que les femmes sont plus nombreuses que les hommes à avoir participé à ces programmes [120]. Toutefois, en dépit du taux plus élevé de participation des femmes, celles-ci

45 Près de la moitié (47 %) de tous les Autochtones au Canada vivent soit dans une réserve, soit dans une zone rurale, ce qui inclut les régions éloignées et sauvages, ainsi que les petites villes, les villages et les autres régions comptant moins de 1 000 habitants [116].

ont eu un accès limité à ces programmes parce qu'elles en ignoraient l'existence, que le nombre de places offertes était limité ou en raison des autres demandes cliniques auxquelles devait répondre le personnel infirmier [120]. De surcroît, alors que la vaste majorité des femmes interrogées lors du sondage affirmaient n'éprouver aucune difficulté à obtenir du javellisant dans les prisons à des fins de réduction des méfaits (72 %), 28 % ont fait état de problèmes à cet égard, y compris en ce qui concerne l'entretien⁴⁶, le fait de devoir demander du javellisant, l'absence de confidentialité lors de la remise du javellisant et d'autres comportements des détenues⁴⁷.

D'autres études ont révélé que les femmes éprouvaient des difficultés à obtenir du matériel de réduction des méfaits ou à bénéficier de services de santé ou d'autres programmes, en dépit de leur disponibilité dans les prisons [123;124]. Les 156 participantes à une étude effectuée en 2001-2002 auprès de femmes incarcérées (ce qui représente environ 40 % du nombre total de femmes dans les prisons fédérales) ont dit ne pas recevoir de manière régulière du soutien de groupes communautaires en matière de VIH/sida, alors qu'elles ont des comportements à haut risque [122;125]. En outre, seulement 30 % des femmes vivant avec le VIH (ou le VHC) indiquent avoir bénéficié du soutien d'organisations communautaires [125]. De plus, si la majorité des répondantes ont fait état d'expériences positives en ce qui concerne les soins et l'accès régulier aux organismes communautaires en prison, 34 % d'entre elles ont signalé des problèmes [125].

La difficulté d'obtenir dans les prisons des documents à visée éducative sur la réduction du risque a également été soulignée [122]. Les efforts de prévention de la transmission du VIH parmi les femmes qui vivent en prison sont limités par le nombre peu élevé de femmes incarcérées (parce qu'il peut être difficile

ou onéreux d'offrir des services à un faible nombre de participantes), la proximité des prisons des principaux centres urbains (le fait que les prisons soient généralement situées à l'extérieur des grands centres urbains réduit l'accès aux programmes communautaires), la plus petite taille des établissements carcéraux pour les femmes et la coexistence de plusieurs niveaux de sécurité ainsi que le taux de rotation élevé des femmes en prison (ce qui empêche d'offrir des programmes d'intervention par les pairs de manière continue) [126].

4.1.7 Habitudes de vie et capacités d'adaptation personnelles

Les habitudes de vie et les compétences d'adaptation personnelles désignent les mesures que l'on peut prendre pour se protéger des maladies et favoriser l'autogestion de sa santé, faire face aux défis, acquérir de la confiance en soi, résoudre des problèmes et faire des choix qui améliorent la santé [2].

Lorsque les femmes n'ont pas le pouvoir de prendre des décisions quant à leurs habitudes de vie et à leurs compétences d'adaptation personnelles, elles sont plus vulnérables au VIH. Cela est particulièrement vrai chez les femmes qui sont aux prises avec des problèmes de santé sexuelle et génésique ou d'usage de substances.

a) Santé sexuelle

Les femmes sont plus exposées à l'infection à VIH lorsqu'elles n'ont pas de pouvoir en ce qui concerne la négociation de l'adoption de pratiques sexuelles sûres dans leurs relations intimes. Le pouvoir inégal des femmes, conjugué à la peur de la violence masculine du partenaire, peut diminuer leur capacité à faire des choix, par exemple à négocier l'utilisation du condom pour prévenir la transmission du VIH. Le port du condom reste le moyen le plus efficace de prévenir le VIH lors des relations hétérosexuelles. Au Canada, on trouve des condoms pour hommes et pour femmes; toutefois, leur port régulier par les femmes et leurs partenaires sexuels est encore loin d'être la règle.

46 Les problèmes d'entretien étaient notamment les distributeurs vides, brisés ou délivrant du javellisant dilué [120].

47 Les comportements des autres détenues en cause étaient notamment d'accaparer le javellisant ou d'en limiter l'accès [120].

Les femmes qui ne se perçoivent pas elles-mêmes comme étant à risque de contracter le VIH ou une autre ITS peuvent ne pas se préoccuper du port régulier du condom [38]. Ainsi, le port du condom est beaucoup plus répandu chez les plus jeunes. Une enquête réalisée dans la population générale du Québec a permis de constater que les répondants âgés de plus de 40 ans étaient moins susceptibles d'utiliser un condom [127]. On peut expliquer cette observation par le fait que les campagnes de prévention contre le VIH ont tendance à cibler des femmes appartenant à des groupes d'âge plus jeunes; par conséquent, les femmes de plus de 40 ans ne se perçoivent pas nécessairement comme étant à risque de contracter le VIH ou une autre ITS.

Dans une étude réalisée à Montréal, 430 femmes ayant une vie sexuelle active et ne vivant pas avec un partenaire ont été interrogées au sujet du port du condom. Environ un tiers (32 %) des répondantes ont déclaré avoir eu systématiquement recours au condom avec leurs deux derniers partenaires (relations vaginales) [128], tandis que 43 % ont affirmé n'avoir jamais utilisé de condom. Parmi celles qui avaient eu des relations sexuelles anales, 21 % des répondantes ont fait état d'un usage régulier du condom et 75 % ont déclaré ne pas en utiliser. On a constaté que les femmes qui déclaraient n'avoir jamais utilisé de condom ou y avoir eu recours à l'occasion adoptaient des « stratégies relationnelles » pour négocier l'usage du condom; plus précisément, elles évaluaient le risque présenté par un nouveau partenaire en fonction d'un certain nombre de facteurs liés à leur relation avec ce dernier, entre autres : i) la perception de la connaissance qu'elles avaient (ou qu'avait un ami ou parent) de cette personne, ii) les sentiments qu'elles éprouvaient à son égard et iii) son aspect physique attrayant ou soigné. Dans cette étude, les éléments de « confiance » et de « connaissance de son partenaire » sont basés sur le réseau social des femmes. Les résultats de l'étude indiquent que le réseau social des femmes hétérosexuelles peut exercer un effet plus important

sur leur perception du risque de contracter le VIH ou une ITS que le risque réel associé à certains comportements sexuels.

Dans une autre étude réalisée à Montréal auprès de jeunes femmes utilisant des services de santé sexuelle, les principales raisons de la non-utilisation du condom citées par les participantes étaient le fait d'avoir un partenaire sexuel stable et la prise de la pilule anticonceptionnelle [129]. Des résultats comparables ont été obtenus dans une autre étude, qui a montré que les partenaires occasionnels utilisaient le condom plus fréquemment que les partenaires réguliers [127]. Si le fait d'avoir un partenaire sexuel monogame peut réduire le risque de l'infection à VIH, il ne le fait cependant pas disparaître. Ainsi, étant donné que l'infection à VIH et les ITS ne s'accompagnent pas toujours de symptômes [29], un partenaire peut être déjà infecté à son insu au début d'une relation monogame. Par ailleurs, dans le cas du VIH en particulier, l'exposition sexuelle répétée peut augmenter la probabilité de la transmission du virus [130].

Cela revient à dire aux femmes : « Voici un préservatif dont vous avez le contrôle, mais si vous souhaitez l'utiliser, vous devez quand même en parler avec votre partenaire ». Les femmes ont besoin de plus que cela, de plus de stratégies et d'outils de prévention dont elles ont le contrôle – Femme [46].

Les aventures extra-conjugales ou extra-relationnelles sont aussi des occasions d'introduire le VIH ou une autre ITS dans des relations apparemment monogames. Un rapport décrit le système deux poids, deux mesures qui existe au Canada parmi les communautés d'Afrique et de Caraïbes : on y « chante les louanges de l'infidélité de l'homme », tandis que « les femmes qui connaissent leur sexualité et expriment le désir d'avoir des relations sexuelles protégées sont souvent considérées [négativement] comme des débauchées » [97]. Ces types d'attitudes propres à la culture à l'égard de la sexualité féminine et masculine renforcent encore les obstacles que doivent surmonter les femmes pour prévenir le VIH.

Les données sur le port du condom chez les travailleuses du sexe varient au Canada [54;63;65;66;75;131]. Cela dit, la majorité des résultats indiquent que les femmes de l'industrie du sexe sont moins susceptibles d'utiliser un condom avec leur partenaire régulier qu'avec leurs partenaires occasionnels ou leurs clients. Cette situation peut accroître la vulnérabilité des femmes de l'industrie du sexe, notamment celles qui utilisent des drogues par injection ou qui ont un partenaire ayant de telles pratiques. En ce qui a trait à l'utilisation du condom avec les clients, une étude récente a attribué l'incapacité des femmes à négocier le port du condom à leur peur d'être agressées par leur client et aux obstacles d'ordre linguistique (surtout pour les travailleuses du sexe migrantes) [132]. Toutefois, les résultats d'une méta-analyse récente laissent croire que les interventions des pairs peuvent favoriser le recours au condom chez les travailleuses du sexe et leurs clients et aider ces femmes à refuser ceux qui ne veulent pas en porter [133].

Une autre étude a montré que les femmes transgenres ont tendance à ne pas utiliser le condom parce que le fait d'avoir des relations non protégées « valide leur identité sexuelle féminine et les valorise » [134]. D'après le Center for AIDS Prevention Studies des États-Unis, les femmes transgenres travaillant dans l'industrie du sexe sont prêtes à renoncer au condom avec leurs partenaires clients si ces derniers leur offrent une somme plus élevée [134].

L'utilisation du condom a également un effet sur la capacité des femmes vivant avec le VIH d'avoir des relations intimes. On leur a souvent recommandé de restreindre leurs activités sexuelles ou de négocier des relations protégées afin d'éviter de transmettre le VIH [135]. Elles peuvent craindre de transmettre le VIH à leur partenaire et éprouver un sentiment de culpabilité si cela se produit [135].

Les femmes ont besoin de plus de méthodes de barrière qu'elles peuvent contrôler elles-mêmes. Actuellement, même si le condom féminin existe, ce dispositif est souvent négligé pour prévenir la propagation de l'infection à VIH. Malgré les inconvénients associés

au condom féminin, notamment son coût et son aspect peu esthétique, il s'agit cependant du seul moyen efficace, non pharmaceutique, contrôlé par la femme et disponible sur le marché, de prévenir l'acquisition ou la transmission des ITS, y compris l'infection à VIH [136;137]. Certaines études ont récemment fait état de résultats prometteurs qui laissent espérer que les femmes auront un jour à leur disposition un microbicide efficace; jusqu'ici, 11 des 60 microbicides⁴⁸ testés ont franchi avec succès l'étape de l'expérimentation chez l'animal et font actuellement l'objet d'essais chez l'humain [138].

b) Santé génésique

Grâce au traitement amélioré du VIH, les femmes vivant avec le VIH vivent plus longtemps et ont une meilleure qualité de vie. En conséquence, bon nombre de ces femmes ont les mêmes besoins et les mêmes désirs que les femmes qui ne vivent pas avec le VIH. Ainsi, dans une étude, on a observé que le nombre de femmes vivant avec le VIH qui souhaitaient avoir des enfants avait augmenté pour atteindre un niveau comparable à celui des femmes dans la population générale [139]. Toutefois, on a constaté que les femmes vivant avec le VIH avaient de la difficulté à accéder à des cliniques de fertilité et aux nouvelles techniques de procréation dans certaines régions du Canada [140]. Ces problèmes d'accès ont des répercussions pour les dispensateurs de soins de santé qui devront aider les femmes séropositives pour le VIH à optimiser le déroulement de la grossesse et son issue [139;141;142]. À l'heure actuelle, une équipe constituée de plus de 30 experts canadiens est en train d'élaborer des lignes directrices canadiennes pour une grossesse plus sûre chez les femmes et les hommes séropositifs pour le VIH [143-145].

48 Un microbicide est un composé visant à réduire l'infectivité des virus ou des bactéries. Le terme en est venu à désigner un produit hypothétique qui préviendrait la transmission du VIH et des autres infections transmises sexuellement (ITS) à l'intérieur du vagin d'une femme. Un microbicide rectal agirait de la même manière pour protéger les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes et les femmes durant les relations sexuelles anales [138].

c) Usage de substances

L'usage de substances s'accompagne d'une vulnérabilité accrue à l'infection à VIH, de diverses façons. Des études montrent que la vulnérabilité à l'infection à VIH peut augmenter en conséquence directe des modes d'administration de la substance (p. ex. injection de drogue avec une seringue contaminée), ou plus indirectement en raison des effets de la dépendance physique, mentale et économique. Si les raisons de la consommation de substances peuvent être diverses, bon nombre de femmes indiquent cependant y avoir été initiées par un conjoint ou un conjoint de fait [146]. De plus, selon certains auteurs, bien des personnes utilisent des substances pour composer avec les abus de nature sexuelle, physique ou psychologique durant l'enfance, le stress, la violence, l'isolement, la négligence et d'autres problèmes de santé mentale (c.-à-d..la consommation de substances à des fins d'automédication) [19;76;103;146-148].

La consommation d'alcool et de drogues m'aidait à oublier mes erreurs... Mais, en même temps, je commettais de nouvelles erreurs. Et c'est à ce moment-là que je suis devenue vraiment active sur le plan sexuel... à deux doigts d'être une prostituée, mais sans être payée – Femme [135]

Le fait d'être sous l'influence de substances peut affaiblir les facultés de jugement et de prise de décisions des femmes lorsque celles-ci doivent faire des choix en matière de comportements pouvant les exposer à un risque de contracter le VIH. Ainsi, il a été démontré que l'alcool avait pour effet de supprimer les inhibitions et de rendre moins fermes les discussions au sujet des relations protégées et la négociation du port du condom entre des partenaires consentants [150-153]. De même, on dit que la méthamphétamine en cristaux accroît le risque de contracter le VIH « parce que les personnes sous l'influence de cette drogue ont des relations sexuelles non protégées et désinhibées. Le sentiment de libération que procure la méthamphétamine en cristaux conduit fréquemment à mettre de côté la pratique du sécurisexe, alors que l'activité sexuelle à risque plus élevé augmente de façon considérable » [154].

J'ai l'impression que c'est le seul outil que je connais qui me permet de faire face [la consommation de drogues]... cela vous aide à oublier vos problèmes, à les repousser, à les enterrer de plus en plus profondément, et vous ne faites que construire votre propre volcan, et un jour celui-ci explose. Il est important pour moi d'acquiescer des outils autres que la consommation de drogues pour faire face à mes problèmes – Femme, vivant avec le VIH [149].

L'effet de désorientation que produisent d'autres drogues de la rue peut également accroître le risque chez les femmes. Dans une étude réalisée auprès des travailleuses du sexe à Vancouver, il est indiqué que « la désorientation et l'absence de contrôle engendrées par la consommation intensive de cocaïne nuisent à la capacité des femmes de se protéger elles-mêmes et d'exiger le port du condom » [59]. D'après le *Journal de l'Association médicale canadienne*, l'alcool est la principale drogue utilisée dans les cas d'agressions sexuelles facilitées par la drogue; viennent ensuite la marijuana et de la cocaïne. Toutefois, l'usage d'autres « drogues du viol » plus puissantes comme le flunitrazépam (Rohypnol) et le 4-hydroxybutanoate (GHB) se répand de plus en plus [155].

La sensation de « high » crée une telle dépendance qu'il n'est pas rare de se faire 50 injections par jour si on en a les moyens. Lorsqu'on est en état de « high » après une injection de cocaïne, l'utilisation d'une seringue propre est moins prioritaire que l'injection suivante – Femme, vivant avec le VIH [102]

Il a été déterminé que l'utilisation de drogues par injection est un comportement à risque pour l'infection à VIH. En s'injectant des substances, l'utilisateur peut entrer directement en contact avec le virus s'il partage son matériel de préparation et d'injection avec d'autres personnes. L'utilisation de drogues par injection est la deuxième catégorie d'exposition au VIH la plus importante pour les femmes au Canada [130]. D'après l'étude I-Track [131], la cocaïne est la drogue injectée la plus courante au Canada. On ignore le nombre réel de personnes qui utilisent des drogues par injection au Canada, mais le Centre canadien de lutte contre

l'alcoolisme et les toxicomanies estime qu'il se situait entre 75 000 et 125 000 en 2005 [156], dont environ un tiers sont des femmes [156].

À ce moment-là, je buvais et je faisais le party très souvent. J'étais alors ivre et, dans cet état, on ne pense pas à utiliser un préservatif – Jeune femme, mère [150]

Les femmes ont également plus tendance à partager le matériel de préparation et d'injection que les hommes, ce qui les expose à un risque accru d'infection à VIH. Dans l'étude *At Risk Youth Study* (ARYS) réalisée à Vancouver, on a constaté que sur les 154 participants UDI (n = 50 femmes), 42 % des femmes ont déclaré avoir partagé des seringues au cours des six derniers mois, comparativement à 12 % des hommes [157]. Dans une autre étude (VIDUS), on a observé que sur 565 participantes, 37,5 % (n = 212) avaient emprunté des seringues au cours des six derniers mois, tandis que 41,8 % disaient avoir prêté des seringues [63]. Enfin, dans une étude effectuée à Montréal auprès de personnes utilisatrices de drogues par injection, on a constaté que les femmes séropositives au VIH étaient plus nombreuses que celles qui étaient séronégatives à se procurer des seringues dans des « piqueries » (c'est-à-dire des endroits où les gens viennent se « piquer » ou s'injecter des drogues en groupe) [158].

Les motivations du partage du matériel d'injection et de préparation sont complexes. Voici quelques-unes des raisons citées dans la littérature : ne pas pouvoir se procurer du matériel et des seringues propres, faire confiance à ses partenaires en pensant qu'ils ne sont pas infectés, ne pas penser qu'ils sont à risque, ou avoir besoin d'aide pour l'injection [15;16]. Certaines études ont révélé que les femmes sont plus susceptibles d'avoir besoin d'aide pour effectuer l'injection parce que leurs veines sont plus petites que celles des hommes, ou encore à cause de leur anxiété ou de leur état de manque, parce qu'elles utilisent la technique d'injection par la veine jugulaire située au niveau du cou, qu'elles ne savent pas effectuer une auto-injection [16], qu'elles font confiance au savoir-faire de leur partenaire masculin [15], ou parce que le plus souvent,

l'administration de drogues est contrôlée par les hommes [13;14]. Dans une étude effectuée auprès de personnes utilisant des drogues par injection (VIDUS), on a observé que le fait d'avoir besoin d'aide pour l'injection était un facteur prédictif indépendant de la séroconversion au VIH même dans un contexte où l'échange de seringues était facilement accessible. Dans cette étude, les personnes qui recevaient l'injection étaient plus susceptibles d'être des femmes (rapport de cotes = 2:3). Les personnes qui avaient eu besoin d'aide étaient deux fois plus susceptibles de contracter le VIH [14].

Les dépendances que peuvent créer les toxicomanies, en particulier à l'égard de drogues telles que le crack, la cocaïne et l'héroïne, peuvent rendre les femmes encore plus vulnérables à l'infection à VIH. La nécessité d'obtenir de l'argent pour payer leurs drogues a été mentionnée à titre de raison pouvant expliquer pourquoi les femmes travaillent dans l'industrie du sexe ou se prostituant [14;159]. Comme l'ont expliqué Spittal et ses collaborateurs [14], « une corrélation a été établie entre les vulnérabilités au VIH des femmes utilisatrices de drogues par injection et la pratique consistant à avoir des relations sexuelles pour obtenir de l'argent ou des drogues ».

Par exemple, dans une étude effectuée auprès de 265 jeunes femmes de la rue à Montréal [14], on a constaté que celles qui travaillaient dans l'industrie du sexe étaient plus nombreuses à avoir fait état d'antécédents d'utilisation de drogues par injection que celles qui n'avaient jamais eu une telle activité. Dans une autre étude réalisée à Vancouver dans une cohorte de personnes utilisant des drogues par injection [14], on a observé une association entre le travail dans l'industrie du sexe et des taux élevés d'infection à VIH. D'après les données de l'étude, le taux de prévalence de base chez les femmes utilisatrices de drogues par injection était de 17 %, comparativement à 3 % seulement chez leurs homologues masculins. L'étude montre que le travail dans l'industrie du sexe à des fins de survie est associé à l'utilisation de drogues par injection et à un risque accru de séropositivité pour le VIH [160].

L'initiation à l'utilisation de drogues par injection à un jeune âge est également un facteur de risque pour la séroconversion au VIH. Dans une étude réalisée auprès de jeunes (moins de 29 ans) participants au projet VIDUS, on a observé que la proportion de personnes initiées à un jeune âge était plus élevée chez les femmes. Plus de la moitié des femmes dans cet échantillon de la population avaient commencé à utiliser des drogues par injection avant l'âge de 17 ans. On a observé une corrélation positive entre le début de la consommation à un âge plus jeune et l'infection tant à VIH qu'à VHC. Chez les personnes ayant commencé plus tôt à consommer, la probabilité d'avoir d'autres comportements à risque pour le VIH (y compris l'abus de drogues et la prostitution), était accrue [160]. Des résultats comparables ont été obtenus dans une autre étude, où l'on a observé que les femmes étaient plus susceptibles que les hommes à avoir commencé à s'injecter des drogues à un jeune âge [131].

La majorité des publications disponibles sur les femmes utilisatrices de drogues par injection font ressortir une surreprésentation des femmes autochtones dans cette population [13;63;131]. Dans une étude sur les facteurs de risque d'infection à VIH dans une cohorte de personnes utilisant des drogues par injection, on a constaté que l'incidence du VIH était 40 % plus élevée chez les femmes que chez les hommes dans le quartier Eastside de Vancouver; plus de 40 % des femmes de l'étude s'étaient déclarées Autochtones [13]. Ce phénomène s'observe aussi dans les données de surveillance du VIH, puisque près des deux tiers des femmes autochtones ayant fait l'objet de rapports de tests positifs pour le VIH sont exposées au virus par l'utilisation de drogues, tandis qu'un tiers le sont par les relations hétérosexuelles. Au contraire, chez les femmes non autochtones, deux tiers des femmes ayant fait l'objet de rapports de tests positifs pour le VIH sont exposées par les relations hétérosexuelles et un tiers, par l'utilisation de drogues par injection [11;161].

La nature illicite de l'utilisation de drogues par injection a pour conséquence que les femmes victimes de violence de la part des hommes ne peuvent compter

sur la protection offerte par les voies habituelles. Comme l'ont expliqué Spittal et ses collaborateurs [63], « il s'agit de l'un des défis de l'élaboration des programmes de réduction des méfaits, en particulier pour les femmes dont les pouvoirs de négociation peuvent être amoindris par la violence, l'itinérance et les interactions liées à l'utilisation de drogues et hors de leur contrôle ». Un centre d'injection supervisée, tel qu'*Insite*, a été décrit dans la littérature comme un lieu où les femmes peuvent procéder aux injections de manière plus sûre, en évitant la violence conjugale et la violence dans la rue [104].

d) Autres compétences d'adaptation

Certaines études mettent en évidence différentes stratégies ou compétences d'adaptation utilisées dans leur vie quotidienne par les femmes vivant avec le VIH. Une étude de l'utilisation par les personnes vivant avec le VIH/sida des services de médecine complémentaire et parallèle (MCP) révèle que les femmes sont plus nombreuses que les hommes à consommer de la marijuana pour lutter contre la douleur (45 % chez les femmes comparativement à 5 % chez les hommes) [162]. De surcroît, un plus grand nombre de femmes que d'hommes indiquaient avoir recours à la MCP, ce qui est également observé dans la population générale [163]. Toutefois, dans une autre étude sur les MCP, on a constaté que le recours aux suppléments chez les personnes vivant avec le VIH/sida était comparable pour les deux sexes, mais différent de celui de la population générale [164].

Selon une étude, les femmes africaines et caribéennes vivant avec le VIH préfèrent se tourner vers la médecine traditionnelle de leur culture pour traiter une maladie et n'utilisent la médecine occidentale qu'en dernier recours. La préférence de ce groupe de femmes pour la médecine traditionnelle réduit la probabilité qu'elles obtiennent des services médicaux et des traitements conventionnels contre le VIH [26].

Par ailleurs, les femmes séropositives pour le VIH utilisent des compétences d'adaptation différentes de celles des hommes pour faire face à leur maladie. Une

étude révèle que les femmes ont plus tendance que les hommes à se tourner vers leur réseau social et à pleurer pour se défouler en guise de stratégie d'adaptation. D'autres stratégies d'adaptation varient également selon le sexe, les femmes se tournant vers les travaux ménagers et la marche, et les hommes, vers les sports et l'exercice [69].

4.1.8 Développement sain durant l'enfance

L'enfance représente une période du développement hautement sensible, qui est unique à chaque enfant. Ces besoins développementaux ne sont actuellement pas pris en considération dans le système en place et, par conséquent, méritent une attention particulière. Toute occasion manquée de favoriser la santé de l'enfant à un stade quelconque de ce cycle peut avoir des répercussions négatives au cours de sa vie. La recherche scientifique a démontré que le dépistage précoce de difficultés ou de problèmes de développement conjugué à une réponse rapide et appropriée est indispensable pour assurer le développement sain de l'enfant [165].

a) Abus subis durant l'enfance

Certaines études ont montré que les abus d'ordre physique, psychologique ou sexuel subis durant l'enfance peuvent favoriser les comportements à risque plus tard dans la vie et, partant, la transmission du VIH. Dans une étude [76] réalisée auprès de jeunes Autochtones utilisateurs de drogues par injection ou par un autre moyen dans deux villes canadiennes, on a constaté que 68,3 % des femmes incluses dans l'analyse (179/262) avaient été victimes d'abus sexuels au moins une fois dans leur vie. L'âge moyen déclaré du premier incident d'abus était de six ans. Si les résultats ne sont pas stratifiés selon le sexe, les jeunes qui ont été victimes d'abus sexuels (n = 258) étaient cependant plus susceptibles d'avoir fréquenté la rue pendant plus de trois nuits ou d'avoir eu des relations sexuelles pour survivre que ceux qui n'avaient pas subi de tels actes (n = 285). La prévalence du VIH et du VHC était également plus élevée dans la première catégorie, avec des taux de 15,2 % et 32,6 % respectivement, par

rapport à 4,4 % et 29,1 %, respectivement, chez ceux n'ayant jamais subi d'abus sexuels (différences statistiquement significatives). L'étude a également révélé que ceux qui avaient subi des abus sexuels étaient plus susceptibles d'avoir utilisé des drogues en doses excessives et par injection.

Comme nous l'avons mentionné plus haut, différentes études réalisées auprès de femmes travaillant dans l'industrie du sexe (ou ayant des relations sexuelles pour assurer leur survie) ou utilisant des drogues par injection indiquent qu'un grand nombre de ces femmes ont des antécédents d'abus, et notamment d'abus sexuels [56;75;76;135;149;166]. Par exemple, dans une étude réalisée auprès des participants du projet VIDUS, on a constaté que la violence sexuelle durant l'enfance était un facteur prédictif de l'adoption de comportements à risque pour le VIH, p. ex. commencer à travailler dans l'industrie du sexe à 17 ans ou moins, avoir déjà travaillé dans cette industrie ou emprunter des aiguilles à une personne dont la séropositivité pour le VIH est connue [73]. Dans une autre étude, réalisée dans le quartier centre-est de Vancouver [167] où l'on a réalisé des entrevues avec 100 travailleuses du sexe de rue, on a fait les constatations suivantes : 82,0 % ont déclaré avoir subi des abus sexuels durant l'enfance perpétrés, en moyenne, par quatre personnes différentes; 72,0 % ont affirmé avoir été victimes d'abus physiques et 86,0 % ont indiqué être ou avoir été sans domicile fixe. Si cette étude indique l'existence d'une relation entre les abus subis durant l'enfance et le travail dans l'industrie du sexe, soulignons cependant qu'il serait faux d'affirmer que toutes les femmes victimes d'abus se prostituent, et que toutes les travailleuses du sexe subissent ou ont subi des abus.

Pour bon nombre d'Autochtones, le système des pensionnats et la perturbation culturelle qui leur ont été imposés ont eu pour conséquence l'éclatement de la cellule familiale, ce qui a contribué aux abus sexuels subis par les enfants autochtones et à leur surreprésentation dans les établissements où ils sont

pris en charge par l'État [76;80;149;166;168]. Les réalités actuelles des jeunes Autochtones sont façonnées par la perte de leur culture, le traumatisme de leur histoire et le système des pensionnats. Cette question est explorée de manière plus approfondie dans le rapport *Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Autochtones* [41].

4.1.9 Services de santé

Les services de santé, en particulier ceux conçus pour entretenir et favoriser la santé, pour prévenir la maladie et pour rétablir la santé et la capacité fonctionnelle, contribuent à la santé de la population. L'ensemble des soins offerts par ces services de santé englobe le traitement et la prévention secondaire [2].

Dans son rapport sur les inégalités entre les sexes en matière de santé, l'Organisation mondiale de la santé soutient que « dans la plupart des endroits du monde, les femmes ont davantage besoin de services de santé que les hommes, et que cette situation s'explique en grande partie par le fait que les femmes ont davantage recours aux services de prévention pour des moyens contraceptifs, le frottis cervical et d'autres tests diagnostiques, mais elle pourrait également être attribuable au plus grand nombre de problèmes de santé qui ne sont pas causés par des maladies liées à l'appareil reproducteur » [169]. Malgré la demande accrue de services de santé, bon nombre de Canadiennes se heurtent à des obstacles pour accéder au système de soins de santé conventionnel, notamment des obstacles liés à la langue et à l'absence d'information disponible dans d'autres langues que l'anglais ou le français [37], des difficultés d'ordre logistique telles que les difficultés d'accès à une garderie ou à des services à l'écoute des enfants pour les mères qui utilisent le système de soins de santé, ainsi qu'une attitude moralisatrice de la part des professionnels de la santé. Les femmes appartenant à des minorités visibles et à certaines communautés ethnoculturelles font face à des obstacles supplémentaires, dont le manque de compréhension de leur culture de la part des professionnels de la santé

et le manque de services de soins de santé et d'information culturellement appropriés [37;170]. En fin de compte, ces obstacles ont pour effet de limiter l'accès de ces femmes à des services de diagnostic, de soins et de traitement, ce qui augmente leur vulnérabilité à l'infection à VIH.

Des études montrent que les femmes qui sont également membres d'une minorité visible font face à des obstacles pour accéder à des services de soins de santé conventionnels en raison de la discrimination systémique liée à la race et à la stigmatisation en lien avec le VIH. Les femmes autochtones font face à des obstacles particuliers liés à la discrimination et ont de la difficulté à obtenir de l'information à jour sur la santé; mentionnons également les ressources inadéquates vers lesquelles peuvent être aiguillées les femmes autochtones séropositives pour le VIH. Par exemple, selon une étude, « bien que bon nombre de femmes autochtones continuent de chercher des services sensibilisés au genre, culturellement appropriés et qui tiendraient compte de leurs enfants, d'autres vivent dans l'isolement en raison des multiples expressions de la stigmatisation et des obstacles aux services » [171]. La même étude a également montré que les femmes autochtones souffraient de discrimination dans le système de soins de santé conventionnel, où leurs pratiques culturelles n'étaient pas respectées par les fournisseurs de soins de santé [172].

De plus, le système de soins de santé n'est pas toujours à l'écoute des besoins des femmes appartenant à une minorité visible. Ainsi, dans une étude réalisée à Toronto auprès de jeunes femmes appartenant à des minorités visibles, les participantes ont déclaré qu'à cause du racisme, il leur était difficile d'accéder aux services de santé et elles faisaient moins confiance aux dispensateurs de soins de santé. Les auteurs de l'étude ont conclu que « les problèmes systémiques tels que le nombre insuffisant de fournisseurs de soins de santé issus de groupes ethniques particuliers [et] le manque de renseignements et de services en matière de santé appropriés sur les plans culturel et linguistique » [173]

peuvent entraver l'accès aux services de santé chez les femmes appartenant à une minorité visible.

Les données révèlent que certains fournisseurs de soins de santé ne font pas toujours preuve de sensibilité aux besoins des femmes issues d'horizons culturels divers [35;172]. Ainsi, dans une étude réalisée dans des communautés africaines et caribéennes à Toronto, on a également constaté que la stigmatisation et la discrimination en lien avec le VIH de la part des professionnels de la santé et des organisations sanitaires communautaires avaient des conséquences sur l'accès de cette population aux soins de santé [90]. Dans la même étude, on note que « les personnes africaines et caribéennes sont devenues plus réticentes à obtenir des services liés au VIH et ont réagi par une attitude de plus en plus marquée de rejet et de perte de confiance à l'égard du système de soins de santé et de services sociaux qui, au lieu de les aider, est pour eux source de discrimination » [90].

Les femmes immigrantes qui comprennent mal, ou pas du tout, l'anglais ou le français ne savent pas quels services de santé leur sont offerts. En outre, leur incapacité à communiquer dans l'une ou l'autre des langues officielles les empêche de se renseigner adéquatement au sujet du VIH/sida [36;37;174]. Si certaines organisations offrent des services de traduction, bon nombre de femmes des communautés africaines et caribéennes n'y ont pas recours à cause du risque de violation de la confidentialité de leur séropositivité pour le VIH (notamment si le traducteur appartient à leur communauté) ou d'inexactitude de la traduction (notamment si le traducteur est leur partenaire) [36]. Si les femmes se fient à des traducteurs ou à leur partenaire pour la traduction, elles courent le risque d'être stigmatisées par leur communauté ou leur partenaire. D'autre part, si elles décident de se passer de services de traduction, elles peuvent ne pas recevoir de l'information adéquate en matière de santé. On trouvera de plus amples renseignements sur ces questions dans le *Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Autochtones* [41] et *Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes* :

Personnes provenant de pays où le VIH est endémique - Population noire de descendance africaine et caribéenne vivant au Canada [45].

Pourquoi ne pas mettre l'accent sur la sensibilisation? De cette manière, lorsque vous entrez pour la première fois dans le cabinet d'un médecin, vous pourriez lui dire « Bonjour, je suis une personne transgenre », et on ne vous lancerait pas ce regard vide et vitreux qui veut dire « Je n'ai jamais vu de personne comme vous auparavant » – Personne transgenre [68]

L'orientation sexuelle d'une personne peut également avoir une incidence sur son accès aux services de santé étant donné que les dispensateurs de soins de santé peuvent faire des suppositions erronées sur les activités à risque en se fondant sur celle-ci. Par exemple, les recherches montrent que certains dispensateurs de soins de santé supposent à tort que les femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes, ou FRSF (les FRSF comprennent les femmes qui se disent lesbiennes, bisexuelles ou bispirituelles) ne sont pas à risque de contracter le VIH. Cette supposition ne tient pas compte du fait que bon nombre de FRSF ont eu ou continuent d'avoir des contacts sexuels avec des hommes et démontre leur manque de connaissances générales sur les FRSF et leurs besoins en matière de soins de santé [94;175]. Dans une étude, on conclut que l'absence de renseignements sur le VIH et d'autres données de surveillance et de recherche en matière de santé concernant spécifiquement les FRSF « a contribué par inadvertance à créer le mythe, tant chez les dispensateurs de soins de santé que chez les femmes elles-mêmes, selon lequel le risque de contracter le VIH/sida et des MTS (maladies transmises sexuellement) est inexistant ou faible chez les lesbiennes » [175].

En fait, les FRSF peuvent présenter une vulnérabilité accrue au VIH en raison de facteurs liés à leur incapacité à aller chercher des services de soins de santé et à leur réticence à le faire. Ainsi, les FRSF auraient des taux de problèmes de santé mentale plus élevés et de moins bonnes stratégies d'adaptation que les femmes hétérosexuelles [94]. De plus, les FRSF

éprouveraient des difficultés à recevoir des soins de santé adéquats, en raison « d'un milieu de soins de santé hétérosexiste, voire homophobe dans le pire des cas » [94;175]. De plus, la crainte d'être victime d'une discrimination de la part des dispensateurs de soins de santé peut amener certaines FRSF à ne pas avoir recours à leurs services. Dans une étude réalisée auprès de 98 femmes lesbiennes et bisexuelles vivant dans les provinces de l'Atlantique, 38 % des participantes ont déclaré avoir omis au moins une fois de passer un examen médical de routine ou d'avoir recours à des soins de santé mentale en raison de leur orientation sexuelle, « afin de se protéger contre tout risque de conséquences négatives mentales ou physiques si elles devaient faire face à des dispensateurs de soins de santé homophobes » [175]. Selon les recherches, il est nécessaire d'offrir aux FRSF de l'information exacte sur les risques de transmission des ITS et du VIH.

Dans la littérature didactique sur le VIH/sida, on explique que la manière dont on administre les soins de santé joue un rôle dans les résultats insatisfaisants en matière de santé observés chez certains groupes de femmes [176]. Des études ont montré que pour rejoindre les populations féminines particulièrement vulnérables, notamment les femmes vivant dans la rue ou celles qui ont des relations sexuelles pour survivre, il faudrait élaborer des stratégies spécifiques, par exemple des programmes d'intervention directe dans la communauté afin d'améliorer l'accès aux services [177;178]. Ainsi, dans une étude réalisée auprès de 126 femmes fréquentant une fois par semaine une clinique de santé communautaire réservée aux femmes dans le quartier centre-est de Vancouver, on a constaté que 14 % des participantes n'avaient pas bénéficié de soins en matière de santé sexuelle (p. ex. test de Papanicolaou, tests de dépistage des ITS ou du VIH) au cours de l'année précédente [177]. Ces résultats étaient remarquables parce que les deux seuls cas d'ITS ont été observés chez des femmes qui participaient au programme pour la première fois. Les auteurs concluent qu'« il est nécessaire d'encourager les programmes de dépistage en milieu communautaire,

tels que ceux offerts par l'intermédiaire du volet du programme consacré aux infirmières de rue, afin d'accroître l'utilisation des services dans ces populations présentant un risque plus élevé » [177].

De simples facteurs structurels, tels que les tranches horaires durant lesquelles les services de santé sont disponibles, peuvent également créer des obstacles à l'accès pour certains groupes de femmes. Par exemple, dans une étude réalisée au Québec auprès de 201 femmes travaillant dans l'industrie du sexe, on a constaté que même si plus de 80 % des participantes avaient pu consulter un professionnel de la santé assez facilement au cours des 12 derniers mois, les heures d'ouverture limitées et les longs délais d'attente pour certains services tels les soins en santé mentale leur avaient créé des difficultés [179].

Les femmes vivant avec le VIH peuvent également se heurter à des obstacles pour obtenir des soins de santé en raison de l'insensibilité et de l'ignorance des professionnels de la santé concernant le VIH/sida. Le manque de sensibilité des dispensateurs de soins peut se manifester par une stigmatisation et de la discrimination envers les femmes vivant avec le VIH. Ainsi, des femmes vivant avec le VIH ont raconté avoir été blessées et dévalorisées par les professionnels de la santé chaque fois qu'elles devaient répéter leurs antécédents médicaux [69]. Les données révèlent également que les femmes travaillant dans l'industrie du sexe, dans la rue ou ailleurs, sont profondément atteintes par la stigmatisation et la discrimination qu'elles subissent dans leurs interactions avec les professionnels de la santé [180;181]. Ainsi, dans l'étude du Vancouver Area Network of Drug Users (VANDU) de la Colombie-Britannique, les femmes travaillant dans l'industrie du sexe ou utilisant des drogues par injection ont dû cacher aux dispensateurs de soins de santé leurs activités à haut risque en raison de la stigmatisation dont elles étaient victimes; en conséquence, les services de soins de santé qu'elles recevaient ne répondaient pas nécessairement à leurs besoins [148].

Les femmes incarcérées dans les prisons canadiennes sont également confrontées à un certain nombre d'obstacles à l'accès aux services de santé et à l'information sur le VIH, notamment : la difficulté d'obtenir de l'information discrète, facile à comprendre et rédigée dans un langage clair sur le VIH/sida, et l'insuffisance des services de counseling avant et après les tests de dépistage, en dépit de la proportion élevée de femmes passant le test; l'irrégularité de l'accès aux services médicaux de base tels que les analyses de sang ou la consultation d'un médecin [125].

a) Options thérapeutiques

Le traitement de substitution à la méthadone (TSM) est une option thérapeutique disponible au Canada pour les personnes ayant une dépendance à l'égard de l'héroïne, de la morphine et d'autres opiacés. Toutefois, les données sur l'accès des femmes au TSM et leur recours à cette option sont contradictoires. Dans l'étude VIDUS [182], on a constaté une association positive et significative entre le fait d'être une femme séropositive fumant du crack et le recours au TSM. De même, on a observé une association significative entre d'une part, l'origine ethnique autochtone, le travail dans l'industrie du sexe, le prêt de seringues et l'injection d'héroïne et, d'autre part, le non-recours au TSM. Dans une étude réalisée auprès de participants à un programme de TSM à faible seuil à Montréal [183], on a constaté que la probabilité du retrait de ce programme était deux fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Selon d'autres études, en raison de la stigmatisation que subissent les femmes toxicomanes, celles-ci hésitent à utiliser les services de santé dans ce domaine. Les enfants jouent également un rôle important dans cette décision, car les mères n'arrivent pas toujours à les faire garder pendant qu'elles suivent un traitement pour leur toxicomanie; elles craignent aussi, parfois, que les services d'aide à l'enfance leur retirent la garde de leur enfant si elles reconnaissent avoir un problème de dépendance [19;147;184].

Pour les femmes qui ont été agressées sexuellement, la prophylaxie post-exposition (PPE), un traitement antirétroviral de courte durée, est offerte au Canada

pour réduire le risque d'infection à VIH après une exposition. Cependant, les médicaments peuvent avoir de graves effets secondaires et le traitement dure plusieurs semaines. Dans une étude sur la PPE pour le VIH après une agression sexuelle (où 97,7 % des participants à l'étude étaient des femmes), on a proposé cette thérapie à 69 des 71 participantes à haut risque et à 729 des 829 participantes dont le risque était inconnu. Parmi les participantes auxquelles on a proposé le traitement, celui-ci a été accepté par 66,7 % des participantes à haut risque et par 41,3 % des participantes dont le risque était inconnu. Les raisons du refus de la PPE étaient notamment l'absence d'inquiétude à l'égard du VIH (63,0 %), l'anxiété au sujet des effets secondaires défavorables (44,6 %) et l'incapacité ou le refus de suivre le régime thérapeutique ou de se présenter à nouveau pour le suivi (16,4 %) [185].

b) Test de dépistage du VIH

Pour réduire la propagation du VIH et assurer l'accès aux soins médicaux des personnes séropositives, il est crucial de faire en sorte que tous puissent subir un test de dépistage de ce virus. À la fin de 2008, on estimait que 26 % des 65 000 personnes vivant avec le VIH au Canada ignoraient qu'elles avaient contracté cette infection [11].

Les publications canadiennes indiquent que les différents obstacles à l'accès aux tests de dépistage du VIH chez les femmes comprennent l'opinion - de la personne ou du fournisseur de soins de santé - que les femmes ne sont pas à risque d'infection à VIH. Les obstacles propres aux femmes comprennent également la crainte de la stigmatisation et de la discrimination liée au VIH [186], la crainte de perdre ses enfants par la divulgation de comportements à risque à l'égard du VIH, par exemple l'usage de drogues illicites [135] et, enfin, la crainte de recevoir un résultat positif au test de dépistage du VIH [135]. D'autres articles et des études ont indiqué que certains groupes de femmes faisaient face à d'autres obstacles particuliers à l'accès au test de dépistage. Par exemple, selon le Plan intégral d'action sur le VIH et les femmes « les femmes

autochtones, celles qui vivent dans plusieurs régions rurales ou éloignées et les femmes de couleur issues de diverses communautés éprouvent des difficultés à accéder aux services de diagnostic et de test au Canada à cause des facteurs suivants : craintes concernant la confidentialité, un manque de connaissances au sujet du VIH ou de la nécessité de passer un test, et biais imputable aux fournisseurs de soins de santé » [187].

Les jeunes femmes se heurtent également à des obstacles particuliers à l'accès au test de dépistage du VIH. Dans une étude sur les obstacles à l'accès aux tests de dépistage des ITS pour les jeunes vivant dans une région minière éloignée, les jeunes femmes ont indiqué que la crainte d'être étiquetées comme des femmes ayant des mœurs légères était un obstacle. Or, les craintes de ces jeunes femmes étaient fondées : les hommes dans le groupe à l'étude décrivaient les femmes de la communauté qui étaient perçues comme étant sexuellement disponibles de manière stéréotypée et négative, en employant des termes tels que « salopes », « putes », « vulgaires » ou « douteuses » en fonction de leur habillement ou de leur réputation sexuelle [188]. Cette étude montre que les normes sociales qui stigmatisent la sexualité des femmes peuvent rendre l'accès aux tests de dépistage du VIH encore plus difficile pour celles-ci, surtout les jeunes femmes. Projets de recherche portant sur la violence faite aux femmes et le VIH/sida

Peut-être que [les Autochtones] ne veulent pas dire exactement [à la personne qui administre le test] pourquoi ils veulent ce test [de dépistage du VIH]... La personne qui administre le test porte des jugements, et je pense que c'est une barrière réelle. Je sais que c'est une barrière pour moi... Quand la personne qui administrait le test m'a demandé pourquoi je voulais le test, je me suis sentie immédiatement jugée. Cela m'a mis sur la défensive. Cela m'a donné l'impression que je devais me justifier – Femme autochtone [135]

Les femmes qui travaillent dans l'industrie du sexe doivent surmonter d'autres obstacles pour accéder aux tests de dépistage du VIH. Dans une étude qualitative

réalisée auprès de 18 femmes qui travaillent dans l'industrie du sexe dans des établissements à Vancouver, on a constaté que si les participantes pensaient être exposées à un risque significatif de contracter une infection à VIH, elles faisaient aussi état de difficultés pour obtenir de l'information au sujet du VIH et subir un test de dépistage. Ces difficultés étaient particulièrement importantes pour les femmes issues de l'immigration [132].

Je vais voir mon médecin pour passer des tests tous les 3 mois, c'est sûr. Même si j'ai un partenaire stable, j'ai vraiment peur. J'ai des amis qui ont le sida et je ne sais pas ce qui pourrait arriver. Je passe systématiquement des tests tous les 3 mois – Femme, travailleuse du sexe [179]

Évidemment, lorsque je vois le médecin, je ne lui dis pas ce que je fais. Toutefois, je consulte au sujet des maladies, ce qui signifie que je n'ai pas le choix. Mais si on ne me pose pas de questions, je ne dis rien. – Femme, travailleuse du sexe [179]

Certaines études se sont également penchées sur des problèmes plus larges associés au test de dépistage pour le VIH. Par exemple, une étude a examiné l'expérience de femmes ayant immigré au Canada en matière de test de dépistage pour le VIH. Les participantes à l'étude ont décrit le test de dépistage du VIH qu'elles ont subi dans le contexte de l'examen médical réglementaire de la procédure d'immigration (EMR) - une étape obligatoire du processus d'immigration - comme une expérience négative. Les répondantes ont parlé de leur manque de connaissance et de compréhension du test et de l'impression de devoir passer le test dans la précipitation. Elles ont attribué leur opinion négative du test à l'absence de services de counseling positifs et axés sur les femmes après le test, à l'absence de mécanisme de référence approprié et à l'impression qu'il y avait eu des manquements à la confidentialité [189].

Une autre étude a révélé que les femmes provenant de pays où le VIH est endémique étaient réticentes à

connaître leur résultat au test de dépistage du VIH dans le cadre du processus d'immigration par crainte de se voir retirer leurs enfants si le résultat s'avérait positif [36]. La crainte de se voir retirer leurs enfants a également été mentionnée comme un obstacle important au test de dépistage du VIH dans une étude auprès de mères d'origine autochtone séropositives pour le VIH [92] et dans une étude auprès de jeunes mères séropositives [190].

c) Dépistage du VIH chez les femmes enceintes

Comme nous l'avons mentionné dans le chapitre 3, il existe au Canada deux approches différentes en matière de dépistage du VIH dans le contexte prénatal, à savoir celle « avec option d'adhésion » et celle « avec option de retrait ». Dans les deux approches, on offre aux femmes la possibilité de subir un test de dépistage du VIH et le professionnel de la santé est tenu de discuter de cette question avec la cliente et d'obtenir son consentement avant d'administrer le test [191]. Il est très important de s'assurer que la femme donne un consentement éclairé et reçoit des conseils adéquats avant et après le test. Csete et ses collaborateurs font remarquer que « s'il semble toujours exister un consensus solide en ce qui concerne l'importance, du moins en théorie, du consentement éclairé et du counseling avant le passage du test [pour le dépistage prénatal du VIH], il est difficile de savoir quelle est la pratique réelle au Canada en matière de counseling des femmes enceintes au sujet du VIH et de partage de l'information associée au consentement éclairé » [192].

Dans une étude réalisée en 2008 à Toronto auprès de 299 femmes enceintes au sujet de leur expérience en matière de consentement éclairé pour subir un test de dépistage prénatal du VIH, on a observé que 74 % des participantes se rappelaient qu'un clinicien leur avait parlé du test de dépistage du VIH et que 70 % de ces femmes pensaient s'être vu offrir la possibilité de refuser de le passer [193]. Les auteurs ont conclu que, si « le consentement éclairé au test de dépistage prénatal du VIH est généralement obtenu selon des modalités conformes à celles prévues par les lignes

directrices provinciales... un nombre élevé de femmes ne se voit pas proposer ce test ou, dans certains cas, le subit sans y avoir consenti » [193]. Dans une autre étude qualitative réalisée auprès de 44 femmes africaines et caribéennes vivant en Ontario qui avaient passé un test de dépistage prénatal du VIH, des thèmes similaires ont été évoqués. La majorité des femmes interrogées avaient reçu des services de counseling inadéquats avant et après le test de dépistage, ce qui avait eu les conséquences suivantes : une connaissance insuffisante au sujet du VIH et des risques associés à la transmission verticale; peur, panique et idées suicidaires après avoir reçu un diagnostic positif à l'égard du VIH sans bénéficier de conseils professionnels ou de soutien social appropriés; une ignorance des politiques en matière de confidentialité concernant la divulgation de la séropositivité pour le VIH [194]. Partout au Canada, les femmes qui passent un test de dépistage prénatal du VIH, sans égard à la politique en vigueur dans leur province ou territoire de résidence, rapportent différentes expériences à cet égard. Des études sur les pratiques canadiennes en matière de dépistage prénatal du VIH révèlent que les femmes reçoivent un counseling insuffisant, tant avant le test, au sujet des risques et des avantages qu'il comporte, qu'après; les femmes mentionnent également qu'il y a une confusion au sujet du caractère obligatoire du test [192;195;196].

J'ai été diagnostiquée en 1990. J'étais déjà au courant pour le VIH, et lorsque j'ai ressenti les symptômes classiques de la séroconversion, je me suis dit qu'il était préférable de passer le test. J'avais un pressentiment. Comme je ne correspondais pas aux stéréotypes, j'ai dû convaincre un médecin de me faire passer le test et je n'ai pas été surprise d'apprendre que le résultat était positif (le médecin, lui, a été étonné) – Femme vivant avec le VIH [67]

D'après les recherches, la décision d'un dispensateur de soins de santé de proposer un test de dépistage du VIH à une patiente enceinte est prise en fonction de plusieurs facteurs, y compris les caractéristiques personnelles de leur cliente et le risque qu'elle court,

selon leur perception, de contracter le VIH. Dans une étude réalisée en 2002 auprès de 2 129 médecins qui dispensent des soins prénataux, on a observé que « la décision d'un médecin de proposer un test de dépistage du VIH durant la grossesse est prise en fonction de nombreuses caractéristiques personnelles telles que la spécialité, l'âge et les habitudes en matière de pratique et les connaissances au sujet du risque et de la prévention de la transmission mère-enfant » [197]. Les obstétriciens et les médecins de sexe féminin étaient plus nombreux à offrir un test de dépistage prénatal du VIH à l'ensemble ou à la majorité de leurs patientes que les médecins de famille et les praticiens de sexe masculin. Par ailleurs, les médecins étaient plus susceptibles de proposer ou de recommander un dépistage prénatal du VIH lorsqu'ils exerçaient dans une région où des recommandations provinciales ou une politique gouvernementale prévoyaient une telle pratique, ou dans des secteurs où la prévalence déclarée du VIH était supérieure à 5/10 000 (taux de prévalence établi par les auteurs en fonction de la répartition de l'infection à VIH au Canada) [197].

4.1.10 Culture et race

Certaines personnes et certains groupes peuvent faire face à des risques additionnels pour leur santé à cause d'un milieu socio-économique déterminé dans une large mesure par des valeurs culturelles dominantes contribuant à perpétuer certaines conditions comme la marginalisation, la stigmatisation, la perte ou la dévaluation de la langue et de la culture et le manque d'accès à des soins et services de santé adaptés à la culture du patient [2].

Les données épidémiologiques indiquent que les femmes qui viennent de pays où le VIH est endémique ou qui sont d'origine autochtone sont plus susceptibles d'être infectées par ce virus que celles appartenant à d'autres populations. Des données indiquent que des facteurs liés à la culture et à la race augmenteraient la vulnérabilité des femmes appartenant à ces groupes ethnoculturels à l'infection par le VIH.

Pour les besoins de cette section, la culture a été définie comme l'ensemble des croyances, des valeurs, des coutumes, des comportements et des normes qui prévalent au sein d'une communauté ethnique particulière. Pour les femmes appartenant à une communauté ethnoculturelle particulière, la culture peut être vécue de deux façons : premièrement par les coutumes, les valeurs, les pratiques et les croyances de leur communauté et deuxièmement, par l'effet exercé par la culture dominante sur leur vie en tant que femmes membres d'une communauté [135]. Les facteurs liés à la culture peuvent empêcher les femmes d'avoir accès à l'information, aux soins ou aux services en matière de santé dont elles ont besoin. En revanche, ces facteurs peuvent également jouer un rôle important en favorisant la résilience étant donné que les forces et les mécanismes d'adaptation peuvent être ancrés dans les valeurs de la communauté ou liés à la culture ou au groupe ethnique.

Durant le régime colonialiste, les Européens ont imposé leur loi aux communautés autochtones, les ont déplacées et ont fait prévaloir leur vision du rôle de la femme dans la société. Chez les Autochtones, cette expérience a eu pour conséquence de déposséder les femmes autochtones de leurs droits et de dévaluer leur rôle social au sein de leur communauté [92]. Le passage du système traditionnel (qui était, dans certains cas, matrilineaire ou matriarcal) à celui d'un chef et d'un conseil de bande élus, le caractère assimilateur des politiques et des systèmes en matière d'éducation et la mise en œuvre d'un régime de gouvernance dans lequel les femmes n'ont aucun statut légal sont autant de facteurs qui ont contribué à la vulnérabilité actuelle des femmes autochtones à l'infection à VIH [91;92;191].

Cet héritage continue d'exercer ses effets dommageables sur le statut socio-économique des femmes autochtones, puisque celles-ci sont deux fois plus susceptibles d'être pauvres que leurs homologues non autochtones et sont plus nombreuses à vivre dans un environnement où la consommation d'alcool et de drogues et la violence masculine conjugale sont très répandues [91]. Ces conditions socio-économiques sont

fortement corrélées à un résultat positif au test de dépistage du VIH chez les femmes autochtones, car elles sont propices à l'adoption de comportements à haut risque tels que le travail dans l'industrie du sexe, l'utilisation de drogues par injection et l'alcoolisme [91;92]. Comme le fait remarquer Csete, « le VIH/sida chez les femmes autochtones ne saurait être compris indépendamment de la pauvreté, des relations de pouvoir entre les sexes, ainsi qu'à de la violence et de la discrimination, notamment le racisme systémique dans la prestation des services de santé » [41]. Les attitudes racistes et sexistes présente dans l'ensemble de la société contribuent à accroître le risque que les femmes autochtones soient victimes de violence ou d'agression sexuelle, augmentant ainsi leur vulnérabilité à l'infection VIH [191].

Une étude a révélé que l'intégration des cultures autochtones dans les approches de dépistage du VIH est un élément essentiel pour gagner la confiance des femmes autochtones. Dans le cadre de cette étude, les femmes autochtones ont expliqué que les approches appropriées d'un point de vue culturel, notamment « la sensibilisation et les connaissances à l'égard des problèmes auxquels peuvent faire face les femmes autochtones, l'intégration des valeurs traditionnelles transmises, des pratiques et de la spiritualité autochtones, le caractère invitant de l'environnement physique et le fait que les membres du personnel soient autochtones » étaient importantes pour elles [135]. C'est une constatation importante étant donné que la culture peut être une source féconde de force et de résilience pour les femmes autochtones. Dans une autre étude, on a constaté que les femmes autochtones trouvaient dans la spiritualité la résilience ou les mécanismes d'adaptation dont elles avaient besoin lorsqu'elles s'occupaient d'une personne vivant avec le VIH/sida [92]. Comme l'affirme l'auteur, « c'est [la spiritualité] le ciment qui assure leur [femmes autochtones] cohésion » [92].

Le Réseau canadien autochtone du sida (RCAS) a rendu public un énoncé de position dans lequel il appelle à l'action pour appuyer les femmes, les enfants et les

familles autochtones touchés par le VIH/sida. Dans cet énoncé, il recommande la révision des formulaires de traitements médicaux afin qu'ils tiennent compte de la culture autochtone et une augmentation de la prestation de services et de soins de santé tenant compte des spécificités propres à la culture et au genre (en particulier dans le cadre du dépistage du VIH et du counseling pour les femmes autochtones, en plus des méthodes de guérison autochtones) [91]. D'après certaines études, les femmes autochtones n'utiliseraient pas les services offerts à la population générale par crainte d'être victimes de discrimination. On laisse entendre que ces femmes associent au colonialisme et au racisme les soins de santé pour le VIH fondés sur la médecine conventionnelle et, pour cette raison, ont tendance à ne pas y avoir recours [92;135].

D'après le rapport, si les femmes provenant de pays où le VIH est endémique ne constituent pas un groupe homogène, il ressort cependant de plusieurs études que certaines pratiques et normes culturelles au sein de communautés ethnoculturelles ou immigrantes en particulier peuvent accentuer la vulnérabilité des femmes au VIH et les dissuader de recourir aux stratégies de prévention. Il s'agit notamment de la polygamie, des pratiques culturelles concernant l'appareil génital féminin et des normes, des croyances et des attitudes culturelles à l'égard de la sexualité et du VIH/sida.

Les attitudes patriarcales à l'origine de la domination masculine et de la soumission féminine sont manifestes dans bon nombre de cultures africaines et caribéennes. Comme ces attitudes limitent leur pouvoir et leurs choix, il peut s'avérer difficile pour ces femmes de négocier le port du condom [35;36]. Cela est particulièrement vrai dans le cas des relations conjugales [46]. Dans une étude, on a observé que certaines femmes jamaïcaines voient le mariage comme un facteur augmentant leur vulnérabilité à l'infection à VIH; pour ces femmes, il n'existe pas de « relations sexuelles protégées » dans le mariage [90].

Dans la même étude, des femmes caribéennes parlent de la vulnérabilité et de l'absence de contrôle que ressentent les femmes à l'égard de leur propre corps. Dans le cadre d'une autre étude, des femmes kényanes ont évoqué la difficulté pour les femmes mariées de refuser les relations sexuelles sans condom.

Dans la famille africaine traditionnelle, même si une femme sait que son mari a des concubines, elle ne peut pas lui demander d'utiliser un condom – Femme noire [46].

On nous a élevées en nous disant qu'après le mariage, on n'utilise pas de condom, on n'a pas de relations sexuelles protégées. C'est notre mari (...). On ne peut pas faire cela. Vous savez, c'est mon mari, pourquoi devrais-je prendre des précautions? Et les hommes vont dire « Peut-être que tu as des amants. Ou peut-être que tu fais des choses que tu ne devrais pas faire – Femme noire [90].

La polygamie, cette pratique patriarcale, culturelle et religieuse permettant à un homme d'avoir plus d'une épouse, accroît la vulnérabilité des femmes au VIH en raison du risque accru pour elles de contracter une ITS dans le cadre d'un mariage polygame, où le port du condom peut être rare [36;46;198]. Si la polygamie n'est pas légale au Canada, une telle pratique a cependant été observée dans certaines communautés ethnoculturelles noires [36;38].

Deux pratiques culturelles touchant l'appareil génital féminin, les mutilations génitales féminines (MGF)⁴⁹. Les mutilations génitales féminines (MGF) « incluent toutes les interventions incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toutes autres lésions des organes génitaux féminins qui sont pratiquées pour des raisons non-médicales » [199]. et la douche vaginale ou l'assèchement du vagin, qui ont cours dans les communautés africaines et

caribéennes, augmentent le risque pour les femmes de contracter le VIH/sida [36]. Malgré que les MGF soient reconnus au niveau international comme étant une violation des droits humains des filles et des femmes [199], elles continuent d'être pratiquées au sein de certaines communautés africaines au Canada. Elles peuvent consister à rétrécir l'ouverture vaginale ou à la sceller; ces pratiques sont liées à la virginité prénuptiale et à la fidélité conjugale [200].

La MGF est également motivée par les croyances sur ce qui constitue un comportement sexuel acceptable chez la femme [199]. Cette pratique a pour conséquence de créer une cicatrice dans les voies génitales de la femme, ce qui la rend plus vulnérable aux infections, y compris au VIH. De plus, la MGF et l'accent qui est mis sur la virginité prénuptiale, conjugués au caractère succinct de l'éducation sexuelle, peuvent amener les femmes à avoir des relations sexuelles anales; en effet, d'après certaines recherches, les femmes désireuses de conserver leur virginité jusqu'au mariage pourraient y recourir au lieu d'opter pour la voie vaginale [26], ce qui a pour conséquence d'accroître leur risque de contracter une infection à VIH.

La seconde pratique touchant l'appareil génital féminin, la douche vaginale ou l'assèchement du vagin, consiste à effectuer un nettoyage du vagin et est utilisée par les femmes pour éliminer tout signe de rapport sexuel. Cette pratique a pour effet d'assécher la paroi vaginale et d'accroître les frottements durant les rapports sexuels. Elle est le plus souvent observée au sein des communautés africaines et caribéennes au Canada et est étroitement liée aux notions de propreté ou de pureté [36]. Elle accroît les frottements durant les rapports sexuels et peut aboutir à un déchirement de cette paroi ou du condom et, par voie de conséquence, accroître le risque pour la femme de contracter une infection, notamment à VIH [36].

La raison pour laquelle elle refuse d'avoir des relations sexuelles protégées est que les semences de Dieu ne doivent pas être jetées sur le sol... cela va à l'encontre de ses convictions religieuses – Femme noire [46].

49 Les mutilations génitales féminines (MGF) « incluent toutes les interventions incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toutes autres lésions des organes génitaux féminins qui sont pratiquées pour des raisons non-médicales » [199].

Dans certaines communautés ethnoculturelles du Canada, le VIH/sida est considéré comme un indicateur d'un comportement moralement répréhensible plutôt que comme un problème de santé [46]. Plus précisément, dans les communautés africaines et caribéennes, on a tendance à associer le VIH aux relations extraconjugales et à la débauche. Une telle attitude empêche les femmes de se protéger du VIH, car bon nombre d'entre elles hésitent à demander à leur partenaire de porter un condom par crainte d'être accusées d'avoir des mœurs légères [90]. De plus, les questions d'ordre sexuel sont considérées comme étant taboues chez les membres de ces communautés. Du fait de la « loi du silence » imposée aux questions d'ordre sexuel dans ces communautés, selon laquelle on évite généralement de les aborder, il est encore plus difficile de parler du VIH/sida et de reconnaître son existence à l'intérieur ou à l'extérieur de ces groupes [35;36;90].

Les normes et les valeurs africaines et caribéennes peuvent nuire aux stratégies de prévention ou d'intervention dans ces communautés au Canada, en particulier si elles vont à l'encontre des principes de santé publique. Comme l'explique un des participants à l'étude, « il est très difficile de convaincre un groupe de femmes qui ont subi certains rituels traditionnels d'accepter ou de comprendre qu'elles doivent abandonner certains de ces rituels pour éviter tout risque » [46]. Par exemple, les institutions religieuses peuvent elles aussi entraver les efforts de prévention de la transmission du VIH lorsqu'elles imposent aux femmes certains comportements qui vont à l'encontre des messages de santé publique, y compris au sujet du port du condom [46]. De plus, comme l'explique l'un des participants à l'étude, « les Églises donnent aux femmes la consigne d'obéir à leur mari; par conséquent, si elles faisaient face à leur mari pour lui parler de ses pratiques sexuelles, elles enfreindraient des normes culturelles et religieuses sacrées et ne seraient pas soutenues par leur communauté » [38]. Sans l'appui des grandes institutions culturelles, la capacité de la santé publique d'opérer des changements et d'accomplir des progrès en matière de prévention du VIH demeure limitée [35;46].

Par ailleurs, l'homophobie qui règne au sein des communautés africaines et caribéennes peut inciter les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) à commencer et à continuer à avoir des relations sexuelles avec des femmes, une situation qui expose celles-ci à un risque de contracter le VIH [46]. D'après une étude [90], « dans les communautés africaines et caribéennes, l'homosexualité est généralement stigmatisée comme étant malsaine, immorale ou contraire aux normes et aux valeurs culturelles traditionnelles ». Le préjugé selon lequel le VIH/sida est une « maladie d'homosexuels » ou que les hommes homosexuels doivent porter le blâme du VIH/sida exacerbe la stigmatisation vécue par les HARSAH dans ces communautés. Elle peut également entraver la prévention du VIH chez les HARSAH et les femmes qui ont des relations avec les HARSAH au sein des communautés africaines et caribéennes ».

*Je connais des hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes dans la communauté, et ils se cachent. Ils ont souvent une petite amie pour faire diversion, afin que les gens ne se doutent pas qu'ils ont une orientation sexuelle différente ou qu'ils sont homosexuels (...). Cette clandestinité pose un risque pour nous les femmes, parce qu'on ne peut jamais savoir si et à quel moment notre partenaire a des relations sexuelles avec un autre homme –
Femme noire [46].*

4.2 Références

- [1] Nations Unies. Rapport de la quatrième conférence mondiale sur les femmes, Beijing, 4-15 sept. 1995. 1996 [consulté juil. 2010]. Disponible : <http://www.un.org/french/womenwatch/followup/beijing5/docs/prgaction.pdf>
- [2] Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. Pour un avenir en santé: deuxième rapport sur la santé de la population canadienne. Ottawa: Santé Canada; 1999 sept.

[3] Agence de la santé publique du Canada. Qu'est-ce qui détermine la santé? juin 2003 [consulté juil. 2010]. Disponible : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-fra.php>

[4] Esplen E, Jolly S. Gender and sex: A sample of definitions. BRIDGE (gender and development). déc. 2006 [consulté juil. 2010]. Disponible : http://www.bridge.ids.ac.uk/reports/R70_gender_sex_categories.pdf

[5] Coalition interagence sida et développement. VIH/sida et genre sexuel. juil. 2006 [consulté juil. 2010]. Disponible : http://www.icad-cisd.com/pdf/Gender_Issues_FR_FINAL.pdf

[6] Organisation mondiale de la santé. Genre, femmes et santé. 2009 [consulté juil. 2010]. Disponible : http://www.who.int/gender/hiv_aids/fr

[7] United Nations Development Fund for Women (UNIFEM). Turning the tide: CEDAW and the gender dimensions of the HIV/AIDS pandemic. 2001 [consulté juil. 2010]. Disponible : http://www.unifem.org/materials/item_detail.php?ProductID=13

[8] Clow B, Pederson A, Haworth-Brockman M, Bernier J. Se montrer à la hauteur du défi : l'analyse des influences du genre et du sexe en planification, en élaboration de politiques et en recherche dans le domaine de la santé au Canada. Halifax: Centre d'excellence de l'Atlantique pour la santé des femmes. 2009.

[9] Wingood GM, DiClemente RJ. Application of the theory of gender and power to examine HIV-related exposures, risk factors, and effective interventions for women. Health Educ Behav. 2000; 27 (5): 539-65.

[10] Clow B. Une épidémie invisible: les implications de l'absence de distinction entre les sexes pour la gestion du VIH/sida dans les pays à faible incidence. Bulletin de recherche : Rapports sociaux entre les sexes et VIH/sida : passons aux actes. 2006 [consulté juil. 2010]; 5 (2): 4-5. Disponible : <http://www.cewh-cesf.ca/fr/publications/BR/fv5n2/page2.shtml>

[11] Agence de la santé publique du Canada. Le VIH et le sida au Canada : rapport de surveillance en date du 31 décembre 2009. Ottawa: Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada. 2010.

[12] McPhedran M, Bazilli S. Les virus de l'inégalité: la santé des femmes et les droits de la personne. Bulletin de recherche : Rapports sociaux entre les sexes et VIH/sida : passons aux actes. 2006 [consulté juil. 2010]; 5 (2): 20. Disponible : <http://www.cewh-cesf.ca/fr/publications/BR/fv5n2/page10.shtml>

[13] Spittal PM, Craib KJ, Wood E, Laliberté N, Li K, Tyndall MW, et al. Risk factors for elevated HIV incidence rates among female injection drug users in Vancouver. CMAJ. 2002 avr. 2; 166 (7): 894-9.

[14] O'Connell JM, Kerr T, Li K, Tyndall MW, Hogg RS, Montaner JS, et al. Requiring help injecting independently predicts incident HIV infection among injection drug users. J Acquir Immune Defic Syndr. 2005 sept. 1; 40 (1): 83-8.

[15] Tompkins CNE, Sheard L, Wright NMJ, Jones L, Howes N. Exchange, deceit, risk and harm: The consequences for women of receiving injections from other drug users. Drugs. 2006; 13 (3): 281-97.

[16] Wood E, Spittal PM, Kerr T, Small W, Tyndall MW, O'Shaughnessy MV, et al. Requiring help injecting as a risk factor for HIV infection in the Vancouver epidemic: implications for HIV prevention. Rev can santé publique. 2003 sept.; 94 (5): 355-9.

[17] Namaste V. A needs assessment of transgender people and HIV/AIDS in Québec, Canada: Sociological explanations of marginalization and risk. Communication orale présentée à 12th International Conference on AIDS; 1998 juin 28-juil. 3; Genève, Suisse.

[18] Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). Les femmes, les filles. 2008 [consulté 2010 juil.]. Disponible : <http://www.unaids.org/fr/PolicyAndPractice/KeyPopulations/WomenGirls/default.asp>

- [19] DesMeules M, Turner L, Cho R. Morbidité et invalidité chez les femmes. Ottawa: Institut canadien d'information sur la santé; 2003. Rapport de surveillance de la santé des femmes.
- [20] Clow B. HIV/AIDS on rise for Canadian women: Prevention, treatment, care and support programs and policies do not address needs of girls and women. *Network*. 2005; 8 (1/2): 8.
- [21] Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). *Gender and AIDS almanac*. 2000 [consulté juil. 2010]. Disponible : http://data.unaids.org/Topics/Gender/genderandaidsalmanac_en.pdf
- [22] Hope T. The virus beneath the skin: Genital tissue no foolproof barrier to sexual transmission of human immunodeficiency virus. Communication orale présentée à 48th Annual Meeting of the American Society of Cell Biology; 13-17 déc. 2008; San Francisco, États-Unis.
- [23] Hope T, Trull A, McCoombe S, McRaven M, Veazey RS. Analysis of the interaction of HIV with female genital tract tissue as a model to understand sexual transmission. Communication orale présentée à 48th Annual Meeting of the American Society of Cell Biology; 13-17 déc. 2008; San Francisco, États-Unis.
- [24] Société canadienne du sida. Femmes et VIH/sida: les enjeux 2000 [consulté juil. 2010]. Disponible : <http://www.cdnaids.ca/home.nsf/pages/femmesetvihsida>
- [25] McMaster University. New way HIV infects women discovered. 2010 [consulté août 2010]. Disponible : <http://www.sciencedaily.com/releases/2010/04/100408171506.htm>
- [26] Bruckner H, Bearman P. After the promise: The STD consequences of adolescent virginity pledges. *J of Adolesc Health*. 2005; 36 (4): 271-8.
- [27] Lescano C, Houck CD, Borwn LK, Doherty G, DiClemente RJ, Fernandez MI, et al. Correlates of heterosexual anal intercourse among at-risk adolescents and young adults. *Am J Public Health*. 2008 nov. 13; 99 (1).
- [28] Mosher WD, Chandra A, Jones J. Sexual behavior and selected health measures: Men and women 15-44 years of age, United States, 2002. *Adv Data Vital Health Stat*. 2005 sept. 15; 362.
- [29] Agence de la santé publique du Canada. Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement. Ottawa: Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada. 2008.
- [30] Boulassel MR, Morales R, Murphy T, Lalonde RG, Klein MB. Gender and long-term metabolic toxicities from antiretroviral therapy in HIV-1 infected persons. *J Med Virol*. 2006 sept.; 78 (9): 1158-63.
- [31] Squires KE. Gender differences in the diagnosis and treatment of HIV. *Gend Med*. 2007 déc.; 4 (4): 294-307.
- [32] Schalkwyk JE, Alimenti A, Khoo D, Maan E, Forbes JC, Burdge DR, et al. Serious toxicity associated with continuous nevirapine-based HAART in pregnancy. *BJOG*. 2008; 115 (10): 1297-302.
- [33] Jarrin I, Geskus R, Bhaskaran K, Prins M, Perez HS, Muga R, et al. Gender differences in HIV progression to AIDS and death in industrialized countries: Slower disease progression following HIV seroconversion in women. *Am J Epidemiol*. 2008 sept. 1; 168 (5): 532-40.
- [34] Prior J, Burdge D, Maan E, Milner R, Hankins C, Klein M, et al. Fragility fractures and bone mineral density in HIV-positive women: A case-control population-based study. *Osteoporosis Int*. 2007; 18 (10): 1345-53.
- [35] Gardezi F, Calzavara L, Husbands W, Tharao W, Lawson E, Myers T, et al. Experiences of and responses to HIV among African and Caribbean communities in Toronto, Canada. *AIDS Care*. 2008; 20 (6): 718-25.
- [36] Tharao E, Massaquoi N, Teclom S. Silent voices of the HIV/AIDS epidemic: African and Caribbean women in Toronto 2002-2004. Toronto: Women's Health in Women's Hands Community Health Centre; 2006.

[37] Centre d'excellence de l'Atlantique pour la santé des femmes. Made in Canada: Homegrown research on Canadian women's health: Health care system in Atlantic Canada neglects immigrant, refugee, and minority women. *Network*. 2003; 5/6 (4/1): 14-7.

[38] Williams CC, Newman PA, Sakamoto I, Massaquoi NA. HIV prevention risks for Black women in Canada. *Soc Sci Med*. 2009; 68 (1): 12-20.

[39] Sikka A. Trafficking of Aboriginal women and girls in Canada: Aboriginal policy research series. 2009 [consulté juil. 2010]. Disponible : http://iog.ca/sites/iog/files/2009_trafficking_of_aboriginal_women.pdf

[40] Knauper B, Kornik R. Perceived transmissibility of STIs: Lack of differentiation between HIV and chlamydia. *Sex Transm Infect*. 2004; (74).

[41] Agence de la santé publique du Canada. Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Autochtones. Ottawa: Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada. 2010.

[42] Spitzer DL. Engendering health disparities. *Rev can santé publique*. 2005 mars; 96 (Suppl. 2): S78-S96.

[43] Robertson L. Taming space: Drug use, HIV, and homemaking in Downtown Eastside Vancouver. *Gend Place Cult*. 2007; 14 (5): 527-49.

[44] Csete J. Bangkok 2004. Not as simple as ABC: making real progress on women's rights and AIDS. *Can Revue VIH/sida, droit et politiques*. 2004; 9 (3): 68-71.

[45] Boivin J, Roy É, Haley N, Du-Fort GG. The health of street youth: A Canadian perspective. *Rev can santé publique*. 2005 nov.; 96 (6): 432-7.

[46] Newman PA, Williams CC, Massaquoi N, Brown M, Logie C. HIV prevention for Black women: Structural barriers and opportunities. *J Health Care Poor U*. 2008; 19 (3): 829-41.

[47] Bauer GR, Hammond R, Hohenadel K, Kaay M, Scanlon K, Travers R. Social determinants of trans health in Ontario, Canada: The TransPulse Project Phase II. Communication orale présentée à. 21st Biennial Symposium of the World Professional Association for Transgender Health; 17-20 juin 2009; Oslo, Norvège.

[48] Scanlon K, Bauer G, Kaay M, Boyce M. Social determinants of trans health in Ontario: Trans Pulse Project. Communication orale présentée à 2009 Ontario HIV Treatment Network Conference; 16-17 nov. 2009; Toronto, Canada.

[49] Csete J. "Vecteurs, véhicules et victimes" : le VIH/sida et les droits humains des femmes au Canada. Toronto: Réseau juridique canadien VIH/sida; 2005.

[50] Betteridge G. Un rapport du Réseau juridique exhorte à décriminaliser la prostitution au Canada. *Revue VIH/sida, droit et politiques*. 2005; 10 (3): 11-3.

[51] Mar L, Betteridge G. Un sous-comité échoue à recommander les réformes législatives nécessaires à la promotion des droits humains des travailleuses et travailleurs sexuels. *Revue VIH/sida, droit et politiques*. 2007; 12 (1): 15-7.

[52] McKeown I, Reid S, Orr P, Turner S. Vulnérabilité des Manitobaines au VIH : le rôle de la violence sexuelle et de l'isolement. *Bulletin de recherche : Rapports sociaux entre les sexes et VIH/sida : passons aux actes*. 2006 [consulté juil. 2010]; 5 (2): Disponible : <http://www.cewh-cesf.ca/PDF/RB/bulletin-vol5no2FR.pdf>

[53] McKeown I, Reid S, Orr P. Experiences of sexual violence and relocation in the lives of HIV- infected Canadian women. *Int J Circumpolar Health*. 2004; 63 (Suppl. 2): 399-404.

[54] Shannon K, Bright V, Duddy J, Tyndall MW. Access and utilization of HIV treatment and services among women sex workers in Vancouver's Downtown Eastside. *J Urban Health*. 2005 sept.; 82 (3): 488-97.

[55] Agence de la santé publique du Canada. Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : personnes provenant de pays où le VIH est endémique - population noire de descendance africaine et caribéenne vivant au Canada. Ottawa: Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada. 2010.

- [56] Frappier J-Y, Paradis A, Roy É. Relationships between sexual violence characteristics and prevalence of STI/HIV risk-related behaviours in street youth. *J Adolesc Health*. 2007 fév.; 40 (2, Suppl.1): S15.
- [57] Weber AE, Boivin J-F, Blais L, Haley N, Roy É. Predictors of initiation into prostitution among female street youths. *J Urban Health*. 2004; 81 (4): 584-95.
- [58] Miller CL, Spittal PM, Laliberté N, Li K, Tyndall MW, O'Shaughnessy MV, et al. Females experiencing sexual and drug vulnerabilities are at elevated risk for HIV infection among youth who use injection drugs. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2002 juil. 1; 30 (3): 335-41.
- [59] Shannon K, Kerr T, Allinott S, Chettiar J, Shoveller J, Tyndall MW. Social and structural violence and power relations in mitigating HIV risk of drug-using women in survival sex work. *Soc Sci Med*. 2008; 66 (4): 911-921.
- [60] Weber AE, Roy É, Haley N. Female street youth and prostitution. *Focus*. 2002; 17 (4): 5-6.
- [61] Shannon K, Bright V, Gibson K, Tyndall MW, Maka Project P. Sexual and drug-related vulnerabilities for HIV infection among women engaged in survival sex work in Vancouver, Canada. *Rev can santé publique*. 2007; 98 (6): 465-9.
- [62] Beauchamp S. Motivation rationnelle de l'usage de drogue injectable et de la prostitution. *Santé ment Qué*. 2003; 28 (2): 195-210.
- [63] Spittal PM, Bruneau J, Craib KJP, Miller C, Lamothe F, Weber AE, et al. Surviving the sex trade: A comparison of HIV risk behaviours among street-involved women who inject drugs in two Canadian cities. *AIDS Care*. 2003; 15 (2): 187-95.
- [64] Kuyper LM, Palepu A, Kerr T, Li K, Miller CL, Spittal PM, et al. Factors associated with sex-trade involvement among female injection drug users in a Canadian setting. *Addict Res Theory*. 2005; 13 (2): 193-199.
- [65] Weber AE, Boivin J-F, Blais L, Haley N, Roy É. HIV risk profile and prostitution among female street youth. *J Urban Health*. 2002; 79 (4): 525-35.
- [66] Jackson LA, Sowinski B, Bennett C, Ryan D. Female sex trade workers, condoms, and the public-private divide. *J Psychol Human Sex*. 2005; 17 (1-2): 83-105.
- [67] "Christina". HIV and me: Choosing motherhood. *The Positive Side*. 2008; 16 (1): 1-4.
- [68] Bauer GR, Hammond R, Travers R, Kaay M, Hohenadel KM, Boyce M. «I don't think this is theoretical; this is our lives»: How erasure impacts health care for transgender people. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2009; 20 (5): 348-61.
- [69] DeMatteo D. The 'family' context of HIV: A need for comprehensive health and social policies. *AIDS Care*. 2002 avr.; 14 (2): 261-78.
- [70] Barkey V, Watanabe E, Solomon P, Wilkins S. Barriers and facilitators to participation in work among Canadian women living with HIV/AIDS. *Revue can ergo*. 2009; 76 (4): 269-75.
- [71] Maggi J. L'importance des rapports sociaux entre les sexes: comprendre les besoins en matière de soutien affectif et social des femmes atteintes du VIH/sida. *Bulletin de recherche : Rapports sociaux entre les sexes et VIH/sida : passons aux actes*. 2006 [consulté juil. 2010]; 5 (2): 16-18. Disponible : <http://www.cewh-cesf.ca/PDF/RB/bulletin-vol5no2FR.pdf>
- 2001 oct. [consulté juil. 2010]. Disponible : <http://www.advocatesforyouth.org/storage/advfy/documents/ywsw.pdf>
- [78] Remez L. Levels of HIV risk behaviors are significantly elevated among women who have ever had sex with women. *Fam Plann Persp*. 2001 mar; 33 (2): 91-92.
- [79] Saewyc E, Skay C, Richens K, Reis E, Poon C, Murphy A. Sexual orientation, sexual abuse, and HIV-risk behaviors among adolescents in the Pacific Northwest. *Am J Public Health*. 2006 Jun; 96 (6): 1104-10.
- [80] Centre national d'information sur la violence dans la famille. *Les femmes autochtones et la violence familiale*. Ottawa: Agence de la santé publique du Canada; 2008.

[81] Prentice T. Alarming rates of HIV/AIDS for Canada's Aboriginal women: National response long overdue. *Network*. 2005 oct.; 8 (1/2): 11.

[82] Medjuck MJ. «Shackled with HIV»: HIV-positive women's experiences of gender-based intimate partner violence. 2009 [consulté août 2010]. Disponible : http://pwn.bc.ca/wp-content/uploads/files/Shackled_with_HIV_Medjuck.pdf

[83] Amin A, Overs C, Saunders P. Violence against women and HIV/AIDS: Critical intersections - Violence against sex workers and HIV prevention. Genève: Organisation mondiale de la santé. 2005.

[84] Statistique Canada. La violence familiale au Canada : un profil statistique. *Le Quotidien*, le jeudi 14 juillet 2005. 2005 [consulté août 2010]. Disponible : <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/050714/dq050714a-fra.htm>

[85] Association des femmes autochtones du Canada. *Voices of our sisters in spirit: A report to families and communities*. Ottawa: Association des femmes autochtones du Canada. 2008.

[86] James L. HIV prevention guidelines and manual: A tool for service providers serving African and African Caribbean communities in Canada. Toronto: Women's Health in Women's Hands Community Health Centre / African and Caribbean Council on HIV/AIDS in Ontario; 2006.

[87] Namaste V. Les trans' et le VIH. Communication orale présentée au Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada. 2010.

[88] Beauregard C, Solomon P. Understanding the experience of HIV/AIDS for women: Implications for occupational therapists. *Revue can ergo*. 2005 avr.; 72 (2): 113-20.

[89] Gurevich M, Mathieson CM, Bower J, Dhayanandhan B. Disciplining bodies, desires and subjectivities: Sexuality and HIV-positive women. *Fem Psychol*. 2007 fév.; 17 (1): 9-38.

[90] Lawson E, Gardezi F, Calzavara L, Husbands W, Myers T, Tharao W, et al. HIV/AIDS stigma, denial, fear, and discrimination: Experiences and responses of people from African and Caribbean communities in Toronto. Toronto: The African and Caribbean Council on HIV/AIDS in Ontario / The HIV Social, Behavioural and Epidemiological Studies Unit, University of Toronto; 2006.

[91] Prentice T. HIV/AIDS and Aboriginal women, children and families: A position statement. Ottawa: Réseau canadien autochtone du sida; 2004.

[92] Ship SJ, Norton L. HIV/AIDS and Aboriginal women in Canada. Dans: Amaratunga C, Gahagan J, éd. *Striking to the Heart of the Matter: Selected Readings on Gender and HIV*. Halifax: Centre d'excellence de l'Atlantique pour la santé des femmes; 2002.

[93] Reid C. «We're not a part of society, we don't have a say»: Exclusion as a determinant of poor women's health. Dans: Segal MT, Demos V, Kronenfeld JJ, éd. *Gender Perspectives on Health and Medicine, Vol 7: Advances in Gender Research*. Emerald Group Publishing Ltd.; 2003. p. 231-79.

[94] Hughes C, Evans A. Health needs of women who have sex with women. *BMJ*. 2003; 327 (7421): 939-40.

[95] Réseau juridique canadien VIH/sida. Les travailleurs sexuels et le VIH/sida : stigmatisation, discrimination et vulnérabilité. Dans: *Sexe, travail, droits: reformer les lois pénales du Canada sur la prostitution*; 2005 [consulté août 2010]. Disponible : <http://www.aidslaw.ca/publications/publicationsdocFR.php?ref=200>

[96] Martin Spigelman Research Associates. Le VIH/sida et la santé de la population: leçons pour la coordination de l'action et des politiques. 2002 jan. [consulté août 2010]. Disponible : <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/healthdeterminants/pdf/Le-VIH-sida-et-la-sante-de-la-population.pdf>

[97] Robertson S. Who feels it knows: The challenges of HIV prevention for young Black women in Toronto. Toronto: Black Coalition for AIDS Prevention; 2007.

- [98] Solomon P, Wilkins S. Participation among women living with HIV: A rehabilitation perspective. *AIDS Care*. 2008 mar; 20 (3): 292-6.
- [99] Deering KN, Shannon K, Sinclair H, Parsad D, Gilbert E, Tyndall MW. Piloting a peer-driven intervention model to increase access and adherence to antiretroviral therapy and HIV care among street-entrenched HIV-positive women in Vancouver. *AIDS Patient Care ST*. 2009; 23 (8): 603-9.
- [100] Ndlovu U, Gillies K, Binder L, Tharao W, et al. Stressors and ways of coping for women living with HIV in Toronto and Hamilton. Communication orale présentée au 18^{ième} congrès annuel de l'Association canadienne de recherche sur le VIH; 23-26 avr. 2009; Vancouver, Canada.
- [101] Borwein A, Brandson EK, Palmer A, et al. You're breaking my HAART: HIV and violence among a cohort of women on treatment in B.C., Canada. Communication orale présentée au 18^{ième} congrès annuel de l'Association canadienne de recherche sur le VIH; 23-26 avr. 2009; Vancouver, Canada.
- [102] Bernard EJ. High Society. *POZ*. 2002 avr.; (80): 32-7.
- [103] Spittal PM. Drastic elevations in mortality among female injection drug users in a Canadian setting. *AIDS Care*. 2006; 18 (2): 101-8.
- [104] Fairbairn N, Small W, Shannon K, Wood E, Kerr T. Seeking refuge from violence in street-based drug scenes: Women's experiences in North America's first supervised injection facility. *Soc Sci Med*. 2008; 67 (5): 817-23.
- [105] Shannon K, Rusch M, Shoveller J, Alexson D, Gibson K, Tyndall MW. Mapping violence and policing as an environmental-structural barrier to health service and syringe availability among substance-using women in street-level sex work. *Int J Drug Policy*. 2008; 19 (2): 140-7.
- [106] Tyndall MW, Patrick D, Spittal P, Li K, O'Shaughnessy MV, Schechter MT. Risky sexual behaviours among injection drugs users with high HIV prevalence: Implications for STD control. *Sex Transm Infect*. 2002 avr.; 78 Suppl. 1: 1170-5.
- [107] Cheung AM, Hwang SW. Risk of death among homeless women: A cohort study and review of the literature. *CMAJ*. 2004; 170 (8): 1243-7.
- [108] Tucker R. Positive Places, Healthy Spaces: Key findings. Communication orale présentée au 18^{ième} congrès annuel de l'Association canadienne de recherche sur le VIH dans le cadre de l'atelier: Women and HIV prevention in Canada: The past, the present and the future, implications for research, policy and practice; 23-26 avr. 2009; Vancouver, Canada.
- [109] Tucker R, Greene S, Monette L, et al. The need for stable and affordable housing among women living with HIV in Ontario: The Positive Spaces, Healthy Places (PSHP) Study. Communication orale présentée à 2009 Ontario HIV Treatment Network Conference; 16-17 nov. 2009 ; Toronto, Canada.
- [110] Aryee E. Providing affordable housing and improving the quality of life of African-Canadian women living with HIV/AIDS in Ontario. Communication orale présentée à 2009 Ontario HIV Treatment Network Conference; 16-17 nov. 2009; Toronto, Canada.
- [111] Greene S, Chambers L, Ahluwalia A, Khatundi-Irene M, Mukandoli C, O'Brien-Teengs D. A house is not a home: The impact of gender, race and stigma on the housing experiences of African and Caribbean mothers living with HIV. Communication orale présentée à 2009 Ontario HIV Treatment Network Conference; 16-17 nov. 2009; Toronto, Canada.
- [112] Bulman DE. A constructivist approach to HIV/AIDS education for women within the Maritime Provinces of Canada. *Int J Lifelong Educ*. 2005; 24 (6): 475-87.
- [113] Tenenbein S. Your best protection is your behaviour. *Bloodlines*. 2008; 8: 37-9.
- [114] Jackson R, Reimer G. Canadian Aboriginal people living with HIV/AIDS: Care, treatment and support issues. Ottawa: Réseau canadien autochtone du sida. 2008.
- [115] Callaghan RC, Tavares J, Taylor L. Mobility patterns of Aboriginal injection drug users between on- and off-reserve settings in Northern British Columbia, Canada. *Int J Circumpolar Health*. 2007; 66 (3): 241-7.

[116] Statistique Canada. Peuples autochtones du Canada en 2006 : Inuits, Métis et Premières nations, recensement de 2006 (Composante du produit n° 97-558-XIE). 2008 [consulté jan. 2011]. Disponible : <http://www12.statcan.gc.ca/francais/census06/analysis/aboriginal/pdf/97-558-XIF2006001.pdf>

[117] Sobota M, Tucker R, Greene S, Koornstra J, Monette L, Geunter D, et al. Use and perceived needs of access to a family doctor for people living with HIV/AIDS in Ontario: Relationship to sociodemographics and the social determinants of health. Communication orale présentée au 16^{ième} congrès annuel de l'Association canadienne de recherche sur le VIH; 28-29 avr. 2007; Toronto, Canada.

[118] Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le sida. Principes de dépistage du VIH chez les femmes enceintes. 2002 mars [consulté août 2010]. Disponible : http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/pdf/publications/guiding_principles2002_f.pdf

[119] Calzavara L, Ramuscak N, Burchell AN, Swantee C, Myers T, Ford P, et al. Prevalence of HIV and hepatitis C virus infections among inmates of Ontario remand facilities. CMAJ. 2007 juil. 31; 177 (3): 257-61.

[120] Zakaria D, Thompson JM, Jarvis A, Borgotta F. Résumé des premiers résultats du Sondage national de 2007 auprès des détenu(e)s sur les maladies infectieuses et les comportements à risque. Ottawa: Service correctionnel Canada. 2010.

[121] Réseau juridique canadien VIH/sida. VIH et hépatite C en prison [feuille d'information]. 2008 [consulté août 2010]. Disponible : <http://www.aidslaw.ca/publications/publicationsdocFR.php?ref=841>

[122] Rehman L, Gahagan J, DiCenso AM, Dias G. Harm reduction and women in the Canadian national prison system: Policy or practice? Women Health. 2004; 40 (4): 57-73.

[123] McCoy L. HIV-positive patients and the doctor-patient relationship: Perspectives from the margins. Qual Health Res. 2005 juil.; 15 (6): 791-806.

[124] Burchell AN, Calzavara LM, Myers T, Schlossberg J, Millson M, Escobar M, et al. Voluntary HIV testing among inmates: Sociodemographic, behavioral risk, and attitudinal correlates. J Acquir Immune Defic Syndr. 2003 avr. 15; 32 (5): 534-41.

[125] DiCenso A, Dias G, Gahagan J. Unlocking our futures: A national study on women, prisoners, HIV and hepatitis C. Toronto: Prisoners' HIV/AIDS Support Action Network; 2003.

[126] Réseau juridique canadien VIH/sida et Prisoners' HIV/AIDS Support Action Network. Temps dur : programmes de prévention du VIH et de l'hépatite C pour les détenus au Canada. Toronto: Réseau juridique canadien VIH/sida; 2007.

[127] Adrien A, Leane V, Dassa C, Perron M. Sexual behaviour, condom use and HIV risk situations in the general population of Québec. Int J STD AIDS. 2001 fév.; 12 (2): 108-15.

[128] Dedobbeleer N, Morissette P, Rojas-Viger C. Social network normative influence and sexual risk-taking among women seeking a new partner. Women Health. 2005; 41 (3): 63-82.

[129] Rodrigues I, Dedobbeleer N, Turcot C. The use of condoms among adolescents who consult about oral contraceptives in the Montreal area. Rev can santé publique. 2005; 96 (6): 438-42.

[130] Agence de la santé publique du Canada. Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida, novembre 2007. Ottawa : Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de la santé publique du Canada. 2007.

[131] Agence de la santé publique du Canada. I-Track: surveillance améliorée des comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada, phase 1 (2003-05). Ottawa : Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de la santé publique du Canada. 2006.

[132] Johnston CL, Fast D, Moon S, Bungay V. Perceptions of risk among women who work in the indoor commercial sex industry in Vancouver, Canada. Communication orale présentée au 18^{ième} congrès annuel de l'Association canadienne de recherche sur le VIH; 23-26 avr. 2009; Vancouver, Canada

[133] Logie CH, Newman PA. Peer interventions to promote empowerment and HIV risk reduction among sex workers: A systematic review and meta-analysis. Communication orale présentée au 18^{ième} congrès annuel de l'Association canadienne de recherche sur le VIH; 23-26 avr. 2009; Vancouver, Canada

[134] Keatley J & Bockting W. What are male-to-female transgender persons' (MtF) HIV prevention needs [fact sheet]? 2008 [consulté août 2010]. Disponible : <http://caps.ucsf.edu/factsheets/transgender-women-mtf>

[135] Bucharski D. «You need to know where we're coming from»: Canadian Aboriginal women's perspectives on culturally appropriate HIV counselling and testing. Health Care Women Int. 2006; 27 (8): 723-47.

[136] Kaler A. The female condom in North America: Selling the technology of «empowerment». J Gendr Stud. 2004; 13 (2).

[137] Kaler A. The future of female-controlled barrier methods for HIV prevention: Female condoms and lessons learned. Cult Health Sex. 2004; 6 (6).

[138] Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). Les microbicides: pourquoi sont-ils importants? (partie 1). 2008 fév. [consulté août 2010]. Disponible : <http://www.unaids.org/fr/resources/presscentre/featurestories/2008/february/20080220microbicideswhyaretheysignificantpa>

[139] Ogilvie GS, Palepu A, Remple VP, Maan E, Heath K, MacDonald G, et al. Fertility intentions of women of reproductive age living with HIV in British Columbia, Canada. AIDS. 2007 jan.; 21 (Suppl. 1): S83-S88.

[140] Yudin M, Shapiro HM, Loutfy MR. Limited access to fertility services and advanced reproductive technologies for HIV-positive individuals and couples in certain parts of Canada. Communication orale présentée au 18^{ième} congrès annuel de l'Association canadienne de recherche sur le VIH; 23-26 avr. 2009; Vancouver, Canada.

[141] Raboud JM, Li M, Sterling S, Walmsley SL. Pregnancy in the HAART era. Communication orale présentée au 18^{ième} congrès annuel de l'Association canadienne de recherche sur le VIH; 23-26 avr. 2009; Vancouver, Canada.

[142] Kaida A, Forrest J, Money D, et al. Antiretroviral adherence during pregnancy and postpartum among HIV-positive women enrolled in the Drug Treatment Program in BC, Canada. Communication orale présentée au 18^{ième} congrès annuel de l'Association canadienne de recherche sur le VIH; 23-26 avr. 2009; Vancouver, Canada.

[143] Loutfy MR, Margolese S, Yudin M, et al. Development of Canadian evidence-based guidelines on safe pregnancy planning for HIV-positive individuals. Communication orale présentée au 18^{ième} congrès annuel de l'Association canadienne de recherche sur le VIH; 23-26 avr. 2009; Vancouver, Canada.

[144] Margolese S, Loutfy MR. National HIV pregnancy planning guidelines. 2009 [consulté août 2010]. Disponible : http://www.ohtn.on.ca/pdf/NHPPG_Report.pdf

[145] Margolese S, Loutfy MR, Yudin M, et al. A multi-disciplinary approach to the development of Canadian evidence-based guidelines on safe pregnancy planning for HIV-positive individuals. Communication orale présentée à 2009 Ontario HIV Treatment Network Conference; 16-17 nov. 2009; Toronto, Canada.

[146] Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Femmes exposé général. 2008 [consulté août 2010]. Disponible : <http://www.ccsa.ca/Fra/Topics/Populations/Women/Pages/WomenOverview.aspx>

[147] Poole N, Dell CA. Girls, women and substance use. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse, BC Centre of Excellence for Women's Health. 2005 [consulté août 2010]. Disponible : <http://www.ccsa.ca/2005%20CCSA%20Documents/ccsa-011142-2005.pdf>

[148] VANDU Women Care Team. «Me, I'm living it»: The primary health care experiences of women who use drugs in Vancouver's Downtown Eastside. 2009 fév. [consulté août 2010]. Disponible : <http://www.bccewh.bc.ca/publications-resources/documents/MelmLivingit.pdf>

[149] McKeown I, Reid S, Turner S, Orr P. Sexual violence and dislocation as social risk factors involved in the acquisition of HIV among women in Manitoba. 2002 juil. [consulté août 2010]. Disponible : <http://www.pwhce.ca/pdf/sexualViolenceComplete.pdf>

[150] Ontario Federation of Indian Friendship Centres. Tenuous connections: Urban Aboriginal youth sexual health and pregnancy. Toronto: Ontario Federation of Indian Friendship Centres. 2002.

[151] Gahagan J, Rehman LA. Mind the sex gap: Bridging sexual and reproductive health and HIV prevention for young heterosexual males. 2004 nov. [consulté août 2010]. Disponible : <http://www.cewh-cesf.ca/PDF/acewh/buddyStudy.pdf>

[152] Leonard L. Women and HIV prevention: A scoping review. Ottawa: University of Ottawa. 2007.

[153] Centre de Gouvernance de l'information des Premières Nations. First Nations Regional Longitudinal Health Survey (RHS) 2002/03; Results for adults, youth and children living in First Nations communities. Ottawa: Assemblée des Premières Nations. 2007.

[154] Société canadienne du sida. Feuille d'information : le crystal meth et le VIH. Ottawa: Société canadienne du sida. 2004.

[155] Weir E. Drug-facilitated date rape. CMAJ. 2001 juil.; 165 (1): 80.

[156] Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Exposé général sur l'utilisation de drogues injectables. Ottawa: Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. 2009 [consulté août 2010]. Disponible : <http://www.ccsa.ca/Fra/Topics/Populations/IDU/Pages/InjectionDrugUsersOverview.aspx>

[157] LloydSmith E, Kerr T, Zhang R, Montaner JSG, Wood E. High prevalence of syringe sharing among street involved youth. Addict Res Theory. 2008; 16 (4): 353-8.

[158] Bruneau J, Lamothe F, Soto J, Lachance N, Vincelette J, Vassal A, et al. Sex-specific determinants of HIV infection among injection drug users in Montreal. CMAJ. 164 (6): 767-773, 2001.

[159] Poole N, Urguhart C, Talbot C. Women-centred harm reduction: Gendering the national framework series (vol. 4). 2010 [consulté août 2010]. Disponible : <http://www.coalescing-vc.org/virtualLearning/section6/documents/Women-centredHarmReduction4.5forweb.pdf>

[160] Miller CL, Strathdee SA, Kerr T, Li K, Wood E. Factors associated with early adolescent initiation into injection drug use: Implications for intervention programs. J Adolesc Health. 2006 avr.; 38 (4): 462-4.

[161] Agence de la santé publique du Canada. Rapport de surveillance canadien 2004 sur les infections transmises sexuellement. Ottawa: Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de la santé publique du Canada. 2007.

[162] Furler MD, Einarson TR, Millson M, Walmsley S, Bendayan R. Medicinal and recreational marijuana use by patients infected with HIV. AIDS Patient Care ST. 2004 avr.; 18 (4): 215-28.

[163] Furler MD, Einarson TR, Walmsley S, Millson M, Bendayan R. Use of complementary and alternative medicine by HIV-infected outpatients in Ontario, Canada. AIDS Patient Care ST. 2003 avr.; 17 (4): 155-68.

[164] Aghdassi E, Bondar H, Salit IE, Tinmouth J, Allard JP. A survey on the usage of supplements in Canadian patients living with HIV. Curr HIV Res. 2009; 7 (5): 555-61.

[165] National Children's Alliance. National Children's Alliance document for presentation to the Romanow Commission. 2002 [consulté août 2010]. Disponible : <http://www.nationalchildrensalliance.com/nca/pubs/2002/nca-romanow.pdf>

[166] Mehrabadi A, Paterson K, Pearce M, Patel S, Craib KJ, Moniruzzaman A, et al. Gender differences in HIV and hepatitis C related vulnerabilities among Aboriginal young people who use street drugs in two Canadian cities. Women Health. 2008; 48 (3): 235-60.

[167] Farley M, Lynne J, Cotton AJ. Prostitution in Vancouver: Violence and the colonization of First Nations women. Transcult Psychiatry. 2005 juin; 42 (2): 242-71.

[168] Réseau canadien autochtone du sida. Our search for safe spaces: A qualitative study of the role of sexual violence in the lives of Aboriginal women living with HIV/AIDS. 2009 [consulté août 2010]. Disponible : <http://library.catie.ca/PDF/ATI-20000s/26290.pdf>

[169] Sen G, Östlin P, George A. Unequal, unfair, ineffective and inefficient gender inequities in health: Why it exists and how we can change it: Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health. 2007 [consulté août 2010]. Disponible : http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf

[170] Women's Health in Women's Hands Community Health Centre. Racial discrimination as a health risk for female youth: Implications for policy and healthcare delivery in Canada. Toronto: The Canadian Race Relations Foundation; 2003.

[171] Gahagan J, Sweeney E, Jackson R, Mill J, Dykeman M, Prentice T, et al. Challenges and barriers to HIV service delivery: The experience of Aboriginal women in Canada. Communication orale présentée au 18^{ième} congrès annuel de l'Association canadienne de recherche sur le VIH; 23-26 avr. 2009; Vancouver, Canada.

[172] Hawkins K, Peltier D, et al. Sexual violence, HIV/AIDS and Aboriginal women: How Aboriginal women understand health and healing. Communication orale présentée au 18^{ième} congrès annuel de l'Association canadienne de recherche sur le VIH; 23-26 avr. 2009; Vancouver, Canada.

[173] Furler MD, Einarson TR, Walmsley S, Millson M, Bendayan R. Polypharmacy in HIV: Impact of data source and gender on reported drug utilization. AIDS Patient Care ST. 2004 oct.; 18 (10): 568-86.

[174] Tebeje M, Teffera H. Reaching vulnerable women in priority areas in the greater Toronto area: Voices of Positive Women's Community Connections Project. Communication orale présentée à 2009 Ontario HIV Treatment Network Conference; 16-17 nov. 2009; Toronto, Canada.

[175] Mathieson CM, Bailey N, Gurevich M. Health care services for lesbian and bisexual women: Some Canadian data. Health Care Woman Int. 2002; 23 (2): 185-96.

[176] Singh AE, Gill J, Houston S. New resources on screening for HIV in pregnancy. Alta RN. 2005 sept.; 61 (8): 11.

[177] Rusch MLA, Shoveller JA, Burgess S, Stancer K, Patrick DM, Tyndall MW. Demographics, sexual risk behaviours and uptake of screening for sexually transmitted infections among attendees of a weekly women-only community clinic program. Rev can santé publique. 2008; 99 (4): 257-61.

[178] Marshall SK, Charles G, Hare J, Ponzetti J, Stokl M. Sheway's services for substance using pregnant and parenting women: Evaluating the outcomes for infants. Can J of Commun Ment Health. 2005; 24 (1): 19-34.

[179] Nguyen M, Venne T, Rodrigues I, Jacques J. Why and according to what consultation profiles do female sex workers consult health care professionals? A study conducted in Laval, Québec. Health Care Women Int. 2008; 29 (2): 165-82.

[180] Rodrigues I, Nguyen NM, Neff K, Venne T, Boulianne MJ. Accessibility and use of health care services by sex workers in Laval. Communication orale présentée au 13^{ième} congrès annuel de l'Association canadienne de recherche sur le VIH; 13-16 mai 2004 ; Montréal, Canada.

[181] Bright V, Shannon K, Ranville F, Hawkes B, Tyndall MW. Health service delivery to female sex workers in Vancouver. Communication orale présentée au 13^{ième} congrès annuel de l'Association canadienne de recherche sur le VIH; 13-16 mai 2004; Montréal, Canada.

[182] Kerr T, Marsh D, Li K, Montaner J, Wood E. Factors associated with methadone maintenance therapy use among a cohort of polysubstance using injection drug users in Vancouver. Drug Alcohol Depend. 2005 déc. 12; 80 (3): 329-35.

[183] Perreault M, Rousseau M, Lauzon P, Mercier C, Tremblay I, Heroux MC. Determinants of retention in a Canadian low-threshold methadone maintenance program. J Maint Addict. 2008; 3 (2-4): 37-51.

[184] Ad Hoc Working Group on Women, Mental Health, Mental Illness and Addictions. Women, mental health and mental illness and addiction in Canada: An overview. 2006 [consulté août 2010]. Disponible : <http://www.cwhn.ca/PDF/womenMentalHealth.pdf>

[185] Loutfy MR, Macdonald S, Myhr T, Husson H, Du Mont J, Balla S, et al. Prospective cohort study of HIV post-exposure prophylaxis for sexual assault survivors. *Antivir Ther.* 2008; 13 (1): 87-95.

[186] Martin RE, Gold F, Murphy W, Remple V, Berkowitz J, Money D. Drug use and risk of bloodborne infections: A survey of female prisoners in British Columbia. *Rev can santé publique.* 2005 mars; 96 (2): 97-101.

[187] Bornovalova MA, Gwadz MA, Kahler C, Aklon WM, Lejuez CW. Sensation seeking and risk-taking propensity as mediators in the relationship between childhood abuse and HIV-related risk behavior. *Child Abuse Negl.* 2008; 32 (1): 99-109.

[188] Goldenberg S, Shoveller J, Koehoorn M, Ostry A. Barriers to STI testing among youth in a Canadian oil and gas community. *Health Place.* 2008; 14 (4): 718-29.

[189] Rubin T, Tharao W, et al. Immigrant women's experiences with immigration medical examination HIV testing. Communication orale présentée à 2009 Ontario HIV Treatment Network Conference; 16-17 nov. 2009; Toronto, Canada.

[190] Jones EJ, Sargeant S. Barriers in access to primary health care for young + women: A qualitative research study. Vancouver: YouthCO and Positive Women's Network; 2008.

[191] Association des femmes autochtones du Canada. Culturally relevant gender-based analysis: An issue paper. 2007 [consulté sept. 2010]. Disponible : <http://www.laa.gov.nl.ca/laa/naws/pdf/nwac-gba.pdf>

[192] Remple VP, Hilton BA, Ratner PA, Burdge DR. Psychometric assessment of the multidimensional quality-of-life questionnaire for persons with HIV/AIDS (MQOL-HIV) in a sample of HIV-infected women. *Qual Life Res.* 2004 juin; 13 (5): 947-57.

[193] Guenter D, Barbara AM, Shaul RZ, Yudin MH, Remis RS, King SM. Prenatal HIV testing: Women's experiences of informed consent in Toronto, Ontario. *J Obstet Gynaecol Can* 2008 jan.; (1): 17-22.

[194] Tharao WE, Stanley R, Massaquoi N, Leonard L, Samson L, McGee F, et al. Missed HIV prevention opportunities: African and Caribbean women and HIV testing during pregnancy. Communication orale présentée au 18^{ième} congrès annuel de l'Association canadienne de recherche sur le VIH; 23-26 avr. 2009; Vancouver, Canada.

[195] Leonard L, Samson L, et al. Optimizing prenatal HIV testing in Ontario. Communication orale présentée à 2009 Ontario HIV Treatment Network Conference; 16-17 nov. 2009; Toronto, Canada.

[196] Ndlovu U, Tharao E, et al. "Nobody tells me and I don't ask": The experiences of African/Caribbean Black Muslim women with prenatal HIV testing in Ontario. Communication orale présentée à 2009 Ontario HIV Treatment Network Conference; 16-17 nov. 2009; Toronto, Canada.

[197] O'Connor KS, MacDonald SE, Hartling L, Seguin RM, Hollands H, Mowat DL, et al. The influence of prevalence and policy on the likelihood that a physician will offer HIV screening in pregnancy. *Rev can santé publique.* 2002 jan.; 93 (1): 31-5.

[198] Halton K. Polygamy in West Africa: What are the implications for sexual health? 2003 [consulté sept. 2010]. Disponible : <http://www.eldis.org/id21ext/h6kh4g1.html>

[199] Organisation mondiale de la Santé. Mutilations sexuelles féminines: Aide-mémoire N° 241. 2010 [consulté sept. 2010]. Disponible : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/fr>

[200] Maillet L. When female genital mutilation crosses borders: Exploring factors to discontinue the practice among Canadian migrants. Communication orale présentée à 136th Annual Meeting and Expo of the American Public Health Association; 25-29 oct. 2008; San Diego, États-Unis.

CHAPITRE 5 - Recherche actuelle sur le VIH/sida

La recherche sur le VIH/sida au Canada s'étend aux domaines d'études comportementales, biomédicales, cliniques, économiques, épidémiologiques, juridiques et psychosociales. Le présent chapitre donne une vue d'ensemble des projets de recherche sur le VIH/sida chez les femmes au Canada qui ont été réalisés de 2006 à 2009. Chaque projet est présenté par répartition géographique, population particulière et thème. Une liste complète des projets figure dans l'annexe B.

5.1 Méthodologie

L'information présentée dans ce chapitre a été recueillie auprès des organisations suivantes : les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), l'Association canadienne de recherche sur le VIH (ACRV), la Fondation canadienne de recherche sur le sida (CANFAR), le Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH), la Michael Smith Foundation for Health Research et le Réseau ontarien de traitement du VIH (ROTV).

Les projets de recherche inclus dans le présent chapitre répondent aux trois critères suivants :

- a) Porter spécifiquement sur le VIH/sida
- b) Être réalisés au Canada
- c) Être axés sur la femme.

Ont été inclus les projets terminés en 2006 ou plus tard et ceux qui sont actuellement en cours d'élaboration. Aux fins du présent rapport, on a tenu pour acquis que les recherches terminées avant 2006 avaient déjà fait l'objet de publications et que, par conséquent, elles faisaient déjà partie de la recension de la littérature universitaire et de la littérature grise des chapitres précédents.

Il convient de noter que le fait de restreindre les projets à ceux qui portent spécifiquement sur les femmes entraîne certaines limites. Ce faisant, on a écarté les projets qui portent sur la population générale ou sur toute autre population dont les femmes pourraient de manière fortuite faire partie. Cette décision a pour effet

de limiter le nombre d'études dans ce chapitre étant donné que seuls les projets conçus en fonction de la population féminine ou ciblant directement les femmes y ont été inclus.

Ce chapitre comprend également les projets de recherche biologique ou clinique sur les aspects concernant la transmission du VIH et l'infection chez les femmes. Les travaux réalisés à l'étranger par des chercheurs canadiens comprennent les études dont les résultats étaient de nature à éclairer la situation pour les populations féminines canadiennes. Les recherches de nature biologique ou clinique qui étaient axées sur le contexte social du pays ou de la région géographique en question n'ont pas été retenues aux fins de l'analyse.

Le processus de sélection des projets a par ailleurs été rendu plus difficile par l'absence de résumés ou de descripteurs. Pour pallier cette lacune, les projets ne possédant pas de résumé n'ont été inclus que si les termes « women » (femmes), « female » (féminin), « feminism » (féminisme), « feminist studies » (études féministes) « vertical transmission » (transmission verticale), « gender » (genre), « gender analysis or studies » (analyses ou études fondées sur le genre), ou « power » (pouvoir) étaient employés dans le titre ou figuraient parmi les mots-clés décrivant le projet. Dans le cas de certains projets, il a fallu procéder à un examen plus poussé, communiquer avec le chercheur principal ou utiliser le moteur de recherche Google Scholar pour déterminer s'ils étaient spécifiquement axés sur les femmes.

5.2 Analyse des recherches

La plupart des projets de recherche sur le VIH/sida et les femmes énumérés ci-dessous comportent une analyse comparative fondée sur le sexe et le genre afin d'examiner les différences liées au sexe et au genre dans les résultats. Ainsi, certains organismes gouvernementaux et non gouvernementaux, tels que les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et le Programme de contribution pour la santé des femmes (Santé Canada et divers partenaires), ont eu

recours à une analyse comparative fondée sur le sexe et le genre pour examiner de plus près les facteurs qui ont une incidence sur l'état de santé des femmes et des filles. L'analyse comparative fondée sur le sexe et le genre est également utilisée dans le présent chapitre pour cerner les lacunes et déterminer les besoins futurs en matière de recherche.

En utilisant la méthodologie décrite plus haut, on a recensé au total 87 projets de recherche portant expressément sur le VIH/sida chez les femmes (se reporter à l'Annexe B pour de plus amples détails).

5.2.1 Répartition géographique des projets de recherche

Plus de la moitié (46 ou 52,9 %) de tous les projets recensés ne portent pas sur l'étude des femmes dans une région géographique donnée. Des 41 (47,1 %) projets qui portent sur une certaine région, la plupart s'intéressent aux femmes du Québec (surtout à Montréal), de la Colombie-Britannique (surtout à Vancouver) et de l'Ontario (surtout à Toronto); quelques études portent sur les femmes de la région des Prairies. Le quart (10) des projets s'intéressant à une région porte sur les femmes du quartier centre-est de Vancouver.

5.2.2 Thèmes privilégiés : prévention, intervention et traitement en matière de VIH

Parmi les 87 projets recensés, plus de la moitié (49, ou 56,3 %) portent principalement sur les stratégies de prévention, d'intervention et de traitement en matière de VIH ou sur les effets de celles-ci (R1, R2, R3, R4, R6, R10, R11, R12, R13, R20, R21, R22, R24, R25, R27, R28, R29, R34, R35, R37, R38, R39, R40, R41, R42, R43, R45, R46, R47, R50, R52, R53, R54, R56, R57, R58, R65, R66, R68, R71, R72, R73, R76, R77, R78, R79, R80, R83, R84).

Plusieurs projets portent sur une initiative d'intervention (R22, R46, R61, R65), tandis que d'autres examinent les risques de transmission du VIH, les

obstacles à la prévention ou le traitement de l'infection (R8, R13, R39, R45, R53, R65, R67, R71, R79). Par ailleurs, plusieurs études sont de nature biomédicale et portent sur des facteurs liés à la transmission physique et à la vulnérabilité des femmes à l'infection à VIH (R3, R8, R9, R11, R15, R17, R18, R19, R30, R31, R85).

Plusieurs des projets portant sur ces thèmes sont encore décomposés par segment spécifique de population, comme il est décrit ci-après.

5.2.3 Projets de recherche portant sur certaines populations en particulier

Parmi les 87 projets répertoriés dans l'inventaire des recherches, 69 (79,3 %) ciblent les femmes appartenant à certaines populations ou certains groupes de personnes en particulier vivant au Canada. Les populations particulières étudiées comprenaient les femmes vivant avec le VIH, les femmes provenant de pays où le VIH est endémique, les femmes issues de communautés ethnoculturelles ou immigrantes, les femmes travaillant dans l'industrie du sexe ou ayant des relations sexuelles pour assurer leur survie, les jeunes filles, les Autochtones (femmes des Premières nations, Inuites, Métisses), les lesbiennes, les femmes bispirituelles, les femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes, les femmes transgenres, les femmes qui s'injectent des drogues et les femmes incarcérées.

a) Femmes vivant avec le VIH⁵⁰

Sur les 87 projets, 49 (56,3 %) visent les femmes vivant avec le VIH au Canada. Dans cette dernière catégorie, près de la moitié (24) portent sur les questions de santé génésique des femmes vivant avec le VIH, y compris leur désir de procréer (R38, R75), la grossesse (R74), l'exposition périnatale à un traitement pharmacologique (R6, R16, R18, R54, R59-R61), la transmission verticale (R15, R18, R38) et l'expérience

⁵⁰ Compte tenu du chevauchement de certaines populations féminines, le nombre de projets recensés par catégorie est supérieur au (n) total.

de la maternité (R27, R36, R37, R56). Par conséquent, ces études portent presque exclusivement sur les femmes vivant avec le VIH qui sont en âge de procréer.

Cinq projets ciblent les femmes vivant avec le VIH qui proviennent de pays où le VIH est endémique ou qui sont issues de communautés ethnoculturelles ou immigrantes. Ces projets se penchent sur le diagnostic de l'infection à VIH, le traitement ou le soutien dont les femmes bénéficient. Plus précisément, ces projets soulignent les interprétations ethnoculturelles de la maladie associées à la maternité, au traitement et à la prévention secondaire (R24, R26, R28, R36 et R53).

Cinq autres projets portent sur les personnes vivant avec le VIH travaillant dans l'industrie du sexe pour assurer leur survie, et s'intéressent aux questions entourant l'accessibilité des services de santé, ainsi que l'utilisation et la durabilité des traitements et des soins (R20, R40, R52, R58 et R76).

D'autres projets portent sur des aspects plus généraux de l'expérience des femmes vivant avec le VIH. Ils s'intéressent à leur qualité de vie et à leur bien-être (R12, R22, R25, R62) ainsi qu'à leur accès au traitement ou aux conséquences de celui-ci (R4, R16, R45, R51, R53, R58, R61, R65, R71). Ces projets examinent également les besoins des femmes vivant avec le VIH, leurs soutiens, les obstacles auxquels elles font face, tels que le racisme systématique dans la prestation des soins de santé (dans le cas des femmes d'origine afro-caribéenne), l'absence de programmes de santé pour les mères vivant avec le VIH et les obstacles au traitement tels que les difficultés d'accès et l'inobservance (R12, R34, R37, R49, R62, R71, R75, R84). En plus d'examiner le bien-être et les besoins des femmes vivant avec le VIH, on évalue la relation entre le genre et d'autres déterminants de la santé.

b) Femmes travaillant dans l'industrie du sexe ou ayant des relations sexuelles pour assurer leur survie

Sur les 87 projets répertoriés, 14 (16,1 %) ciblent les femmes travaillant dans l'industrie du sexe (R8, R13, R20, R24, R35, R39, R40, R46, R50, R52, R58, R66, R76, R79).

Dans cette catégorie, plus de la moitié (8) des projets portent principalement sur les femmes travaillant dans l'industrie du sexe pour assurer leur survie (R8, R20, R24, R35, R40, R52, R58, R66). Sept de ces projets ciblent plus précisément les femmes qui utilisent aussi des drogues, par injection ou non, tandis que quatre portent sur celles vivant avec le VIH qui travaillent dans l'industrie du sexe pour assurer leur survie (dont l'une vise spécifiquement les femmes autochtones séropositives pour le VIH qui travaillent dans l'industrie du sexe pour assurer leur survie). Les projets portent sur les facteurs qui limitent ou facilitent le risque, la prévention et le traitement. Plus précisément, elles ciblent les déterminants du risque, y compris les facteurs sociaux et culturels (p. ex. réseaux de prostitution et de trafic de drogues, culture autochtone, jeunes), et leur incidence sur le traitement et la prévention de l'infection à VIH. Ces projets se penchent également sur les facteurs environnementaux et structurels, telles que la violence masculine, les rapports de force et la dynamique des relations avec le proxénète, le petit ami et le partenaire intime. Enfin, d'autres projets de recherche examinent les capacités d'adaptation et les habitudes en matière de soins de santé.

Les recherches répertoriées dans le présent rapport portent presque exclusivement sur les travailleuses du sexe dans le quartier Downtown Eastside de Vancouver. Il est souhaitable que d'autres projets de recherche en lien avec le VIH portent sur les femmes de l'industrie du sexe dans d'autres régions géographiques du Canada telles que Montréal et Toronto. Par ailleurs, il faudra s'intéresser davantage aux personnes transgenres travaillant dans l'industrie du sexe, car on considère de plus en plus qu'elles constituent une population à risque plus élevé.

c) Femmes provenant de pays où le VIH est endémique ou issues de communautés immigrantes ou ethnoculturelles

Sur les huit projets ciblant ces populations, la majorité, soit cinq projets, porte sur les femmes vivant avec le VIH (R26, R28, R34, R36 et R53). Les projets portent sur le renforcement des capacités en mettant davantage

l'accent sur l'information sur les soins de santé en ce qui concerne les interprétations ethnoculturelles de la maladie, y compris les éléments culturels liés à la maternité, au traitement et à la prévention secondaire. Ils examinent également les questions ayant trait à l'accessibilité des soins, des traitements et du soutien.

Les autres projets portent sur des questions liées à la prévention de l'infection à VIH dans les communautés ethnoculturelles. Ces trois études s'intéressent à l'élaboration de programmes de prévention et de soins appropriés sur le plan culturel pour les immigrants et les réfugiés provenant de pays où le VIH est endémique et qui vivent dans la région d'Ottawa (R34), la détermination des facteurs de nature à limiter ou à faciliter l'accès aux futurs vaccins contre le VIH pour les femmes noires (R80), et l'examen du lien entre la violence dans les relations conjugales et le VIH chez les femmes immigrantes à Toronto (R26).

L'analyse des projets fait ressortir un manque de recherches sur les variables confusionnelles des déterminants de la santé s'appliquant aux femmes provenant de pays où le VIH est endémique. Il sera nécessaire d'effectuer d'autres recherches auprès de ce groupe de femmes afin de mieux comprendre la manière dont les interactions entre divers déterminants agissent sur la vulnérabilité ou la résilience des femmes à l'égard du VIH. Ainsi, il est souhaitable de tenter de déterminer si la classe économique, le revenu et le niveau d'instruction contribuent à la vulnérabilité des femmes au VIH ou ont un effet confusionnel à cet égard. D'autres comparaisons de populations sur le plan culturel sont nécessaires (c'est-à-dire qu'il est nécessaire d'analyser les différences et les points communs entre les communautés africaines, caribéennes et asiatiques à l'intérieur du groupe). De plus, une comparaison entre les générations (c.-à-d. établir s'il existe des distinctions entre les immigrantes de première génération, de deuxième génération, etc.) est une autre approche qui mériterait d'être explorée.

d) Jeunes filles

Cinq des 87 projets recensés portent sur les jeunes filles (R14, R33, R43, R72 et R73). Parmi ceux-ci, un s'intéresse aux rapports de force fondés sur le genre (R33), tandis que les quatre autres sont principalement axés sur les risques et la prévention de l'infection à VIH et le renforcement des capacités à cet égard. Un de ces quatre projets cible les facteurs associés à la grossesse et aux risques de transmission du VIH chez les jeunes filles vivant dans la rue (R14). Une autre étude examine les jeunes Inuits dans le contexte de la culture, de la santé et de l'autonomisation des femmes (R72), en vue d'illustrer les interrelations entre l'âge, la culture et le genre. Le troisième projet porte sur les effets du vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) sur les jeunes filles et les femmes séropositives pour le VIH. Ce projet conclut que les personnes de sexe féminin séropositives pour le VIH présentent des taux d'infection à VPH plus élevés et des infections évoluant plus rapidement vers le cancer que celles qui sont séronégatives (R73). Enfin, le quatrième projet s'intéresse à l'augmentation de la capacité de prévention du VIH/sida chez les jeunes filles.

L'analyse des projets révèle que les recherches portant sur les jeunes filles sont rares, un fait digne de mention compte tenu de la prévalence croissante de l'infection à VIH dans cette population selon les données épidémiologiques (voir le chapitre 3, figure 14). Il est nécessaire de réaliser plus d'études portant expressément sur les jeunes filles, notamment les jeunes filles participant à l'industrie du sexe, utilisant des drogues par injection ou d'autres substances ou appartenant à des populations particulières (p. ex. les jeunes filles touchées par le crime, les jeunes filles provenant de pays où le VIH est endémique ainsi que les jeunes Autochtones).

e) Femmes autochtones :

Premières nations, Inuites et Métisses

Huit des 87 projets recensés ciblent les femmes autochtones (R1, R2, R37, R40, R53, R69, R72 et R83). L'un s'intéresse aux jeunes filles inuites et porte sur l'éducation, le dépistage et le traitement en ce qui

concerne le VIH/sida (R72). Dans un autre projet, on étudie la violence sexuelle dans le contexte de la prestation de services en rapport avec le VIH/sida et, plus précisément, les effets des recoupements entre le genre, la culture, la violence et le VIH/sida sur l'accès aux services et la gestion de la santé (R69). Une autre étude vise à cerner et à comparer les besoins des femmes autochtones et non autochtones en matière de prévention de l'infection à VIH, et examine les conséquences des lacunes dans ce domaine sur la recherche, les politiques, les pratiques et l'élaboration de programmes (R37).

Trois projets examinent de plus près les problèmes auxquels font face les femmes autochtones vivant avec le VIH. Le premier explore l'importance culturelle de la maternité chez les femmes autochtones vivant avec le VIH (R53). Le deuxième s'intéresse aux comportements à risque à l'égard du VIH des femmes travaillant dans l'industrie du sexe et aux obstacles à la prévention et au traitement (R40), tandis que le dernier porte sur l'expérience de l'homophobie chez les femmes bispirituelles⁵¹ vivant avec le VIH dans le contexte de la prestation de services liés au VIH/sida (R83). Tous ces projets explorent les interrelations entre le genre et la culture dans le but d'améliorer la prestation de services dans la perspective de cette population.

f) Femmes lesbiennes, bispirituelles et femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes
Parmi les recherches répertoriées, trois projets ciblent les femmes lesbiennes, bisexuelles, celles qui ont des relations sexuelles avec d'autres femmes ou qui sont bispirituelles (R1, R55, R83). Deux projets portent exclusivement sur les femmes autochtones; l'un porte sur les schémas migratoires des Autochtones en relation avec la santé (R1) et l'autre s'intéresse à l'homophobie et à son incidence sur les services de santé (R83). Le dernier projet explore le risque de VIH ainsi que les comportements en matière de sexualité

et d'usage de drogues par injection chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) et les femmes ayant des relations sexuelles avec d'autres femmes (FRSF) (R55).

Aucun des projets recensés qui portent sur cette population ne vise précisément les femmes bispirituelles, les lesbiennes ou les FRSF vivant avec le VIH ou ne s'intéresse aux jeunes FRSF ou aux FRSF d'autres communautés ethnoculturelles.

g) Femmes transgenres

Deux projets portant sur les personnes transgenres ont été recensés parmi les recherches répertoriées : le premier porte sur les personnes transgenres à vocation masculine et s'intéresse aux conséquences sur leur santé de l'isolement social et de l'oppression dont elles sont victimes (R44). Le second examine les facteurs de vulnérabilité au VIH/sida associés aux personnes transgenres (R82).

h) Femmes utilisatrices de drogues par injection

Six des 87 projets répertoriés visent les femmes qui utilisent des drogues par injection et travaillent dans l'industrie du sexe (R8, R23, R35, R46, R67 et R76). De plus, un projet s'intéresse aux femmes utilisatrices de drogues par injection qui reçoivent un traitement antirétroviral par l'intermédiaire d'un programme de traitement pharmacologique (R42). Tous ces projets examinent la vie des femmes qui utilisent des drogues en relation avec d'autres facteurs, et certains se penchent sur le lien entre la consommation de drogues et le travail dans l'industrie du sexe pour assurer sa survie. La majorité des projets visant les femmes utilisatrices de drogues par injection et travaillant dans l'industrie du sexe, y compris les travaux décrits dans le chapitre 4, portent sur des femmes vivant en Colombie-Britannique. Par conséquent, il est nécessaire de procéder à des études sur les femmes utilisatrices de drogues par injection dans d'autres régions du Canada.

i) Femmes incarcérées

Un des projets de recherche répertoriés cible les femmes incarcérées (R21). Cette recherche a pour

51 Terme propre aux communautés autochtones signifiant « femmes qui se déclarent également lesbiennes, homosexuelles, bisexuelles et transgenres homme-femme » [1].

objectif d'éclairer les efforts de prévention visant à réduire la transmission des ITSS au sein de cette population. Ce projet portant sur les hommes et les femmes est réalisé au sein du système correctionnel provincial du Manitoba.

5.2.4 Autonomisation : promotion du leadership chez les femmes touchées et infectées par le VIH/sida

L'autonomisation des femmes est liée à l'estime de soi, à la capacité de faire des choix, de profiter des occasions et d'utiliser les ressources offertes et à la capacité des femmes de diriger leur propre vie et d'être des agents de changements sociaux. L'autonomisation fait intervenir à la fois l'esprit et le « soi » et repose sur le soutien des autres pour provoquer des changements individuels, structurels ou liés au genre. L'état de santé général des femmes ne changera pas à moins qu'elles n'aient le pouvoir de remettre en question et de modifier le contexte dans lequel elles vivent [2].

Il existe plusieurs approches de l'autonomisation qui donnent aux femmes les moyens de définir leurs propres aspirations, d'élaborer leurs propres stratégies de changement et de profiter des ressources nécessaires pour concrétiser leurs aspirations. Toutes les approches de l'autonomisation augmentent la capacité des femmes d'examiner et de définir leurs intérêts collectifs, d'accroître la capacité requise pour organiser leurs intérêts et de se joindre à d'autres organisations de femmes et d'hommes pour faire changer les choses. Généralement, les approches d'autonomisation sont utilisées afin de corriger les inégalités sous-jacentes vécues dans les relations de pouvoir liées au genre [2]. En conséquence, bon nombre des projets répertoriés ciblent l'autonomisation des femmes afin de leur permettre d'acquérir le leadership et les compétences nécessaires pour redresser le déséquilibre des forces qui les rend vulnérables au VIH/sida.

Parmi ces projets, plusieurs cherchent à améliorer les compétences d'adaptation des femmes ou à favoriser leur participation à la société (R12, R13, R22, R23, R25,

R33, R66, R76 et R84). À titre d'exemple, dans un de ces projets, on cherche à savoir si la gestion des cas ou les programmes standard de promotion de la santé en général permettent d'améliorer les compétences d'adaptation et le soutien social et de réduire les niveaux de dépression chez les femmes vivant avec le VIH (R25). Une autre étude porte sur la détermination des facteurs qui limitent ou qui favorisent la participation à la société des femmes vivant avec le VIH (R84). On s'intéresse également à l'autonomisation des jeunes femmes dans le contexte des relations hétérosexuelles (R33). Selon cette étude, le pouvoir des jeunes filles en matière sexuelle pourrait avoir des répercussions dans d'autres sphères, ce qui aurait pour effet de réduire le risque de transmission du VIH. Selon les auteurs d'une étude réalisée auprès d'utilisatrices de drogues par injection qui travaillent dans l'industrie du sexe, il faudrait que les programmes mettent l'accent sur la promotion de la santé au lieu d'insister uniquement sur les comportements à risque et qu'ils soulignent les gestes que doivent poser les femmes pour se protéger (R76).

Plusieurs autres projets offrent aux femmes de populations vulnérables la possibilité de participer à des projets de recherche à titre d'agentes d'intervention afin d'acquérir des compétences. Des études ont montré que la participation active des femmes de populations vulnérables contribuait à leur bien-être et jouait un rôle crucial dans la promotion de la santé [3-5]. Une étude laisse croire que l'intervention des pairs va contribuer à améliorer les conditions de vie des femmes qui travaillent dans l'industrie du sexe et utilisent des drogues injectables (R46). Dans un autre projet, on s'intéresse à l'intervention des paires en tant que moyen permettant d'atteindre les populations féminines vulnérables (R40). Le but de ces études est de réduire la transmission du VIH dans ces populations féminines, d'améliorer leurs conditions de vie et de leur permettre de redéfinir leur identité.

Dans bon nombre d'études portant sur les travailleuses du sexe, on recrute, embauche et forme des femmes de populations vulnérables comme chercheuses (R13, R40,

R41, R52 et R66) pour agir à titre d'intervieweuses ou d'assistantes de recherche. Il semblerait que cette participation active des travailleuses du sexe aux études « menées sur cette communauté et pour cette communauté » a pour effet de renforcer les capacités de recherches axées sur la communauté et de promouvoir le leadership communautaire (R40, R52).

Dans d'autres études, on invite les femmes appartenant à des populations vulnérables à participer à des processus décisionnels précis; on souhaite ainsi tirer parti de leur expertise pour acquérir des connaissances au sujet de leur communauté et leur permettre de se faire entendre dans la prise des décisions qui les touchent. À titre d'exemple, un projet visant à renforcer les capacités en matière de prise de décisions des femmes vivant avec le VIH dans les projets de recherche invite celles-ci à contribuer à la formulation des questions de recherche (R49). Dans un autre projet, on souligne la nécessité de faire participer les femmes utilisatrices de drogues par injection qui travaillent dans l'industrie du sexe au processus décisionnel concernant les services de soins de santé dont elles ont besoin. Les auteurs de l'étude soutiennent que cette approche permettra d'élaborer et de mettre en œuvre plus efficacement des stratégies de réduction des méfaits pour ces femmes (R76). Cette démarche a également été adoptée dans le cadre d'un autre projet portant sur la promotion du sentiment d'appartenance et du leadership chez les femmes autochtones travaillant dans l'industrie du sexe pour assurer leur survie (R40). D'après cette étude, une approche participative est extrêmement utile, car elle permet aux femmes travaillant dans l'industrie du sexe d'avoir réellement leur mot à dire en matière de prévention et de soins de l'infection à VIH.

5.2.5 Projets de recherche portant sur la violence faite aux femmes et le VIH/sida

Dix des 87 projets de recherche répertoriés dans l'inventaire, soit 11,5 %, identifient la violence masculine à l'égard des femmes comme un facteur de risque de

l'infection à VIH dans la population féminine. La moitié de ces projets examinent la violence masculine à l'égard des femmes qui travaillent dans l'industrie du sexe ou qui s'adonnent à la prostitution pour assurer leur survie (R24, R40, R52, R76, R79). Certains projets ciblent la violence masculine à l'égard des femmes dans certains groupes, notamment chez les femmes appartenant aux communautés immigrantes (R26) et transgenres (R82) et les femmes autochtones (R69 et R40), ou dans certains milieux, p. ex. dans les centres de traitement des victimes d'agressions sexuelles (R45). Un projet vise à effectuer un examen systématique d'études afin de caractériser le lien entre les interventions pour la prévention de la violence sexuelle et le VIH/sida (R77). Ces projets indiquent que la violence masculine à l'égard des femmes demeure un obstacle à la prévention du VIH/sida, en particulier pour certains groupes de femmes, et que l'on devrait continuer d'en tenir compte et de l'étudier dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida.

5.2.6 Renforcement des capacités à l'intérieur des sphères des politiques, des soins de santé et du transfert de connaissances

Les recherches répertoriées dans l'inventaire attirent l'attention sur le renforcement des capacités au niveau de l'élaboration des politiques, de la prévention, des pratiques en matière de soins de santé ou de l'élaboration des lignes directrices et du transfert de connaissances.

De nombreux projets examinent les répercussions sur les politiques en matière de santé pour les populations de femmes touchées et infectées (R15, R24, R39, R43, R45, R56, R57, R68, R72, R76, R77 et R83). Dans cette catégorie, une étude s'intéresse aux conséquences des décisions en matière de politiques et des modèles de prestation de services sur la prévention du VIH/sida chez les adolescentes (R43). Un projet a examiné les politiques sur l'alimentation des nourrissons et leur incidence sur les femmes vivant avec le VIH (R56). Dans une autre étude, on a cherché à déterminer les

conséquences pour les politiques et les programmes des interconnexions entre la violence sexuelle, le genre, la culture et le VIH/sida (R68). Un autre projet s'intéresse aux caractéristiques que doivent présenter les politiques visant à atténuer l'homophobie dans la prestation des services, du point de vue des femmes bispirituelles (R83).

D'autres projets visent à utiliser les conclusions des recherches pour éclairer l'élaboration de programmes d'intervention et de prévention en matière de VIH/sida (R12, R13, R20, R21, R23, R24, R33, R39, R41, R45, R46, R50, R52, R57, R71, R74, R76, R79 et R84). Sur les 87 projets répertoriés, 19 (21,8 %) indiquent avoir cet objectif. Près de la moitié de ces derniers (8) sont des études portant sur les travailleuses du sexe (y compris celles qui exercent ce métier pour assurer leur survie) qui appuient l'élaboration, la mise en œuvre ou l'évaluation d'un programme de soins ou de traitement de l'infection à VIH.

De plus, certains projets visent à améliorer ou à orienter les pratiques, les lignes directrices ou les politiques en matière de soins de santé et de recherche sur certaines populations féminines (R24, R45, R50, R52, R58, R59, R72, R76, R77, R79, R80, et R83). Par exemple, on entend utiliser les conclusions d'un projet pour promouvoir des pratiques de soins de santé normalisées pour l'accessibilité de la prophylaxie post-exposition (PPE) dans le cas des femmes victimes d'abus sexuels qui vivent dans des refuges (R45). Dans un autre projet, on souhaite utiliser les conclusions de celui-ci pour améliorer les lignes directrices provinciales et nationales en matière de thérapie antirétrovirale et les pratiques concernant la grossesse au Canada (R59).

Globalement, les recherches recensées sont en majorité axées sur le renforcement des capacités au niveau tant de l'individu que de la communauté, et visent la détermination des stratégies ou des possibilités d'intervention, de prévention et de traitement

destinées aux femmes. Les divers projets recensés donnent la mesure de la complexité des interrelations entre les déterminants qui rendent les femmes plus vulnérables au VIH/sida. Cette complexité a été mise en évidence dans l'étude réalisée auprès de femmes en Ontario (R57), dans laquelle on a recensé 16 groupes de femmes particuliers ayant des besoins distincts en matière de prévention, de traitement et d'élaboration de politiques liées au VIH. Par conséquent, il est utile d'examiner les recoupements de facteurs qui contribuent à la marginalisation des femmes afin de mieux comprendre le rôle des inégalités sous-jacentes dans leur vulnérabilité et leur résilience à l'égard du VIH/sida.

5.3 Références

- [1] Jackson R, Ristock J, Brotman S, Monette L, Seto J, Atkin W. Two-Spirit women's experience of homophobia in the context of HIV/AIDS service provision. 2008 [consulté sept 2010]. Disponible : http://www.caan.ca/pdf/TwoSpiritWomen_HomophobiaHIVProject.pdf
- [2] National Association of Friendship Centres. Urban Aboriginal women: Social determinants of health and well-being. 2008 [consulté sept. 2010]. Disponible : <http://www.laa.gov.nl.ca/laa/naws/pdf/NAFC-UrbanAboriginalWomen.pdf>
- [3] Blueprint for Action on Women and Girls and HIV and AIDS. Report card and report card backgrounder: Canada. 2008 [consulté sept. 2010]. Disponible : http://womensblueprint.org/en/wp-content/uploads/files/Canada_Background_ENG.pdf
- [4] Leonard L. Women and HIV prevention: A scoping review. Ottawa: University of Ottawa. 2007.
- [5] Gahagan J, Sweeney E, Jackson R, Mill J, Dykeman M, Prentice T, et al. Challenges and barriers to HIV service delivery: The experience of Aboriginal women in Canada. Communication orale présentée au 18ième congrès annuel de l'Association canadienne de recherche sur le VIH; 23-26 avr. 2009; Vancouver, Canada.

CHAPITRE 6 - Mesures de lutte actuelles contre le VIH/sida

6

En raison de la nécessité de limiter la portée du présent rapport, ne sont présentés dans ce chapitre que les stratégies canadiennes, les coalitions, les réseaux, les organisations et les projets qui se consacrent à la question du VIH/sida chez les femmes. On n'y trouvera pas d'examen de la réponse pancanadienne en regard des différents déterminants de la santé et de leur incidence sur la vulnérabilité et la résilience de la population féminine au VIH/sida.

6.1 Méthodologie

En vue de recueillir de l'information sur les projets, les coalitions, les comités, les plans et les initiatives en matière de politiques entre 2006 et 2009 sur la question du VIH/sida chez les femmes, on a élaboré des modèles de collecte d'information, que l'on a transmis aux responsables fédéraux, provinciaux et territoriaux par l'intermédiaire du Comité consultatif fédéral/provincial/territorial sur le sida, des consultants nationaux et régionaux de l'ASPC en matière de programmes sur le VIH/sida, du Groupe de travail fédéral-provincial-territorial des responsables des services correctionnels sur la santé et du sous-groupe de travail régional sur le VIH/sida de la direction générale de la Santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada. On a reçu des réponses provenant de toutes les provinces et de tous les territoires. Les projets financés par le Toronto Public Health AIDS Prevention Community Investment Program, le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) du Québec et ceux de certaines organisations du secteur privé (recensées grâce à une recherche par mot-clé à l'aide de Google) ont également été inclus dans l'analyse.

La méthodologie utilisée dans ce chapitre présente certaines limites qu'il convient de souligner.

Premièrement, certains projets, programmes ou initiatives tels que les soins de santé et les services sociaux fournis par les provinces et les territoires, peuvent ne pas avoir été recensés par la méthodologie de cueillette de l'information utilisée dans le présent rapport. De plus, il a été impossible d'obtenir les données de certaines autorités sanitaires régionales

du Québec qui gèrent les programmes communautaires locaux. Nous espérons pouvoir remédier à cette lacune à l'avenir. Les organisations souhaitant voir leurs activités mentionnées dans les rapports d'étape à venir sont invitées à communiquer avec le Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections de l'ASPC.

Deuxièmement, si le nombre de réponses visant les femmes dont il est question dans le présent chapitre est relativement faible, c'est que seuls les projets, les coalitions, les réseaux, etc., expressément conçus pour les femmes ou qui les ciblent directement à l'intérieur d'un groupe plus large ont été inclus. Les réponses axées sur la population générale ou sur une quelconque sous-population à laquelle des femmes pourraient appartenir ont été exclues de cette analyse. Dans les sous-sections qui suivent, on présente de manière plus détaillée le raisonnement à l'origine des critères d'inclusion/exclusion propres à une population utilisés dans certains projets et certaines réponses en ce qui concerne le VIH/sida chez les femmes.

6.1.1 Les femmes en tant que parties de la population visée par les réponses globales

Comme nous l'avons vu dans les chapitres précédents, les femmes représentent 51 % de la population canadienne totale et plus du quart des cas d'infection à VIH au Canada en 2008 ont touché des femmes (se reporter au chapitre 3). Par conséquent, des données sur les femmes sont obtenues dans le cadre d'études sur un large éventail de réponses générales au VIH/sida au Canada; toutefois, nous avons choisi de ne pas les inclure dans l'analyse du présent chapitre, car elles ne sont pas axées sur le genre.

6.1.2 Les femmes en tant que parties d'une communauté ou d'un groupe

Les femmes sont désignées comme un auditoire cible à l'intérieur de réponses communautaires ou de certains groupes culturels. Certains projets visent l'ensemble de la communauté, mais appuient aussi des activités

exclusivement féminines. Ainsi, le Groupe d'action pour la prévention de la transmission du VIH et de l'éradication du sida (Gap-Vies) vise la communauté haïtienne de Montréal au sens large et a mis sur pied une émission de radio s'adressant exclusivement aux femmes. De telles réponses ont été incluses dans l'analyse, car elles ciblent de manière précise la clientèle féminine.

6.1.3 Les femmes en tant que catégories autonomes

Différentes organisations au Canada ont répondu aux besoins des femmes en mettant sur pied des projets, des coalitions, des réseaux, etc., axés sur la population féminine. Cette approche est conforme à ce que prévoit la *Politique en matière d'analyse comparative fondée sur le sexe et le genre* de Santé Canada, qui cherche à établir que les femmes et les hommes ne sont pas dans la même situation et que les différences sur le plan des réalités sociales, de l'espérance de vie et des circonstances économiques ont des répercussions sur l'état de santé en ce qui a trait à leur accès au système de soins de santé et à leurs interactions avec celui-ci. Par conséquent, ce cadre met en lumière la nécessité de reconnaître la légitimité d'une approche axée sur la femme pour étudier les réponses au VIH/sida, compte tenu du caractère distinct des réalités sociales et culturelles vécues par les deux sexes.

6.2 Aperçu

L'ampleur et la complexité de la réponse du Canada se sont intensifiées depuis les débuts de l'infection. Les gouvernements, les organisations non gouvernementales, les organismes communautaires, les chercheurs, les professionnels de la santé et les personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables à l'infection se sont engagés à lutter contre la maladie et les conditions qui aggravent l'infection.

Dans le cadre de l'*Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada*⁵² le gouvernement du Canada suit les cas de VIH au moyen de son système de surveillance national, élabore des politiques, des lignes directrices et des programmes et appuie la réponse du secteur bénévole (qui est formé d'organismes nationaux de lutte contre le VIH/sida, d'organismes de services liés au sida et d'organismes communautaires) au VIH/sida dans les communautés partout au pays.

Les provinces et les territoires participent à des activités similaires. En vertu de la Constitution du Canada, la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes vivant avec le VIH/sida ou à risque de contracter l'infection est principalement de leurs compétences.

Des organismes travaillent dans toutes les provinces et tous les territoires pour réduire la vulnérabilité au VIH/sida et l'impact de celui-ci, et fournir des services de diagnostic, de prévention, de soins, de traitement et de soutien aux personnes les plus à risque. Le financement des activités de ces organismes est d'origine tant gouvernementale que privée. Dans certaines provinces et certains territoires, les organismes communautaires travaillent dans le cadre de structures prédéfinies afin de déterminer les priorités et de répartir les ressources. Les communautés et les autorités sanitaires locales, les administrations, les organismes de première ligne, les bénévoles et les populations touchées se trouvent dans une position unique pour déterminer la pertinence de la réponse. De plus, le secteur privé, (y compris les sociétés, les campagnes pharmaceutiques et les Églises), participe à la réponse au VIH/sida au Canada.

52 Il incombe également au gouvernement fédéral de fournir des services de soins de santé aux groupes désignés tels que les Autochtones vivant dans des réserves, les militaires et les personnes incarcérées dans les prisons fédérales.

6.3 Stratégies ciblant des populations distinctes

Dans cette section est présentée une vue d'ensemble des stratégies existantes visant la clientèle féminine et le VIH/sida au niveau national, provincial et territorial. Étant donné l'augmentation de la proportion des nouveaux cas de VIH chez les femmes (se reporter au chapitre 3), bon nombre d'organisations et de gouvernements à l'échelle nationale, provinciale et territoriale jugent prioritaire de prendre des mesures de réponse axées sur cette population.

Dans l'*Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada*, les femmes sont considérées comme l'une des huit populations clés à risque de contracter le VIH/sida ou touchées par l'infection. Cette initiative constitue la réponse du gouvernement du Canada au rapport *Au premier plan : Le Canada se mobilise contre le VIH/sida*, un document élaboré par un regroupement d'intervenants qui propose une approche coordonnée à l'échelle nationale du VIH/sida au Canada. On y souligne l'importance de la participation communautaire à la réponse, ainsi que la nécessité d'offrir des programmes et des services appropriés sur le plan de la culture, du genre et de l'âge.

La plupart des provinces et des territoires canadiens ont adopté des stratégies en matière de dépistage prénatal du VIH chez les femmes enceintes. Douze des treize provinces et territoires ont une politique officielle à ce sujet; sept d'entre eux proposent le test « avec option de retrait » et les cinq autres, le test « avec option d'adhésion » (se reporter au chapitre 3)

Plusieurs provinces et territoires ont également élaboré des stratégies en matière de santé visant exclusivement les femmes. Ainsi, la Colombie-Britannique a élaboré une *Women's and Girl's Health Strategy*, qui prévoit l'adoption d'une approche « selon le sexe » à l'égard de certaines maladies jugées importantes, y compris le VIH/sida. Le Manitoba et la Saskatchewan appuient un plan d'action pour la santé des femmes, élaboré par le

Prairie Centre of Excellence for Women's Health, qui est axé sur certains programmes tels que l'éducation sexuelle visant à prévenir le VIH/sida.

Avec l'appui du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, le Groupe de travail sur les femmes et le VIH/sida, représentant le personnel du Ministère, les chercheurs, les communautés et les personnes infectées ou touchées par le VIH/sida, est en train d'élaborer une stratégie pour contrer le taux croissant d'infections à VIH chez les femmes dans cette province. L'Ontario Women Study Research Group, qui est associé au groupe de travail, est en train de mettre sur pied un programme provincial de recherche dans lequel on prendra en considération la diversité des expériences de vie des femmes vulnérables à l'infection à VIH. De plus, dans le cadre de la Stratégie ontarienne de lutte contre le VIH et le sida à l'intention des Autochtones, on effectue en ce moment des interventions de prévention s'adressant spécifiquement aux femmes autochtones. Si elle n'a pas de mandat particulier en ce qui concerne les femmes, cette stratégie prévoit cependant accorder la priorité aux femmes au cours des cinq prochaines années.

En 2009-2010, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a octroyé un nouveau financement à la Women and HIV/AIDS Initiative, qui a permis aux 15 organismes de services liés au sida de créer des postes de coordinateur du développement communautaire pour le VIH chez les femmes dans des communautés clés partout en Ontario. La Women and HIV/AIDS Initiative (WHA1) a adopté une approche de développement communautaire qui comprend le renforcement des capacités des fournisseurs de services de santé et de services sociaux locaux afin qu'ils puissent répondre aux besoins des femmes vivant avec le VIH en Ontario.

Outre ces stratégies, on en recense d'autres, centrées à la fois sur la culture et le genre. Ainsi, en 2004, l'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA) a tenu une rencontre, l'Aboriginal Women's Health

Roundtable Planning Meeting, à laquelle ont participé 21 représentants de l'ONSA, de l'Association des femmes autochtones du Canada (AFAC), de la Pauktuutit Inuit Women's Association, du Ralliement national des Métis (RNM) et de l'Assemblée des Premières Nations (APN). Lors de cette rencontre, les participants ont souligné la nécessité de faire porter les efforts sur différentes problématiques sanitaires, dont le VIH/sida. L'étape suivante a été l'élaboration du cadre d'un Plan d'action sur la santé des femmes autochtones. L'année suivante, en 2005, l'ONSA a tenu une Table ronde nationale sur la santé des femmes et des filles autochtones à laquelle ont pris part 70 représentants des organisations des Premières nations, des Inuits et des Métis et de Santé Canada. Le but de cette rencontre était de discuter des questions prioritaires et des recommandations en matière de politiques en vue d'améliorer la santé des femmes et des jeunes filles autochtones. Si la question du VIH/sida n'a pas été explicitement abordée, les membres se sont cependant entendus pour reconnaître l'existence de lacunes importantes en ce qui concerne l'éducation des femmes autochtones en santé sexuelle.

Ces dernières années, des progrès ont été réalisés pour l'élaboration du cadre d'un plan d'action stratégique pour les femmes autochtones visant à s'attaquer à la question du VIH/sida chez les femmes autochtones au Canada [1]. Le cadre, qui est le fruit de plusieurs mois de consultations avec des femmes autochtones partout au pays, permettra l'élaboration d'un plan d'action stratégique portant spécifiquement sur le VIH/sida chez les femmes autochtones au cours des cinq prochaines années. Aux fins de ce cadre, une expertise à deux niveaux sera mise sur pied, y compris un Conseil des femmes autochtones vivant avec le VIH/sida (CFAV), qui sera le principal organe de représentation et d'orientation et le comité Voix des femmes (VOW) du Réseau canadien autochtone du sida, constitué de représentants des prestataires de services clés et d'un groupe central du CFAV. En collaboration avec ces experts, on établira les buts suivants : 1- renforcer le réseau et le soutien des femmes autochtones dans

toutes les régions; 2- militer en faveur de l'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des soins et des traitements pour les femmes autochtones infectées par le VIH; 3- renforcer la prévention, l'éducation et la sensibilisation en matière de VIH/sida chez les femmes; 4- effectuer des recherches comparatives entre les sexes du genre et de recherches visant expressément les femmes au sein de la communauté. Le plan d'action stratégique pour les femmes autochtones sur le VIH/sida constituera une ressource et un guide d'une grande utilité pour les organisations offrant des services aux Autochtones en matière de sida et leur permettra de concevoir et de mettre sur pied leurs propres ressources avec et pour les femmes autochtones, dans leur région respective.

6.4 Réseaux, coalitions et mécanismes consultatifs ciblant des populations distinctes

Dans cette section est présentée une vue d'ensemble des stratégies ciblant exclusivement les femmes pour lutter contre le VIH/sida au niveau tant national que provincial/territorial. Les activités des réseaux, des coalitions et des mécanismes consultatifs sont diversifiées : formulation de conseils, la défense promotion de leurs intérêts et la recherche. Certains des réseaux et coalitions recensés ci-après s'occupent également de la réalisation de programmes. L'existence de ces organisations et de ces mécanismes témoigne de l'importance accordée à un partenariat réunissant les secteurs communautaire, organisationnel et gouvernemental pour s'attaquer à la question du VIH/sida chez les femmes.

Dans le présent rapport, on entend par réseau ou coalition une organisation dont les membres sont soit d'autres organisations, soit des individus, qui a été constituée pour représenter leurs intérêts, leurs buts et leurs objectifs sur les tribunes provinciale, nationale ou internationale. On entend par organe consultatif une organisation qui formule des conseils au sujet de l'élaboration et de la mise en œuvre de stratégies, de politiques et de programmes.

6.4.1 Réseaux, coalitions et organes consultatifs nationaux

Le Plan intégral d'action sur le VIH et les femmes au Canada est une coalition multisectorielle regroupant 77 organisations canadiennes et internationales vouées à la lutte contre le VIH/sida ainsi que divers groupes de défense des droits des femmes, notamment en matière de procréation. Ce regroupement milite en faveur de l'amélioration de la prévention de la transmission du VIH/sida et des services et mesures de soutien offerts aux femmes et aux filles infectées ou touchées par le VIH/sida au Canada. Outre les activités de défense des intérêts à l'appui des droits des femmes, les membres de la coalition ont mis sur pied des groupes de travail chargés de discuter de questions particulières qui touchent les femmes en lien avec le VIH/sida, à savoir : les aspects juridiques et éthiques et les droits de la personne, la recherche, la stigmatisation et la discrimination, le diagnostic, le traitement, les soins et le soutien et, enfin, la prévention et l'éducation.

Les réseaux sur la santé des femmes répondent également à la problématique du genre et du VIH/sida au Canada. Le réseau des Centres d'excellence pour la santé des femmes⁵³, un réseau en partenariat pluridisciplinaire d'organisations universitaires et communautaires et de décideurs, accorde une importance primordiale aux questions touchant les femmes dans son programme de recherche et s'efforce de répondre aux besoins spécifiques de la population féminine en ce qui concerne le VIH/sida. En plus de ces centres, le Réseau canadien pour la santé des femmes et d'autres groupes de travail et initiatives s'intéressent à des questions de politiques touchant plus particulièrement les femmes et le VIH/sida.

En raison de la prévalence élevée des ITSS chez les femmes incarcérées dans les pénitenciers fédéraux,

le Service correctionnel du Canada (SCC) a élaboré une stratégie s'appuyant sur les déterminants sociaux intitulée Stratégie de lutte contre les maladies infectieuses pour les délinquantes, qui porte sur l'offre de services de prévention, de soins, de traitement et de soutien appropriés à l'égard des maladies infectieuses sur le plan du genre et de la culture aux femmes incarcérées. Cette stratégie prend en considération le vécu des femmes pour comprendre leur vulnérabilité à l'infection, y compris les décisions quant aux comportements à risque, l'utilisation de mesures de réduction des méfaits, l'accès aux services de santé et l'adhésion aux tests et aux traitements.

En 2009, les planificateurs, les décideurs, les fournisseurs de services et les analystes de politiques se sont rencontrés pour discuter des questions, des recherches et des programmes concernant la consommation d'alcool et d'autres drogues par les femmes et les adolescentes au Canada [2]. Le but de cette rencontre était d'approfondir la question de la réduction des méfaits du point de vue des déterminants de la santé des femmes, en se penchant sur des déterminants tels que la pauvreté, le travail du sexe et la maternité. Les activités qui se sont déroulées lors de cet événement étaient parrainées par le British Columbia Centre of Excellence in Women's Health et par la Coalescing on Women and Substance Use.

6.4.2 Réseaux, coalitions et organes consultatifs provinciaux

Le Centre d'excellence de l'Atlantique pour la santé des femmes préconise une approche fondée sur le genre en ce qui a trait aux politiques, aux programmes et à la recherche portant sur le VIH/sida. Le Centre, qui est membre de la Coalition interagence sida et développement (CISD) et du sous-comité de la recherche du Plan intégral d'action sur le VIH et les femmes, effectue des recherches sur les politiques dans le but d'améliorer l'état de santé des femmes canadiennes en rendant le système de santé plus informé des besoins des femmes en matière de santé et plus réactif à cet égard.

53 Les Centres d'excellence pour la santé des femmes sont appuyés par le Programme de contribution pour la santé des femmes, qui est géré par le Bureau pour la santé des femmes et l'analyse comparative entre les sexes (Santé Canada).

Le Positive Women's Network (PWN), un partenariat de femmes infectées ou touchées par le VIH/sida, offre des services de soutien, d'éducation et de prévention aux femmes dans toutes les collectivités de la Colombie-Britannique afin qu'elles puissent faire des choix éclairés au sujet du VIH/sida et de leur santé. De plus, le PWN joue un rôle de chef de file et défend les intérêts de ses membres en ce qui concerne les questions que pose le VIH/sida chez les femmes sur les plans social et sanitaire auprès des organisations communautaires nationales et locales de soins de santé. Toute femme vivant en Colombie-Britannique et pouvant obtenir de son prestataire de soins de santé la preuve de sa séropositivité à l'égard du VIH peut devenir membre du PWN.

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a mis sur pied un groupe de travail dans le but de contrer l'augmentation du taux d'infection à VIH chez les femmes de cette province. Dans le cadre de ce projet, le Ministère a appuyé la réalisation de recherches sur les pratiques exemplaires en matière de prévention du VIH chez les femmes, en vue de déterminer où cette population est la plus susceptible de se présenter pour bénéficier de soins de santé et de services sociaux. Dans le cadre de l'initiative en matière de dépistage prénatal, le Ministère finance une campagne de communication visant à mieux faire connaître le programme de dépistage prénatal du VIH auprès des femmes enceintes, des prestataires offrant le test de dépistage et des femmes envisageant de procréer.

En Nouvelle-Écosse, l'Advisory Council on the Status of Women conseille le ministre responsable de la condition féminine et détermine les questions à étudier, y compris celles concernant la santé. En 2003, ce conseil consultatif a produit un document intitulé Gender and HIV/AIDS Backgrounder qui souligne les différents facteurs de vulnérabilité au VIH/sida liés au genre.

À Terre-Neuve-et-Labrador, un programme de partenariat sur le genre et le VIH a été mis en œuvre conjointement par le AIDS Committee of Newfoundland

and Labrador, Oxfam, la Coalition interagence sida et développement (CISD), l'Agence canadienne de développement international et le Zimbabwe/Lesotho dans le but d'étudier et d'analyser la question de la violence masculine à l'égard des femmes et du VIH/sida.

Comme nous l'avons déjà dit dans le chapitre 4, les femmes travaillant dans l'industrie du sexe et celles qui ont des relations sexuelles pour assurer leur survie peuvent devoir composer avec une multitude de facteurs de vulnérabilité au VIH. Pour répondre au besoin d'autonomisation de ces femmes, plusieurs coalitions de travailleuses du sexe ont été constituées partout au Canada dans le but de mettre sur pied des initiatives d'éducation en santé et de promouvoir de meilleures conditions de travail pour cette population. Dans les Maritimes, le Sex Trade Action Committee a initialement été mis sur pied par la police communautaire avec pour mandat de se pencher sur les questions liées au travail du sexe dans la rue (à des fins de survie) à St. John's. Il a établi un partenariat avec AIDS St. John's et d'autres intervenants (y compris des personnes travaillant ou ayant travaillé dans l'industrie du sexe) pour élaborer des projets de réduction des méfaits, d'éducation et de réhabilitation destinés aux travailleuses du sexe.

Stepping Stone, une organisation de personnes travaillant dans l'industrie du sexe à Halifax, compte actuellement de nombreuses travailleuses du sexe parmi les membres de son personnel et a tissé des partenariats avec les fournisseurs de soins de santé, les conseillers (en matière de santé et de questions juridiques) et d'autres travailleurs communautaires (p. ex. AIDS Coalition of Nova Scotia) pour offrir aux personnes exerçant ce métier, en particulier celles qui le font pour assurer leur survie, des services de réduction des méfaits et d'intervention directe auprès de la communauté.

Au Québec, l'organisme STELLA, qui a été créé en 1995 par des travailleuses du sexe, des chercheurs en santé publique et des militants, est une organisation gérée par et pour les travailleuses du sexe, qui a pour objectif

d'améliorer leur qualité de vie et leurs conditions de travail. L'organisation vise à donner à ces femmes du soutien et de l'information afin de leur permettre de vivre dans la sécurité et la dignité, à réduire la discrimination à l'égard des personnes exerçant ce métier par des campagnes de sensibilisation et d'éducation du public au sujet du travail du sexe et des réalités auxquelles elles sont confrontées dans ce travail et de militer en faveur de la décriminalisation de la prostitution.

En Ontario, deux organisations de travailleuses du sexe ont été mises sur pied, l'une à Toronto (MAGGIE's- The Toronto Prostitutes' Community Project) et l'autre à Ottawa-Gatineau (POWER- Prostitué(es) d'Ottawa-Gatineau travaillent, éduquent et résistent). Les deux organisations sont dirigées par des travailleuses du sexe et offrent des services juridiques et de santé à cette population.

On recense plusieurs organisations de travailleuses du sexe en Colombie-Britannique, dont la Prostitutes Empowerment Education and Resources Society (PEERS), la Canadian National Coalition of Experiential Women (CNCEW) et la West Coast Cooperative of Sex Industry Professionals of Vancouver (WCCSIP).

L'organisation PEERS offre des programmes et des services aux personnes travaillant ou ayant déjà travaillé dans l'industrie du sexe, notamment des programmes d'aide à l'éducation et à l'emploi pour ceux qui souhaitent abandonner la prostitution; l'organisation facilite également l'accès à un logement abordable et aux services juridiques (p. ex. en aidant les parents dans leurs démarches pour obtenir la garde de leurs enfants), intervient directement dans la communauté (p. ex. en proposant des seringues, des condoms, etc., dans des centres d'accueil mobiles), et offre l'accès à un médecin de sexe féminin en résidence.

La CNCEW a pour objectif d'améliorer les conditions de vie et de travail des travailleuses du sexe et met l'accent sur les questions clés suivantes : réduction des méfaits

(p. ex. en offrant aux travailleuses du sexe les services appropriés), réforme du droit (p. ex. en militant en faveur de la décriminalisation du travail du sexe), sensibilisation du public (p. ex. en luttant contre la discrimination et la stigmatisation), justice sociale, protection des enfants et des jeunes (p. ex. en reconnaissant l'importance de la question de l'exploitation des jeunes travaillant dans l'industrie du sexe et en s'attaquant à ce problème), violence et trafic humain.

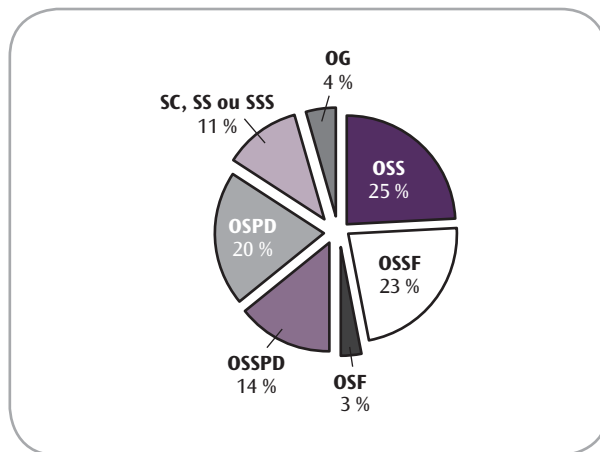
Le WCCSIP est une coopérative de personnes travaillant ou ayant travaillé dans l'industrie du sexe qui, en contrepartie d'une cotisation pour en devenir membres, acquièrent un droit de vote leur permettant d'intervenir ou de se prononcer au sujet de la manière de dépenser les profits. La coopérative s'intéresse principalement aux questions suivantes : la création de normes de travail pour les personnes travaillant dans l'industrie du sexe; l'autonomisation et l'unification des communautés de travail du sexe afin d'accroître la sécurité économique des travailleurs du sexe adultes; le renforcement des capacités dans le but d'élaborer des politiques pour l'industrie du sexe; la mise à contribution des alliés pour permettre à l'organisation d'atteindre ses buts; le maintien du caractère prioritaire des cadres de réduction des méfaits; le travail en faveur de la justice sociale et de l'amélioration des conditions de travail et de la sécurité des travailleuses du sexe.

6.5 Analyse des programmes

Dans cette section est présentée une analyse des types de programmes et de projets recensés dans le cadre du processus de collecte de données et de la mesure dans laquelle ils reflètent les réalités et les besoins des femmes en lien avec le VIH/sida. L'objet principal du processus de collecte de données était de recenser les projets, à l'intérieur de certaines limites temporelles (actifs entre 2006 et 2009), qui portaient sur le VIH/sida chez les femmes au Canada. Les projets et les organisations responsables sont répertoriés dans l'annexe C. Il importe de noter que l'analyse n'inclut

pas les programmes sur le VIH/sida qui ont été intégrés aux activités liées à la prestation de services sociaux et de santé provinciaux ou territoriaux ordinaires (exception faite des programmes destinés aux femmes mis en œuvre par le SCC et par certains établissements carcéraux provinciaux, qui ont été intégrés aux services de santé offerts aux femmes incarcérées). Les projets bénéficiant d'un financement qui sont destinés exclusivement aux femmes, ceux qui comportent une forte composante féminine (selon leur titre ou dans leur descripteur) et ceux qui visent directement les femmes à l'intérieur d'un groupe plus large ont été inclus aux fins de la discussion. Il convient de noter qu'en raison de leur durée limitée et du temps écoulé entre la rédaction et l'impression du présent rapport, certains des projets mentionnés pourraient ne plus être actifs.

Figure 19 : Répartition des organisations participant à la lutte au VIH/sida chez les femmes au Canada (N = 71)



- OSS : Organisme de services liés au sida (visant toute la population)
- OSSF : Organisme de services liés au sida pour les femmes
- OSF : Organisme de services pour les femmes
- OSSPD : Organisme de services liés au sida visant une population distincte
- OSPD : Organisme de services visant une population distincte
- SC, SS ou SSS : Services communautaires, services de santé, ou services de santé sexuelle
- OG : Organismes gouvernementaux

6.5.1 Projets visant les femmes

Sur les 101 projets examinés, 11 (11 %) visent les femmes à l'intérieur d'un projet ayant une portée plus large et 89 ciblent exclusivement la population féminine (se reporter à l'Annexe C). La figure 19 montre qu'un quart (25 %) des organisations participant à la réponse au VIH/sida chez les femmes sont des organismes de services liés au sida puis, par ordre d'importance, des organismes de services liés au sida pour les femmes (23 %) et des organismes de services visant une population distincte (20 %). Les deux derniers types d'organismes ciblent les Autochtones, les jeunes à risque, les personnes provenant de pays où le VIH est endémique, les personnes travaillant dans l'industrie du sexe, les personnes utilisant des drogues par injection et les personnes transgenres, qui sont autant de groupes considérés comme exposés à un risque plus élevé de contracter le VIH.

La représentation graphique fait ressortir la diversité des organisations répondant aux besoins des femmes en lien avec le VIH/sida. Cette diversité est elle-même représentative de la complexité des besoins propres aux femmes en ce qui concerne le VIH/sida, en particulier si l'on considère la variété des populations concernées.

6.5.2 Répartition des projets par région géographique et par catégorie

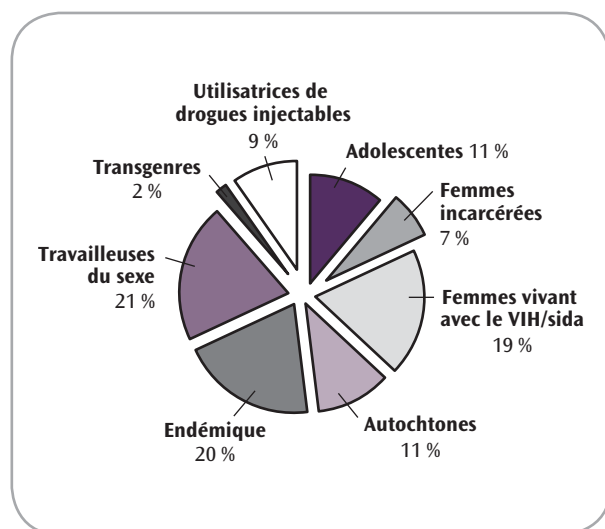
Sur les 101 projets répertoriés, 36 % se déroulent en Colombie-Britannique, 5 % en Alberta, 4 % en Saskatchewan et au Manitoba, 21 % en Ontario, 23 % au Québec et 4 % dans la région de l'Atlantique. Dans le Nord, aucun projet visant spécifiquement les femmes n'a été recensé. Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que des fonds sont plus susceptibles d'être alloués aux populations autochtones en générale (c'est-à-dire aux Premières nations, aux Inuits et aux Métis), dont les femmes font partie. De plus, huit projets d'envergure nationale ont été identifiés. Si l'on considère la proportion des projets en relation avec le pourcentage représenté par la population féminine dans chaque région, il ressort des données que les

provinces les plus peuplées (c'est-à-dire l'Ontario, le Québec et la Colombie-Britannique) comptent le plus grand nombre de projets s'adressant spécifiquement aux femmes.

6.5.3 Variation de l'offre des programmes en fonction des besoins particuliers en matière de santé des femmes

Comme nous l'avons montré dans les chapitres précédents, il existe certains groupes de femmes chez lesquels, en raison de circonstances sociales et économiques, le risque de contracter ou de transmettre le VIH est plus élevé. Il s'agit notamment des femmes provenant de pays où le VIH est endémique, de celles qui vivent avec le VIH, des travailleuses du sexe, des adolescentes, des femmes autochtones, des utilisatrices de drogues injectables, des femmes transgenres et des femmes incarcérées. Ces populations féminines nécessitent des stratégies individuelles, compte tenu du caractère distinct de leurs réalités socio-économiques et de leurs besoins en matière de santé.

Figure 20 : Répartition des projets sur le VIH/sida axés sur les femmes par catégorie (N = 114)



Le (nombre (m) total est plus élevé que le nombre réel de projets répertoriés, car plusieurs projets ciblent plus d'une population (p. ex. les adolescentes autochtones séropositives pour le VIH).

6.5.4 Femmes travaillant dans l'industrie du sexe

Les femmes travaillant dans l'industrie du sexe constituent la population la plus fréquemment ciblée, à raison de 25 projets sur les 101 répertoriés [W11, W18, W22, W23, W24, W27, W33, W48, W54, W57, W61, W63, W75, W76, W77, W78, W86, W91-W96, W98, W101]. Comme les femmes qui ont des relations sexuelles pour survivre présentent un risque élevé de transmission du VIH, un ensemble exhaustif de mesures pour répondre à leurs besoins en matière de VIH/sida est nécessaire pour cette cohorte. Parmi les projets visant cette catégorie, un tiers (9 projets ou 36%) s'adressent aux femmes travaillant dans l'industrie du sexe pour survivre ou aux femmes vivant dans la rue qui utilisent des drogues par injection [W18, W22, W23, W24, W28, W33, W61, W63, W78]. Par exemple, le projet Femmes de la rue [W78] vise à assurer aux travailleuses du sexe l'accès aux ressources appropriées, p. ex. en les accompagnant à leurs rendez-vous et en veillant à la disponibilité d'un matériel d'injection sans risque. Dans un autre projet, intitulé *The Rainier Hotel* [W18], d'anciennes prostituées qui suivent un programme de désintoxication ont accès à un large éventail de mesures de soutien qui visent à les aider à reprendre leur santé en main. Au Québec, le projet Cat Woman, qui est offert dans les régions du Lac St-Jean/Saguenay [W75], de l'Estrie [W76] et de la Mauricie [W91], a pour but de favoriser les comportements sexuels sans risque et d'habiliter les travailleuses du sexe à composer avec les facteurs qui limitent leur capacité de se protéger.

En Colombie-Britannique, le projet HIV/AIDS and Survival Sex Workers [W22] vise à élaborer et à distribuer de l'information sur le VIH/sida qui soit pertinente sur le plan culturel et facile à comprendre. Dans le cadre de ce projet, les pairs suivent des formations afin d'acquérir des habiletés en matière d'intervention auprès de la communauté, d'animation et de coordination de réunions et d'ateliers. Lors de l'intervention au sein de la communauté, les intervenantes paires sont jumelées à des travailleurs en santé communautaire. Dans le même ordre d'idée,

deux autres projets s'adressant exclusivement aux femmes travaillant dans l'industrie du sexe ciblent une culture en particulier. Le premier projet s'adresse aux travailleuses du sexe autochtones [W57] et vise à accroître leurs connaissances au sujet de la prévention de l'infection à VIH, à réduire les comportements à risque et à améliorer l'accès des femmes aux services appropriés (p. ex. aux organismes de services liés au sida partout en Ontario). Le second projet a été élaboré pour les femmes asiatiques et vise à améliorer leur connaissance du VIH/sida [W11].

6.5.5 Femmes provenant de pays où le VIH est endémique

Dans les rapports *Au premier plan* et *Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Personnes provenant de pays où le VIH est endémique – Population noire de descendance africaine et caribéenne vivant au Canada*, on insiste sur la nécessité de cibler les femmes originaires de ces régions, car elles sont plus susceptibles de souffrir d'inégalités liées au genre, de violence et d'isolement. Par conséquent, les projets conçus pour ce groupe de femmes doivent répondre à leurs besoins propres. De plus, les programmes doivent tenir compte du fait que la majorité des femmes provenant de pays où le VIH est endémique vivent dans les grands centres urbains (c'est-à-dire Toronto, Montréal et Vancouver).

Plus d'un cinquième (23 projets ou 21 %) de tous les projets répertoriés indiquent avoir comme population cible les femmes venant de pays où le VIH est endémique [W10, W11, W17, W30-W32, W39-W44, W50-W52, W55, W62, W64, W71, W72, W73, W74, W83]. De tels projets ont été relevés dans quatre provinces, à savoir la Colombie-Britannique, l'Alberta, l'Ontario et le Québec, ce qui est conforme à la répartition géographique de ce groupe de la population.

Plus d'un quart (6 projets ou 27 %) de ces projets ciblent les femmes séropositives pour le VIH et offrent pour la plupart des services de soutien. À titre d'exemple, le projet Sahwanya Community Kitchen

[W10], élaboré par et pour les femmes africaines séropositives pour le VIH du centre-ville de Vancouver, a pour but de briser l'isolement social de ces femmes en leur offrant un environnement propice au partage des expériences. Un autre projet, le Living Room Program [W64], propose aux femmes africaines et caribéennes d'Ottawa vivant avec le VIH d'échanger au sujet de leur expérience de vie en toute confidentialité, ce qui les soutient et les aide à sortir de l'isolement qu'entraîne le fait de vivre avec le VIH/sida.

On recense également plusieurs interventions visant une culture en particulier, y compris celle des communautés somalienne [W62], éthiopienne [W55], asiatique [W11, W50, W51], africaine ou caribéenne [W10, W39, W40, W42, W43, W44, W64, W71, W73, W74] et africaine musulmane [W41], qui représentent 16 (72,7 %) des projets d'intervention ciblant les femmes provenant de pays où le VIH est endémique. Dans deux cas, les projets ciblent tant les femmes adultes que les adolescentes de leur communauté respective. De fait, tant la Somali Immigrant AID Organization [W62] que l'Ethiopian Association in the Greater Toronto Area [W55] ont offert à leur population féminine des ateliers conçus en fonction de chaque tranche d'âge qui ont pour but d'améliorer les connaissances des participantes au sujet du VIH/sida.

En ce qui concerne les projets ciblant les populations asiatiques, un projet, intitulé The ORCHID project : Outreach and Research in Community Health Initiatives and Development [W11], vise les travailleuses du sexe asiatiques⁵⁴ qui exercent leurs activités dans des salons de massage et des agences d'escortes à Vancouver et dans la région du Lower Mainland de la Colombie-

54 La description du projet disponible dans la base de données du PACS ne permet pas de déterminer à quelle(s) communauté(s) asiatique(s) appartiennent ces femmes. Dans sa recension portant sur les femmes des communautés originaires d'Asie et d'Asie du Sud en Ontario, McWilliam et coll. (2007) soulignent que des distinctions devraient être introduites dans la désignation « femmes provenant de pays asiatiques » pour tenir compte du fait que la « communauté asiatique » au Canada représente plus de 40 nationalités qui parlent plus de 100 langues et dialectes différents [3].

Britannique. Le principal objectif de ce projet est d'améliorer les connaissances de ces femmes au sujet de la transmission du VIH et de la prévention de cette infection. Les deux autres projets ciblant les populations de femmes asiatiques [W50, W51] proposent des ateliers sur le VIH/sida dispensés soit avec l'aide de femmes bénévoles originaires d'Asie du Sud-Est ou de l'Est, soit par une intervention directe auprès des femmes dans différents lieux culturels (p. ex. églises, centres d'entraide, cours d'anglais langue seconde, événements ethnoculturels, etc.). Ces deux projets font la promotion du dépistage du VIH dans la population féminine originaire de l'Asie du Sud-Est ou de l'Est, dans un cas en utilisant les médias et, dans l'autre, en distribuant partout à Toronto un document d'information sur le VIH après l'avoir traduit en japonais. Enfin, dans le cadre d'un autre projet [W40], on cherche à rencontrer les jeunes femmes des communautés africaines, caribéennes et continentales sur les lieux d'événements culturels, et on les amène à discuter d'éducation sexuelle et de santé dans un contexte adapté à leur culture.

En ce qui concerne les autres projets visant les femmes provenant de pays où le VIH est endémique, ils portent généralement sur l'intervention directe par des pairs [W17] et sur la prévention du VIH/sida [W30, W31, W32, W52, W83].

6.5.6 Femmes vivant avec le VIH/sida

Les projets visant les femmes vivant avec le VIH représentaient 19 % (ou 21) de tous les projets répertoriés [W10, W13, W19, W28, W35, W37, W42, W44-W47, W49, W52, W64, W65-W68, W74, W86, W89]. Outre les six projets ciblant les femmes vivant avec le VIH et provenant de pays où le VIH est endémique [W10, W42, W44, W52, W63, W64, W74], trois s'intéressent aux femmes séropositives pour le VIH qui viennent d'enfanter [W65, W66 et W67]. Ces derniers projets visent à réduire le risque de transmission verticale du VIH soit en proposant gratuitement des préparations pour nourrissons pendant une période

d'un an, soit en offrant du soutien, des conseils et des services financiers.

Certains des autres projets portent sur le soutien par les paires [W19, W35, W47, et W68], le renforcement de la capacité d'intervention directe et de l'accès aux programmes pour les femmes vivant avec le VIH [W13, W46], et l'organisation d'ateliers ou de séances d'éducation sur la prévention [W64]. Un projet s'adressant aux adolescentes séropositives pour le VIH vise à améliorer leurs aptitudes à la vie quotidienne et à l'emploi [W28]. Enfin, deux autres projets visent à autonomiser les femmes et à les encourager à révéler leur séropositivité à leur partenaire et à leurs dispensateurs de services [W74, W89].

6.5.7 Jeunes filles

Sur les 101 projets répertoriés, 12 indiquent avoir pour public cible les jeunes filles [W9, W15, W20, W28, W29, W40, W41, W45, W56, W62, W79 et W97]. Parmi ces projets, trois portent spécifiquement sur les personnes provenant de pays où le VIH est endémique et proposent des mesures de réponse au VIH/sida adaptées au genre, à la culture et à l'âge. L'un de ces projets, l'Ethiopian Association HIV/AIDS Prevention Project [W55], vise à améliorer les connaissances des jeunes sur des sujets tels que le VIH et les répercussions de la consommation d'alcool et de drogues sur le comportement sexuel. Par le biais d'ateliers animés par des pairs, le public cible reçoit de l'information sur la prévention de l'infection à VIH. Dans le cadre d'un autre projet, la Somali AID Organization tient des ateliers sur le VIH/sida s'adressant aux adolescentes somaliennes [W62] et diffuse de l'information culturellement appropriée en matière de prévention par le biais des médias de la communauté somalienne (p. ex. radio, journal).

Quatre projets s'adressant aux jeunes (30,8 %) visent l'autonomisation des jeunes femmes/filles en ce qui concerne leur sexualité. Par exemple, en Colombie-Britannique, le projet Girl Power [W9] s'intéresse à

l'association entre la faible estime de soi des jeunes filles et leurs activités à risque, en lien avec le VIH. Le projet est axé sur l'image corporelle féminine et sa représentation dans les médias. Un autre projet offert en Colombie-Britannique, Rights of Passage [W15], vise à apprendre aux adolescentes autochtones à se définir elles-mêmes de manière saine et à s'informer au sujet du VIH/sida. De même, le Sexual Self-Esteem as a HIV Prevention Tool Project [W29], en Alberta, a pour but d'apprendre aux adolescentes à construire leur estime de soi en les aidant à s'accepter, à se sentir bien dans leur corps, à assumer leurs forces et leurs capacités afin de faire des choix positifs et favorables à la santé. On donne également de l'information sur les risques que présente le VIH. Enfin, un projet intitulé « Hey, Fille! Mets tes culottes! » [W97] se consacre à la prévention des ITS et à l'éducation sexuelle des jeunes filles.

6.5.8 Femmes autochtones

Les femmes autochtones constituent près de la moitié de tous les nouveaux cas d'infection à VIH chez les Autochtones [4], une situation qui contraste abruptement avec celle des femmes non autochtones canadiennes, qui comptent pour 20,6 % des rapports de tests positifs (se reporter au chapitre 3). Sur les 101 projets répertoriés, 14 ciblent les femmes autochtones [W1, W2, W3, W6-W8, W14, W15, W26, W36, W57-W59 et W88].

Les projets ciblant les femmes autochtones incluent ceux qui s'adressent aux jeunes [W15], aux travailleuses du sexe [W57] et aux femmes utilisant des drogues par injection ainsi que les projets axés sur la réduction des méfaits [W1, W2, W8, W58, W59]. Ce dernier groupe, qui représente la population la plus souvent visée dans les projets destinés aux femmes autochtones, représente 35,7 % (5) du total. La prédominance des femmes autochtones qui utilisent des drogues par injection dans les projets d'intervention concorde avec leur importance relative dans la catégorie UDI; en effet, la principale catégorie d'exposition au VIH chez les femmes autochtones est la catégorie UDI, qui représente 66,3 % du nombre total de rapports de

tests positifs pour le VIH entre 1998 et 2009 (se reporter au chapitre 3, figure 18). Certaines des interventions adoptent une approche de la réduction des méfaits adaptée à la culture de la population cible. Par exemple, le projet intitulé Awakening the Spirit [W59] donne aux dispensateurs de soins de santé de l'information sur l'histoire et les points de vue des Autochtones, ainsi que sur la réduction des méfaits chez les femmes autochtones à risque. Un autre projet d'intervention sensible aux aspects culturels, Culturally Appropriate Harm Reduction Program Development [2], vise à réduire les méfaits associés à l'injection de drogues (et d'autres substances) au sein des communautés autochtones.

Compte tenu de la prévalence de la violence faite aux femmes autochtones, deux projets visent spécifiquement cette problématique [W26, W88] dans le contexte de la santé sexuelle. Par exemple, le projet intitulé Positive Women, Positive Spaces [W26] s'attaque aux liens entre la violence et le risque d'infection à VIH chez les femmes autochtones vivant dans le quartier DTES de Vancouver par la mise sur pied et l'évaluation d'une clinique de nuit pour femmes seulement. L'autre projet [W88] a pour but d'offrir des ateliers de santé sexuelle aux femmes autochtones victimes d'abus qui vivent dans des refuges, ainsi que de la formation sur la sexualité aux travailleurs sociaux employés par ces établissements.

De plus, le projet intitulé Around the Kitchen Table vise à autonomiser les femmes, en particulier celles qui vivent dans des collectivités éloignées, en leur rappelant leurs rôles traditionnels et en leur offrant un réseau communautaire de soutien et d'éducation [W14].

6.5.9 Femmes utilisatrices de drogues, réduction des méfaits et usage de substances

Parmi les projets d'intervention examinés, 10 ciblent les femmes qui s'injectent des drogues, la réduction des méfaits et l'usage de substances [W1, W2, W12, W18, W25, W27, W58, W59, W61 et W99]. Un projet

[W12] facilite l'accès des femmes du quartier DTES de Vancouver qui sont touchées par le VIH/sida aux ressources en matière de réduction des méfaits, de services médicaux et de soutien communautaire. On offre de l'aide aux femmes les plus vulnérables qui n'ont pas accès aux services pour cause de discrimination, d'exclusion et d'isolement. Un autre projet mené en Colombie-Britannique, Women Care [W27], veille à la santé, au bien-être et au leadership des femmes vulnérables, en particulier les travailleuses du sexe dans la rue qui utilisent des drogues. Le projet Women's Harm Reduction à Toronto s'intéresse également à l'usage de drogues illicites et à la prostitution chez les femmes [W63]. Le programme vise à reconnaître les difficultés que connaissent ces femmes et à élaborer des programmes de soutien réceptifs. De plus, le projet WIN, offert au Nouveau-Brunswick, encourage les femmes à profiter d'un programme d'échange de seringues, lequel vise à enrayer la propagation du VIH [W99]. Il offre également un moyen sûr pour l'élimination des aiguilles. Enfin, le Coverdale Centre for Women, également situé au Nouveau-Brunswick, propose un programme de lutte contre l'usage de substances aux femmes incarcérées [W100].

6.5.10 Femmes incarcérées

Au premier plan a lancé un appel en faveur de la mise en œuvre de programmes pour femmes incarcérées visant à réduire le risque de transmission du VIH dans tous les établissements correctionnels au Canada et d'offrir aux personnes incarcérées l'accès à des outils et à des services de prévention, de réduction des méfaits et de traitement appropriés à l'âge, au genre et à la culture. Huit des projets examinés ciblent les femmes incarcérées.

Le programme destiné aux femmes du Prisoners with HIV/AIDS Support Action Network (PASAN), qui est le plus important programme communautaire sur le VIH visant la population féminine incarcérée au Canada, offre des services de prévention, d'éducation et de soutien, ainsi que de planification de la remise en

liberté et de gestion de cas répondant aux besoins des femmes en prison et de celles qui ont été récemment libérées [W60].

Le projet Wings for Our Future [W92] s'adresse aux femmes incarcérées ainsi qu'aux personnes travaillant dans le domaine de l'admissibilité à la libération conditionnelle et de la réinsertion dans la population active. On prévoit offrir différents ateliers, kiosques d'information et sessions de formation à des fins de sensibilisation à la problématique du VIH et du VHC, d'information, de prévention et de soutien à l'intérieur et à l'extérieur des centres de détention. On espère que ces activités permettront aux femmes incarcérées de mieux comprendre les modes d'infection et les techniques de prévention et aux travailleurs sociaux de se familiariser avec les ressources disponibles et d'être ainsi en meilleure position pour aiguiller les femmes vers les services appropriés. La clientèle cible du projet compte environ 250 femmes incarcérées (dans les prisons tant provinciales que fédérales du Québec) et 90 travailleurs sociaux.

Le projet Prisoners at Federal Prison for Women run HIV/AIDS Education and Support Group [W5], qui a été lancé en 2006 à l'Établissement d'Edmonton pour femmes (à l'initiative du SCC), offre du soutien en ce qui concerne le VIH/sida, l'hépatite C et la réduction des méfaits.

De plus, le projet University Partners with Provincial Prison for Women — Participatory Action Research Empowers Prisoners [W16], qui est piloté par des pairs, contribue à l'autonomisation des femmes et les encourage à se l'approprier. Les femmes incarcérées orientent la recherche en posant des questions, en recueillant et en analysant des données, en présentant de nouvelles connaissances et en élaborant de nouvelles politiques novatrices.

Le Coverdale Centre for Women Inc. propose de nombreux programmes, dont l'un s'adresse aux femmes en transition entre le système correctionnel et la communauté et pour celles qui sont déterminées

à changer leur vie de manière significative [W100]. Ainsi, il offre un programme de lutte contre la toxicomanie aux femmes incarcérées et une maison de transition à celles qui ont quitté l'établissement carcéral pour se réinsérer dans la communauté.

Enfin, le projet Sex Worker and HIV-prevention Organization Engages Women Prisoners Through Creative Writing and Art a invité les femmes incarcérées à l'Établissement Joliette (prison pour femmes du SCC au Québec) et au Centre correctionnel de Tanguay (prison pour femmes provinciale au Québec) à participer à des ateliers d'écriture créative [W95]. L'objectif était de produire un numéro spécial du magazine *Constellation* qui soit exclusivement rédigé, illustré et conçu par des travailleuses du sexe (édition spéciale par des femmes incarcérées ou ayant eu des démêlés avec la justice, vol. 10, n° 1, 2005).

6.5.11 Autres catégories propres aux femmes

Parmi les projets recensés, certains ciblent des femmes appartenant à d'autres catégories particulières, notamment les femmes victimes de violence, celles qui sont ou vont être mères, les femmes plus âgées et les femmes transgenres.

a) Violence faite aux femmes

Quatre projets ciblent la violence faite aux femmes dans le contexte du VIH/sida : trois ont été conçus au Québec [W81, W84 et W88] et deux visent expressément les femmes autochtones [W26, W88]. L'un de ces projets, intitulé Les femmes et leur santé sexuelle... vers une prise en charge [W81], a pour but d'améliorer les connaissances et les compétences des femmes afin de leur permettre de mieux gérer leur bien-être sexuel et d'adopter des pratiques sans danger en matière de relations sexuelles. Un autre projet, intitulé Positivement femmes [W84] et s'adressant aux femmes qui ont été victimes de violence, leur permet d'acquérir des compétences relatives à la prévention en matière de santé sexuelle et vise à leur faire mieux connaître les risques associés aux ITSS. Il vise également à leur

apprendre à communiquer au sujet de la sexualité pour être en mesure de négocier l'adoption de pratiques sexuelles sûres.

b) Femmes qui sont ou vont devenir mères

Quatre des projets recensés ciblent les femmes qui sont ou vont devenir mères et qui sont touchées ou infectées par le VIH/sida [W25, W65, W66 et W67]. Par exemple, le projet Sheway [W25], qui se déroule dans le quartier centre-est de Vancouver, offre du soutien en matière de services sanitaires et sociaux aux femmes enceintes et à celles qui viennent d'accoucher et qui sont aux prises avec des problèmes de consommation d'alcool et de drogues. Un autre projet, réalisé dans le cadre du Motherisk Program [W67], offre gratuitement et en toute confidentialité aux femmes du counseling au sujet des risques d'infection à VIH et du traitement contre le VIH durant la grossesse. Enfin, The Infant Formula Program [W66] appuie les nouvelles mères séropositives pour le VIH en leur offrant gratuitement des préparations pour nourrissons.

c) Femmes plus âgées

Un projet intitulé Positive Players : Sexual Health for Women in Their Middle Years [W21] s'adresse aux femmes de plus de 40 ans. Ce projet, offert en Colombie-Britannique, traite de problématiques propres aux femmes ménopausées. Comme cela est indiqué dans le descripteur du projet, les femmes de plus de 40 ans peuvent se sentir mal à l'aise de discuter de pratiques sexuelles ou de consommation de drogues avec leur professionnel de la santé et peuvent associer uniquement le port du condom à la contraception. Pour pallier ces problèmes, on offre aux femmes de l'information et des ressources en matière de prévention du VIH par l'intermédiaire d'un site Web. On offre également des ateliers.

d) Femmes transgenres

Deux des projets répertoriés s'adressent aux femmes transgenres. Le premier, intitulé Asian Women At-risk Education and Outreach Project [W51] vise à faciliter l'accès de cette population, y compris les femmes transgenres, aux messages et aux services en matière

de santé sexuelle et de prévention de l'infection à VIH et des ITS. Le second projet, intitulé Trans-Positive : Trans HIV/AIDS Community Health Project [W80], porte sur la prévention des infections à VIH et à VHC auprès des hommes et des femmes transsexuels et transgenres dans la région de Montréal.

6.6 Stratégies et réponses thématiques

Un grand nombre des projets répertoriés dans le présent chapitre sont axés sur la formulation de messages de prévention du VIH ciblés. Ces messages visent à améliorer la sensibilisation et les connaissances des femmes en ce qui concerne le VIH/sida, mais la manière dont cet objectif est atteint varie selon les projets. Par exemple, l'éducation et l'information peuvent se faire par l'intermédiaire des médias, d'Internet et de campagnes de sensibilisation, d'ateliers animés par des pairs, dans d'autres lieux où se déroulent des activités culturelles, comme les cours d'anglais langue seconde, ou par d'autres organisations culturelles, ainsi que par la distribution de ressources et d'information sur le VIH/sida.

D'autres projets sont axés sur le renforcement des capacités et proposent de la formation, l'amélioration des connaissances et des compétences et l'établissement de partenariats par le biais du partage de l'information. En outre, d'autres projets visent à soutenir les femmes vivant avec le VIH/sida ou les plus à risque de contracter l'infection, par le biais principalement du soutien par les pairs ou du counseling.

Dans bon nombre de projets, on aborde la question du droit des femmes de négocier des pratiques sûres en matière de relations sexuelles ou celle de la réduction des méfaits associée à l'utilisation de drogues injectables afin de réduire le risque de transmission du VIH. D'après différentes personnes et organisations, la négociation de pratiques sûres en matière de relations sexuelles est reconnue comme étant un concept

fondamental pour la prévention ou la transmission du VIH/sida chez les femmes [3;5].

Un grand nombre des projets répertoriés dans le présent chapitre visent l'autonomisation des femmes au sujet de leur bien-être sexuel. Par exemple, certains d'entre eux ciblent des populations féminines particulières et ont les objectifs suivants : accroître l'estime de soi chez les adolescentes, promouvoir le bien-être sexuel des femmes victimes de violence, améliorer le bien-être des utilisatrices de drogues par injection, favoriser les comportements sexuels sans risque et apprendre aux travailleuses du sexe à déjouer les facteurs qui les empêchent de protéger adéquatement leur santé et leur bien-être. Un autre programme a été conçu dans le but d'aider les femmes à prendre leur vie en mains de manière plus efficace et avoir une vie familiale et personnelle plus heureuse. L'autonomisation joue également un rôle fondamental dans les projets axés sur les spécificités culturelles. Tous ces projets ont le même objectif : permettre aux femmes d'acquiescer l'autonomisation qui leur permettra de négocier l'adoption de pratiques sexuelles sans danger et de réduire les risques de méfaits. Toutefois, dans bien des cas, les descripteurs des projets ne permettent pas de savoir si, à la suite de ces interventions, les femmes sont plus disposées ou capables de négocier des pratiques sexuelles plus sûres ou de réduire les méfaits.

En ce qui concerne les déterminants de la santé, plusieurs des projets recensés portent sur la coexistence de différents facteurs de vulnérabilité chez certains groupes de femmes. Les effets de la coexistence de facteurs de vulnérabilité sont visés dans une certaine mesure par la réponse canadienne au VIH/sida, notamment dans les projets portant sur la culture (communautés autochtones, africaines et caribéennes), l'âge (femmes jeunes et âgées), l'environnement physique (p. ex. quartier Downtown Eastside de Vancouver), les réseaux de soutien social (p. ex. lutte contre la violence), l'hygiène et la faculté d'adaptation personnelles (c.-à-d. usage de drogues, santé sexuelle).

6.7 Références

- [1] Peltier D. Aboriginal women and leadership: Newsletter. Ottawa: Réseau canadien autochtone du sida. 2009; 7 (2): 14-16.
- [2] British Columbia Centre of Excellence for Women's Health. Women-centred harm reduction: Gendering the national framework. 2010 [consulté août 2010]. Disponible : <http://www.coalescing-vc.org/virtualLearning/section6/documents/Women-centredHarmReduction4.5forweb.pdf>
- [3] McWilliam S. HIV prevention in Ontario: Women from Asian and South Asian countries. 2007 [consulté sept. 2010]. Disponible : http://www.health.gov.on.ca/english/providers/pub/aids/factsheets/hiv_web_fs_women_asian.pdf
- [4] Agence de la santé publique du Canada. Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2009. Ottawa: Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada. 2010.
- [5] Scott H, Gillam A, Braxton K. Culturally competent HIV prevention strategies for women of color in the United States. Health Care Women Int. 2005; 26 (1): 17-45.

CHAPITRE 7 - Conclusion

C'est la première fois que l'ASPC tente de présenter des données probantes issues de diverses sources dans un même document afin de permettre une meilleure compréhension de l'incidence du VIH/sida sur les femmes au Canada. Ce rapport d'étape ne contient pas de liste exhaustive des lacunes en matière de programmes, de politiques et de recherches, et ne prescrit pas de solution pour combler les manques actuels. Toutefois, on espère que les données probantes qui y sont rassemblées seront utiles aux gouvernements, aux organisations non gouvernementales, aux responsables de la santé publique, aux chercheurs, aux communautés et aux autres intervenants en éclairant l'élaboration de programmes et de politiques au sujet du VIH/sida et des questions en lien avec les déterminants de la santé chez les femmes au Canada.

Les données canadiennes de surveillance présentées ici font ressortir une augmentation de la proportion des femmes vivant avec le VIH/sida au cours de la dernière décennie. Ces données révèlent que les deux catégories d'exposition les plus courantes chez les femmes sont la transmission hétérosexuelle et l'utilisation de drogues injectables. Dans la catégorie d'exposition du contact hétérosexuel, la principale voie par laquelle les femmes contractent l'infection est celle du contact sexuel avec une personne à risque. Toutefois, les données de surveillance ne permettent pas d'expliquer pourquoi certaines femmes sont plus susceptibles que d'autres de s'adonner à des pratiques sexuelles non protégées ou de partager du matériel d'injection de drogues. D'autres études seront nécessaires pour mieux comprendre les interactions complexes entre les facteurs qui rendent certaines femmes plus susceptibles que d'autres d'adopter des comportements à risque. Les recherches sur ces facteurs sont effectuées en partant du principe qu'une meilleure compréhension des causes fondamentales du problème permettra de mieux le résoudre.

Les études résumées dans le présent rapport montrent que les caractéristiques biologiques, le genre, l'éducation, le statut social, l'emploi et le revenu, l'environnement social et les réseaux de soutien social, l'environnement physique, les habitudes de santé et la faculté d'adaptation personnelles, le sain développement de l'enfant, les services de santé, ainsi que la culture et la race sont tous des facteurs qui influent sur la santé des femmes et leur vulnérabilité à l'infection à VIH. Pour certains de ces facteurs, ou déterminants de la santé, le lien avec la vulnérabilité au VIH s'appuie sur des preuves solides. Ainsi, les études montrent que la pauvreté, l'insécurité en matière de logement, la violence sexuelle et physique, le travail dans l'industrie du sexe et l'usage de substances sont fortement associés à un risque accru d'infection à VIH chez les femmes. Pour d'autres déterminants, le lien est moins direct. Toutefois, le fait qu'il y ait moins de preuves ne signifie pas qu'il y a absence de corrélation, mais souligne plutôt les points sur lesquels des recherches plus poussées seraient justifiées.

a) Le genre comme déterminant clé

Bien que la biologie seule influence le risque de transmission du VIH, les résultats du traitement, l'évolution de la maladie et les affections concomitantes chez les femmes, il est établi que le genre est un déterminant clé de la vulnérabilité des femmes au VIH/sida en raison de la manière dont il interagit avec les autres déterminants et qu'il les influence. Les études indiquent que les rôles traditionnels associés à la masculinité et à la féminité finissent par se traduire par un déséquilibre des forces, et c'est ce déséquilibre qui est au cœur des iniquités et des disparités entre les sexes. Ce déséquilibre peut avoir une incidence directe sur les comportements à risque étant donné qu'il se traduit par un déséquilibre des forces dans les interactions sexuelles, limitant ainsi la capacité des femmes à négocier des pratiques sexuelles sûres pour se protéger contre l'infection à VIH.

Le déséquilibre des forces lié au sexe peut diminuer de diverses façons la capacité des femmes hétérosexuelles à négocier des pratiques sexuelles sûres avec leur partenaire (ou de dire non). Par exemple, l'usage du condom est principalement contrôlé par les hommes, ce qui place les femmes en position de faiblesse pour négocier des relations sexuelles protégées. Ceci est particulièrement vrai pour les relations sexuelles entre partenaires occasionnels ou dans le cas des travailleuses du sexe étant donné que la négociation du port du condom dans ces situations peut être difficile, en particulier lorsque la sécurité de la personne est menacée.

Le déséquilibre du pouvoir lié au genre est également évident dans le cas où le partenaire masculin use de violence physique ou émotionnelle pour obtenir une relation sexuelle. La violence et l'abus dans le cadre des relations hétérosexuelles sont à la fois les causes et les conséquences de l'infection à VIH chez les femmes. Le lien étroit entre l'injection de drogues chez les travailleuses du sexe dans la rue, ainsi que chez les jeunes femmes à risque est également ancré dans le déséquilibre du pouvoir lié au genre. Ce constat est confirmé par les recherches qui indiquent que la relation de dépendance des femmes vis-à-vis des hommes pour l'injection de drogue augmente leur vulnérabilité à l'infection à VIH.

Les attitudes culturelles à l'égard des rôles et des comportements sexuels peuvent également entraver la capacité des femmes à négocier des rapports sexuels protégés. Ainsi, les normes sociales dans certaines communautés ethnoculturelles peuvent entraîner l'exclusion du condom dans les relations des femmes avec leur partenaire régulier, même lorsqu'une femme sait que son conjoint est infecté par le VIH ou a d'autres partenaires sexuels.

b) Les effets de la coexistence de multiples formes de discrimination

En plus du sexe, les déterminants raciaux et culturels, l'orientation sexuelle et la stigmatisation du VIH/sida

jouent un rôle important dans la vulnérabilité des femmes au VIH. Ceci est particulièrement vrai pour les femmes soumises à des formes de discrimination multiples et complexes, telles les femmes qui vivent dans la pauvreté et les travailleuses du sexe. Certaines femmes subissent plusieurs formes de discrimination, et leur vulnérabilité au VIH s'en trouve multipliée.

La coexistence de multiples formes de discrimination est un facteur qui permet d'expliquer les taux plus élevés d'infection à VIH observés chez certains groupes de femmes, dont celles qui viennent de pays où le VIH est endémique, les Autochtones et celles qui utilisent des drogues par injection. À titre d'exemple, une étude montre que les effets de la coexistence de multiples formes de discrimination font partie intégrante de la vie des femmes autochtones. Pour elles, les traumatismes historiques du colonialisme et du racisme continuent de nuire à leur statut socio-économique, ce qui les rend plus susceptibles d'adopter des comportements à risque comme travailleuses du sexe dans la rue et l'utilisation de drogues par injection, augmentant ainsi leur risque d'infection à VIH. La stigmatisation du VIH/sida dans la communauté autochtone ajoute encore aux défis auxquels doivent faire face les femmes autochtones.

Étant donné que l'expérience des femmes varie de façon considérable, il est important que les projets de prévention du VIH/sida axés sur les femmes continuent de tenir compte des inégalités sous-jacentes présentes dans la vie de bon nombre d'entre elles. Les projets doivent également continuer de mettre l'accent sur la particularité et la diversité des expériences et des besoins des femmes en matière de prévention du VIH.

c) L'importance de l'autonomisation

Les recherches sur le VIH/sida chez les femmes et les mesures adoptées pour lutter contre la maladie au Canada qui sont présentées ici font ressortir l'importance de l'autonomisation des femmes afin de rétablir l'équilibre des pouvoirs entre les sexes et de contrer la discrimination. Les études et les

interventions fondées sur des données probantes indiquent que la participation des femmes à la conception et à la prestation des interventions est efficace. De plus, elle donne aux femmes un sentiment de maîtrise et un sens à leur vie. Les recherches montrent que l'inclusion des femmes dans la prise de décisions ainsi que leur participation active aux interventions leur permettent de mieux contrôler leur vie et d'acquérir des habiletés en matière de leadership ainsi que des outils les aidant à négocier des relations sexuelles plus sûres.

d) Lacunes dans les recherches

Il subsiste des lacunes dans la recherche sur les femmes et le VIH/sida au Canada. Bien qu'un nombre important d'études se soient intéressées au VIH/sida chez certains groupes de femmes, tels que les femmes autochtones ou les femmes provenant de pays où le VIH est endémique, certains sous-groupes n'ont fait l'objet d'aucune recherche. Ainsi, même si des études ont été réalisées au Canada sur le VIH/sida chez les jeunes femmes à risque, aucune n'a porté sur les jeunes femmes venant de pays où le VIH est endémique. Par conséquent, des mesures visant à répondre aux besoins de ce sous-groupe sont prises malgré l'absence de données sur les stratégies efficaces.

Parmi les autres sous-groupes n'ayant pas été étudiés, on compte les jeunes filles des populations des Premières nations, des Inuits et des Métis considérées indépendamment les unes des autres ainsi que les jeunes filles qui utilisent des drogues par injection. Dans le présent inventaire, on n'a relevé aucun projet qui porte précisément sur les femmes incarcérées membres des Premières nations, aux Inuites et aux Métisses, même si les données démographiques révèlent que les femmes autochtones sont surreprésentées en prison. Les autres groupes de femmes négligés comprennent les femmes plus âgées, chez lesquelles le nombre de diagnostics de VIH est en hausse, et les travailleuses du sexe vivant et travaillant ailleurs au Canada que dans le quartier centre-est de Vancouver.

Les études montrent également que les femmes continuent d'avoir de la difficulté à obtenir de l'information et des services de santé adaptés au genre. La stigmatisation et la discrimination liées au VIH/sida, dont le sexisme, la transphobie, les préjugés de classe, l'histoire passée de colonisation et le racisme, peuvent limiter l'accès des femmes aux services de santé, notamment au dépistage, aux soins et au traitement du VIH. Ces facteurs peuvent également compliquer la situation et limiter la capacité des femmes vivant avec le VIH/sida à obtenir un soutien social et familial. Par conséquent, d'autres recherches sont nécessaires pour mettre en évidence et analyser des approches appropriées sur le plan culturel et du genre pour la prévention, les soins, le traitement et le soutien, répondant aux besoins particuliers de certains groupes de femmes, dont les jeunes femmes à risque, les femmes provenant de pays où le VIH est endémique, les travailleuses du sexe, les femmes lesbiennes, bissexuelles, transgenres ou bispirituelles, les femmes autochtones, les femmes incarcérées, les utilisatrices de drogues par injection et les femmes plus âgées.

e) Le plan d'intervention du Canada⁵⁵

Dans l'examen des différentes mesures canadiennes de réponse au VIH/sida chez les femmes, le présent rapport met en évidence un grand nombre de stratégies de prévention personnalisées qui ciblent des populations féminines distinctes. Par exemple, certaines activités ciblant les femmes qui travaillent dans l'industrie du sexe mettent l'accent sur l'amélioration de leurs connaissances au sujet du VIH/sida, sur le renforcement de leur capacité d'autonomisation et sur l'amélioration de l'accès aux services. Plusieurs initiatives s'adressant aux femmes provenant de pays où le VIH est endémique offrent du soutien aux femmes vivant avec le VIH/sida en leur proposant des services culturellement appropriés, y compris des ateliers d'éducation en santé sexuelle

⁵⁵ Il convient de noter que les lacunes exposées ici peuvent refléter les limites méthodologiques du rapport; en effet, certains projets peuvent avoir été omis en raison de descripteurs insuffisants, ce qui empêche un survol exhaustif des mesures de réponse.

élaborés expressément pour répondre à leurs besoins culturels en matière de soins de santé. Toutefois, il demeure nécessaire d'évaluer ces interventions à la lumière des données probantes pour dresser un catalogue des mesures de prévention du VIH efficaces pour différents groupes de femmes. En outre, plus d'évaluations systémiques seront nécessaires afin d'établir les interventions qui améliorent la vie des femmes vivant avec le VIH/sida et des femmes à risque de contracter l'infection.

D'autres projets mis en œuvre dans le cadre des mesures canadiennes de lutte contre le VIH/sida chez les femmes visent à agir sur les causes fondamentales de l'infection dans cette population. Ainsi, des organismes communautaires ont cherché à répondre aux besoins clés en matière de santé de populations féminines distinctes, en offrant des services culturellement pertinents et du soutien et du counseling par des paires aux femmes provenant de pays où le VIH est endémique et aux femmes autochtones. Plusieurs projets se sont penchés sur les problèmes auxquels doivent faire face les femmes incarcérées et les femmes vivant en milieu urbain défavorisé ou dans des collectivités éloignées en appuyant les activités organisées par des paires et adaptées à ces cadres particuliers. D'autres projets se sont attaqués aux problèmes associés aux inégalités entre les sexes, tels que la violence masculine à l'égard des femmes (en particulier chez les femmes autochtones), et à ceux qui entourent la divulgation d'un diagnostic d'infection à VIH, au moyen d'interventions conçues pour autonomiser les femmes lors des relations hétérosexuelles.

Cependant, il subsiste des lacunes dans les mesures canadiennes de lutte contre le VIH/sida chez les femmes. Ainsi, la plupart des projets traitent les femmes autochtones comme une population homogène, sans tenir compte des différences entre les femmes des Premières nations, les Inuites et les Métisses. De nombreux projets ne tiennent pas compte des effets de la discrimination intersectionnelle et de la marginalisation de certains groupes de femmes.

De plus, si plusieurs projets visent à autonomiser les femmes pour améliorer leur capacité à négocier des pratiques sexuelles plus sûres, il n'est pas toujours possible de savoir si ces projets ont eu le résultat escompté.

f) L'importance des partenariats

De nombreux projets examinés dans le cadre du présent rapport soulignent l'importance des partenariats entre différents secteurs de la société comme agents de changement. Les mesures canadiennes actuelles de lutte contre le VIH/sida chez les femmes font intervenir un large éventail d'organismes et de communautés qui ont bâti des réseaux dans le pays pour favoriser l'échange des connaissances et l'adoption d'approches de la lutte contre le VIH/sida adaptées au genre. Il est important de continuer à renforcer la capacité d'évaluation et de collaboration de ces organismes avec les chercheurs à des recherches axées sur la communauté, pour déterminer si les programmes, les interventions et les activités actuels répondent adéquatement aux besoins de cette population en matière de prévention, de soins, de traitement et de soutien. À ce titre, il conviendrait d'encourager et de promouvoir les activités transsectorielles et pangouvernementales en vue de partager les pratiques exemplaires, de multiplier les partenariats entre un plus vaste éventail d'intervenants et de mieux utiliser les données probantes aux fins de l'élaboration de stratégies et d'interventions.

g) Futurs développements

Au cours des dernières années, les défenseurs des droits des femmes en matière de santé ont demandé aux chercheurs d'intensifier leurs travaux sur les méthodes contraceptives de barrière contrôlées par les femmes. Les méthodes de barrières offrent l'avantage d'une protection contre la grossesse et certains types d'infections transmissibles sexuellement. Actuellement, le condom féminin demeure la seule méthode de barrière contrôlée par les femmes qui soit efficace contre l'infection à VIH, mais son utilisation comporte certaines difficultés. Les femmes ont en fait besoin de

méthodes de barrière plus abordables, plus accessibles, plus faciles à utiliser et à dissimuler à un partenaire masculin (pour protéger les femmes des abus et de la violence). Il existe plusieurs microbicides actuellement à l'étude qui pourraient un jour améliorer la capacité des femmes à se protéger contre la transmission sexuelle du VIH.

Les intervenants canadiens qui participent à la lutte contre le VIH/sida chez les femmes ont fait preuve d'une volonté et d'un leadership collectifs solides dans leurs efforts pour provoquer un changement. Grâce à leur dévouement inébranlable à accroître la sensibilisation au VIH/sida et à réduire la stigmatisation et la discrimination, ils ont contribué à faire en sorte qu'il devienne impossible de faire abstraction du VIH/sida chez les femmes. Le présent rapport reconnaît le rôle important de ces intervenants dans le leadership en matière de lutte contre le VIH/sida et dans la recherche, le traitement et la prévention de la maladie. Les intervenants doivent continuer de s'appuyer sur leurs réussites et poursuivre leur quête pour venir à bout du VIH/sida et en atténuer les conséquences chez les femmes au Canada.



Annexe A

A

1) Termes de recherche

Prière de noter que les mots suivis d'un astérisque (*) sont des termes de recherche qui peuvent avoir plusieurs terminaisons

ANNEXE A

Women	Canad*	HIV
Mother	Newfoundland	HIV+
Girl	Nfld	AIDS
Matern*	Labrador	Human immunodeficiency
Pregnan*	Prince Edward Island	Human immune deficiency
Femme	Nova Scotia	Acquired immunodeficiency
Fille	PEI	Acquired immune deficiency
Mère	New Brunswick	Acquired-immunodeficiency-
Fémin*	Québec	syndrome
Enceinte	Ontari*	VIH
Grossesse	Manitoba	VIH+
Lesbi*	Saskatchewan	D'immunodéficience
	Alberta	L'immunodéficience
	British Columbia	Immunodéficience humaine
	Yukon	HIV-seropositivity
	Northwest Territor*	AIDS-serodiagnosis
	NWT	HIV-seroprevalence
	Nuvavut	
	Halifax	
	Haligonian	
	Montreal	
	Toronto	
	Ottawa	
	Winnipeg	
	Regina	
	Saskatchewan	
	Edmonton	
	Calgary	
	Vancouver	
	Terre-neuve	
	Nouvelle-Écosse	
	Île-du-Prince-Édouard	
	Nouveau-Brunswick	
	Colombie-Britannique	
	Territoires du Nord-Ouest	

2) Bases de données consultées

- CIHAHL 2002-2009
- Current Contents 2002-2009
- Global Health 2002-2009
- Psych Info 2002-2009
- Social Policy and Practice 2002-2009
- Medline 2002-2009
- Embase 2002-2009
- Scopus 2002-2008
- Social Services Abstracts 2002-2009
- Sociological Abstracts 2002-2009

ANNEXE B

B

ANNEXE B

Projets actuels ou récents de recherche sur le VIH/sida chez les femmes au Canada

Projet R1

Migration, mobilité et santé des personnes bispirituelles et LGBTTTQ autochtones

Chercheuse principale : Janice Ristock, Département des études féministes, Université du Manitoba

Résumé : S'inscrivant dans un programme intégré de recherche intitulé Sexualité et Genres : Vulnérabilité et Résilience (CP : Danielle Julien, UQAM) (voir le site Internet <http://www.svr.uqam.ca/index.asp>), ce projet pilote porte sur les trajectoires de migration et la mobilité des Autochtones s'identifiant comme bispirituels, lesbiennes, gais, bisexuels, queers et/ou transgenres et sur les effets de ces facteurs sur leur santé et leur bien-être. Les situations étudiées pourront comprendre la migration vers les centres urbains ou les collectivités rurales à partir des réserves (et les allers-retours subséquents) de même que la résidence et les déménagements au sein d'une même collectivité. Nous nous intéresserons à l'intersection entre les identités sexuelle et de genre, et les identités culturelle/ autochtone et d'autre nature dans le contexte historique et actuel de la colonisation du Canada. Dans cette perspective, nous viserons les objectifs suivants : 1) examiner les trajectoires et les expériences de migration des Autochtones LGBTTTQ, la santé et le bien-être de ces derniers dans ce contexte et leur utilisation des services sociaux et de santé (services généraux et services destinés aux Autochtones ou aux LGBTTTQ) et 2) acquérir de nouvelles connaissances pouvant mener à des recherches futures profitant directement aux LGBTTTQ, aux collectivités autochtones, aux fournisseurs de services et aux organismes de services de santé et de services sociaux autochtones.

Durée : 2006-2011

Subvention : IRSC

Référence : HIV Research in the Prairies:

A Compendium

Sujet : personnes bispirituelles et LGBTTTQ autochtones

Projet R2

Avancement de la recherche sur les services liés au VIH : élargir le modèle comportemental d'accès aux soins de santé d'Andersen

Chercheuse principale : Catherine A. Worthington

Résumé : La recherche portant sur les services liés au VIH de même que l'évaluation de ces services ont montré que, pour être efficaces, ceux-ci doivent être adaptés aux cultures, aux collectivités et aux contextes particuliers aux populations infectées et aux populations à risque de contracter le VIH, notamment en raison du fait qu'un bon nombre de ces populations sont vulnérables ou marginalisées. Cette adaptation doit être le résultat d'efforts de recherche concertée. L'objectif de ce programme de recherche de cinq ans, qui est financé par une bourse de nouveau chercheur des IRSC, est de mener un ensemble de projets de recherche concertée et interdisciplinaire dans le but d'améliorer les services de santé liés au VIH offerts à certains groupes; c'est ainsi que deux projets porteront sur les services offerts aux personnes vivant avec le VIH, tandis que deux autres seront axés sur les services offerts à certaines populations à risque. Le premier projet (financé par les IRSC pour la période 2003-2005) renseignera les professionnels spécialistes du VIH et de la réadaptation sur la manière dont les services de réadaptation pourraient participer à l'amélioration des soins offerts aux personnes vivant avec le VIH. Le deuxième projet (financé par le CRSH pour 2003-2006) informera les cliniciens spécialistes des soins liés au VIH des améliorations susceptibles d'être apportées aux pratiques de recherche clinique en ce qui concerne les patients vivant avec le VIH. Le troisième projet (soumis aux IRSC) visera à informer les fournisseurs de services destinés aux Autochtones et liés au VIH sur les connaissances, les attitudes, les expériences et les croyances des femmes autochtones de l'Ontario relativement au VIH et au risque de contracter l'infection. Cette démarche aura pour but d'améliorer les services offerts à cette population vulnérable. Le quatrième projet de recherche (faisant l'objet d'une priorité de financement de la part de Santé Canada pour 2004) permettra à un groupe d'organismes

œuvrant auprès des jeunes de la rue et des personnes séropositives d'acquérir des connaissances sur les jeunes de la rue de Calgary et sur leur risque de contracter le VIH et d'autres maladies, leurs forces, leurs stratégies d'adaptation et leurs besoins en matière de services. Tous ces projets de recherche seront réalisés en collaboration et favoriseront la participation directe des fournisseurs de services et des membres des populations à l'étude afin de favoriser le partage des connaissances et l'application rapide des résultats de la recherche.

Durée : juillet 2005 – juin 2010

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – Initiative de recherche clinique/ Bourse de nouveau chercheur de l'Institut des services et des politiques de la santé des IRSC

Référence : base de données des IRSC

Sujet : femmes autochtones

Projet R3

Utilisation du traitement antirétroviral comme outil supplémentaire de prévention chez les couples sérodiscordants de l'Uganda

Chercheur principal : David M. Moore, Université de la Colombie-Britannique

Résumé : En dépit de l'importance des efforts de prévention déployés ces 20 dernières années, le VIH continue de se propager partout dans le monde; en effet, l'Uganda est l'un des rares pays qui ont connu une diminution du nombre de personnes infectées au cours des dernières années. Certaines enquêtes ont fait ressortir une réduction des comportements à risque qui est probablement attribuable aux campagnes de prévention de la transmission du VIH; cependant, cette modification des comportements sexuels n'a pas entraîné de baisse du nombre annuel estimatif de nouveaux cas d'infection par le VIH. Il nous apparaît évident que des mesures de prévention s'avèrent nécessaires, outre la distribution de condoms et le counseling auprès des personnes à risque de contracter le VIH. Un grand nombre de projets de recherche axés sur la prévention du VIH ont eu comme objectif la mise au point de nouvelles technologies comme les vaccins

et les microbicides. Or, les traitements à base d'antirétroviraux (ARV) prescrits en Amérique du Nord et en Europe depuis une dizaine d'années, dont la capacité d'améliorer considérablement la survie chez les patients infectés par le VIH a été établie, pourraient aussi jouer un rôle important dans la prévention des infections, étant donné qu'ils réduisent la concentration de VIH dans le sang. Plusieurs études, dont une a été réalisée par le Centre d'excellence de la Colombie-Britannique sur le VIH/sida, ont en effet conclu que les ARV pourraient avoir contribué à prévenir le VIH en Amérique du Nord, en Extrême-Orient et en Europe, où l'utilisation de ces médicaments est répandue depuis 1996. On ignore toutefois dans quelle mesure les ARV peuvent protéger contre l'infection par le VIH, en sus de la protection conférée par les préservatifs et le counseling. Les personnes séronégatives vivant avec un partenaire sexuel séropositif forment l'une des populations présentant le plus grand risque de contracter le VIH en Uganda. Comme la littérature semble indiquer que la transmission du virus entre conjoints sérodiscordants serait à l'origine d'un grand nombre de nouvelles infections par le VIH, nous avons décidé d'étudier l'efficacité des ARV dans la prévention de la transmission du VIH au sein de ces couples, lorsque le partenaire séropositif reçoit déjà des soins de base liés au VIH ou un traitement antirétroviral.

Durée : octobre 2008 – septembre 2011

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – Subvention de fonctionnement

Référence : base de données des IRSC

Sujet : recherche biomédicale sur le VIH/sida (d'intérêt pour le Canada)

Projet R4

Renforcement des capacités afin d'accroître l'observance du traitement antirétroviral et l'adoption de comportements sexuels préventifs chez les patients venant de régions où l'accès aux ressources est limité ou y habitant

Chercheuse principale : Vinh-Kim Nguyen, Institut Lady Davis, Hôpital général juif (Montréal)

Résumé : Ce projet vise à relever les défis posés par l'élargissement de l'accès aux traitements à base d'antirétroviraux (ARV) en Afrique et la progression de l'épidémie chez les femmes venant de pays où l'infection est endémique qui vivent au Canada. Nous nous intéresserons plus particulièrement à la transmission de connaissances dans le but d'améliorer l'efficacité du traitement et l'utilisation des mesures de prévention chez les patients suivant un traitement antirétroviral, particulièrement les femmes venant de pays où l'infection est endémique ou y habitant. Nous réaliserons notre étude de cohorte prospective multicentrique dans 6 établissements du Burkina Faso et du Mali prescrivant des ARV. Nous recruterons 800 patients débutant un traitement antirétroviral afin de 1) décrire l'efficacité du traitement à l'aide de paramètres immunologiques et cliniques (bilan CD4, maladie définissant le sida et décès); 2) décrire l'observance du traitement antirétroviral hautement actif (TAHA) à l'aide de questionnaires que nous avons déjà validés auprès de cette population, en établissant le délai avant l'abandon du traitement; 3) décrire l'adoption de comportements sexuels permettant de réduire le risque de transmission du VIH par le calcul du délai avant l'utilisation systématique d'un préservatif par les personnes infectées ayant un partenaire sexuel stable de même que le calcul du délai avant l'annonce de leur séropositivité à leur(s) partenaire(s) chez les patients qui ne l'ont pas encore fait. Des modèles stratifiés selon le sexe seront produits dans le but de déterminer les facteurs qui influencent l'observance du traitement et l'adoption de comportements préventifs chez les femmes et les hommes.

Durée : juillet 2006 – mars 2009

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – Renforcement des capacités grâce à un rehaussement des subventions de fonctionnement relatives au VIH/sida

Référence : <http://www.hivresearch.ca/index.asp?navid=18&csid1=1838>

Sujet : femmes venant de pays où le VIH est endémique

Projet R5

Immunité cellulaire contre le VIH-1 dans les voies génitales féminines

Chercheuse principale : Dre Anuradha Rebbapragada, Université de Toronto

Résumé : non accessible

Durée : septembre 2004 – août 2006

Subvention : Réseau ontarien de traitement du VIH

Référence : <http://www.hivresearch.ca/index.asp?navid=17&csid1=1162>

Sujet : recherche biomédicale sur le VIH/sida (d'intérêt pour le Canada)

Projet R6

Équipe des IRSC sur le traitement contre le VIH et le vieillissement

Chercheuse principale : Hélène Côté, Université de la Colombie-Britannique

Résumé : À l'échelle planétaire, environ 18 millions de femmes vivent avec le VIH; celles-ci sont majoritairement en âge de procréer, et environ 3 millions d'entre elles donnent naissance chaque année. La prise d'antirétroviraux (ARV) par les femmes enceintes séropositives réduit le taux de transmission périnatale d'environ 25 % à moins de 1 % et revêt une importance cruciale dans le maintien de la santé des femmes qui sont à risque de contracter des infections opportunistes graves ou de mourir pendant la grossesse. Les guides de bonnes pratiques cliniques recommandent actuellement l'administration d'une polythérapie antirétrovirale à toutes les femmes enceintes infectées par le VIH. La communauté internationale s'emploie à augmenter rapidement l'accès aux ARV dans les pays en développement, et, bientôt, des millions d'enfants naîtront après avoir été exposés in utero aux ARV. Cependant, bien que la grande efficacité des ARV dans la prévention de la transmission du VIH soit reconnue, peu de données ont jusqu'à présent été recueillies relativement aux effets indésirables qui pourraient être associés à l'exposition des fœtus en développement et des nourrissons à ces médicaments. Les ARV utilisés dans le traitement de

l'infection par le VIH pourraient avoir des effets indésirables chez l'embryon, le fœtus ou le nourrisson en développement. Comme il y a tout lieu de croire que les effets potentiels de ces médicaments seront plus importants si l'exposition a lieu pendant une période de croissance et de développement rapides, il est primordial d'évaluer les effets des ARV sur ces enfants. Nous savons déjà que, chez l'humain, les ARV ciblant le VIH peuvent entraîner des changements moléculaires de l'ADN extrêmement semblables à ceux qui sont attribuables au vieillissement, et que ces changements sont associés à des maladies génétiques et à des affections dont la prévalence augmente avec l'âge, comme les maladies dégénératives et les cardiopathies. L'objectif de notre équipe est de mettre au point un programme de recherche axé sur les effets modulateurs potentiels des ARV ciblant le VIH sur les phénomènes biologiques liés au vieillissement chez la population pédiatrique, plus précisément chez les enfants séronégatifs ayant subi une exposition périnatale (avant et après leur naissance) aux ARV et chez les enfants séropositifs recevant un traitement antirétroviral. À notre connaissance, nous sommes le seul groupe au Canada à étudier les problèmes posés par la toxicité de l'exposition périnatale et pédiatrique aux ARV ciblant le VIH, ce qui nous place dans une position privilégiée pour mener le programme de recherche financé grâce à cette subvention aux équipes émergentes.

Durée : octobre 2007 – septembre 2012

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – Subvention aux équipes émergentes – VIH/sida

Référence : base de données des IRSC

Sujet : transmission verticale

Projet R7

Analyse comparative de la visibilité des femmes et des hommes infectés dans le discours et les messages médiatisés sur le VIH/sida

Chercheuse principale : Maria N. Mensah, Université du Québec à Montréal

Résumé : non accessible

Durée : janvier 2005 – janvier 2008

Subvention : Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH)

Référence : <http://www.hivresearch.ca/index.asp?navid=18&csid1=1541>

Sujet : analyse sexospécifique (études féministes, étude comparative, femmes et hommes vivant avec le VIH)

Projet R8

Perception du risque de contracter le VIH : industrie du sexe, consommation de drogues et hausse de la vulnérabilité attribuable au sexe de survie

Chercheuse principale : Kate Shannon, Université de la Colombie-Britannique

Co-chercheurs : Dr Mark Tyndall, Dr Thomas Kerr

Résumé : non accessible

Durée : janvier 2006 – décembre 2006

Subvention : Michael Smith Foundation for Health Research – Bourse d'études

Référence : <http://www.hivresearch.ca/index.asp?navid=18&csid1=1379>

Sujet : travailleurs du sexe, sexe de survie, utilisateurs de drogues par injection, femmes

Projet R9

Corrélat et contrôle de l'excrétion du VIH dans le sperme et de sa transmission par contact sexuel

Chercheur principal : Rupert Kaul, Université de Toronto

Résumé : La pandémie d'infection par le VIH-1 a jusqu'à présent fait plus de 20 millions de victimes et, à ce jour, 43 millions de personnes vivent avec le virus. L'acquisition du VIH par exposition à du sperme contaminé lors d'un contact sexuel est le principal facteur à l'origine de la pandémie mondiale; cependant, de nombreux aspects de ce mode de transmission du VIH sont actuellement loin d'avoir été élucidés. Il reste encore beaucoup à faire en recherche afin de pouvoir jeter les bases de l'élaboration d'une politique rationnelle en santé publique et de la mise au point de stratégies thérapeutiques innovantes. Notre équipe s'intéresse depuis longtemps à la virologie, à l'immunologie et aux corrélats cliniques de l'excrétion du VIH et de sa transmission dans les voies génitales;

nous souhaitons maintenant nous consacrer davantage à l'étude de l'excrétion du VIH dans le sperme afin de définir les corrélats de la transmission du virus au sein d'une cohorte définie composée d'hommes séropositifs recrutés à Toronto. Nous tenterons : 1) de comprendre les corrélats cliniques et biologiques de l'excrétion disproportionnée (autant élevée que faible) du VIH dans le sperme des hommes infectés recevant ou non un traitement antirétroviral, 2) d'étudier la transmission du VIH par contact entre le sperme contaminé et l'épithélium des voies génitales féminines de même que le rôle joué par certains facteurs relatifs à l'hôte et au virus et 3) d'examiner, selon une approche prospective, les différences entre le VIH présent dans le sang et le VIH excrété dans le sperme des hommes infectés. Nos recherches nous aideront à mieux comprendre les raisons expliquant les taux variés d'excrétion virale dans le sperme chez les hommes infectés de même que l'effet des facteurs relatifs à l'hôte et au virus sur les taux observés, et elles guideront la mise au point de meilleurs outils thérapeutiques et mesures de santé publique afin de prévenir la transmission du VIH par contact avec le sperme.

Durée : octobre 2006 – septembre 2011

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – Subvention de fonctionnement

Référence : base de données des IRSC

Sujet : recherche biomédicale sur le VIH/sida (d'intérêt pour le Canada)

Projet R10

Détermination d'associations efficaces d'agents antiviraux afin de diminuer le risque de transmission du VIH par contact sexuel

Chercheuse principale : Susan M. Schader, Hôpital général juif (Montréal)

Résumé : L'épidémie d'infections par le VIH continue de se propager rapidement dans les pays en développement, particulièrement chez les femmes, qui représentent actuellement presque la moitié des adultes infectés et une proportion grandissante des nouveaux cas d'infection. Dans les régions les plus touchées par l'épidémie, presque 60 % des adultes vivant avec le VIH sont des femmes, et les jeunes

femmes âgées de 15 à 24 ans sont trois à quatre fois plus à risque de contracter l'infection que les hommes du même âge. En raison de l'absence d'un traitement antirétroviral facilement accessible et à un coût abordable, un grand nombre de ces femmes n'auront que peu de chances de survie à long terme. La mise au point de mesures de prévention de l'infection par le VIH efficaces et peu coûteuses répond donc à un besoin criant. La recherche axée sur le développement de gels ou de crèmes topiques peu coûteux pour prévenir la transmission du VIH par contact sexuel gagne actuellement du terrain. Ces produits, appelés « microbicides », représenteraient pour les femmes des pays en développement une manière efficace de se protéger contre le VIH sans avoir à en informer leur conjoint, à obtenir le consentement de ce dernier ou à dépendre de sa volonté à utiliser le condom. Le succès du traitement de l'infection systémique par le VIH-1 actuellement observé en Amérique du Nord et en Europe pourrait être en grande partie attribuable aux régimes de traitement utilisés. En effet, l'association de plusieurs médicaments antiviraux fournit au patient un arsenal contre la réplication du VIH, qui se révèle plus efficace que l'utilisation d'un seul médicament en bloquant de nombreuses étapes du cycle répliatif du virus plutôt qu'une seule, ce qui rend l'adaptation du VIH et donc le développement d'une résistance au traitement plus difficiles. De même, les microbicides pourraient s'avérer plus efficaces s'ils associaient plusieurs médicaments dans leur formulation, surtout dans le contexte actuel de hausse de la transmission de VIH résistants aux médicaments. Une association de médicaments pourrait aussi diminuer les effets indésirables nocifs du traitement et être propice à l'apparition d'une synergie. Notre étude aura donc comme objectif de déterminer les combinaisons d'ingrédients actifs permettant de prévenir avec la plus grande efficacité la transmission du VIH par contact sexuel.

Durée : mai 2008 – avril 2011

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – Bourse d'études supérieures du Canada Frederick Banting et Charles Best – Bourse au doctorat

Référence : base de données des IRSC

Sujet : recherche biomédicale sur le VIH/sida (d'intérêt pour le Canada)

Projet R11

Détermination de l'efficacité du traitement antirétroviral dans la prévention de la transmission hétérosexuelle du VIH chez les couples sérodiscordants de l'Est de l'Uganda

Chercheur principal : David M. Moore, Université de la Colombie-Britannique

Résumé : Bien que la prévalence de l'infection par le VIH ait considérablement chuté en Uganda depuis le début des années 1990, elle n'en demeure pas moins inacceptablement élevée : en 2005, en effet, 7,3 % des femmes adultes et 6,3 % des hommes adultes étaient infectés par le VIH. Fait préoccupant, l'incidence de l'infection par le VIH est quant à elle demeurée essentiellement inchangée en Uganda au cours des dix dernières années, et elle pourrait même avoir augmenté. C'est dans ce contexte que l'accès aux antirétroviraux (ARV) a graduellement augmenté en Uganda depuis le début de 2003; cependant, environ 8 % seulement de la population séropositive totale du pays reçoit à ce jour un traitement. Le rôle joué par les ARV dans la prévention de la transmission du VIH dans les pays industrialisés, qui était jusqu'à présent grandement sous-estimé, a récemment été mis en lumière à l'aide d'études en population; il est cependant difficile d'estimer le rôle préventif que pourraient jouer les ARV dans la région subsaharienne en raison du manque de données sur l'efficacité des ARV à réduire la transmission hétérosexuelle du VIH. Théoriquement, le TAHA devrait réduire la transmission hétérosexuelle avec une grande efficacité, étant donné que le risque de transmission du VIH est étroitement lié à la charge virale du sujet infecté. Dans les faits, par contre, seulement deux études ont estimé l'efficacité des ARV à cet égard. Nous souhaitons réaliser une étude observationnelle auprès de deux groupes formés de couples hétérosexuels sérodiscordants qui vivent sous le même toit; le premier groupe sera composé des couples dont le partenaire séropositif suit un traitement à base d'ARV puisque sa condition ou ses

résultats de laboratoire le permettent, tandis que le deuxième groupe sera formé des couples dont le partenaire séropositif ne remplit pas les conditions permettant de recevoir un traitement à base d'ARV. Les couples seront recrutés auprès des clients de la AIDS Support Organization des districts de Mbale et de Soroti, dans l'Est de l'Uganda.

Durée : juillet 2008 – juin 2013

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – Bourse nouveau chercheur pour la recherche services/population sur le VIH/sida

Référence : base de données des IRSC

Sujet : recherche biomédicale sur le VIH/sida (d'intérêt pour le Canada)

Projet R12

Développement et validation d'une intervention ciblée auprès de femmes vivant avec le VIH : être en contrôle de sa vie sur les plans personnel, interpersonnel, sexuel et social

Chercheuse principale : Joanne Otis, Université du Québec à Montréal

Résumé : La qualité de vie des femmes vivant avec le VIH (FVVIH) est grandement affectée par le manque de contrôle qu'elles expérimentent dans leur quotidien. Fort des connaissances acquises sur l'expérience des femmes vivant avec le VIH de la région montréalaise (Trottier et al., 2005) et face au peu d'interventions semblant répondre aux besoins spécifiques émergeant de cette étude, le projet-pilote vise à développer, implanter et évaluer de façon formative une intervention ciblée (Intervention Mapping, Bartholomew et al., 2000) à l'intention des FVVIH dans le but d'améliorer leur contrôle à l'égard des dimensions personnelle, interpersonnelle, sexuelle et sociale de leur vie. Ce projet-pilote sera mis en place en collaboration avec les intervenants de 14 groupes communautaires-collaborateurs. En second lieu, la faisabilité d'une éventuelle recherche évaluative sommative visant à documenter les effets directs et indirects de cette intervention sera explorée. L'intervention ciblée développée sera offerte à quatre groupes distincts de femmes vivant avec le VIH (n = 32)

qui participeront à des ateliers, chacun d'eux touchant une sphère de vie en particulier (personnelle, interpersonnelle, sexuelle et sociale). Diverses méthodes de collecte de données (journal de bord du formateur, observation directe des ateliers, plénière tenue avec les femmes suite à chaque atelier et questionnaires auto-administrés avant-après) permettront de réajuster l'intervention en cours de route, de documenter la mise en oeuvre de l'intervention et les conditions qui l'influencent et de donner l'appréciation qu'en font les femmes en termes de structure, de processus et d'atteinte des objectifs. En lien avec l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada, ce projet-pilote devrait contribuer au renforcement du potentiel des FVVIH et à l'amélioration de leur qualité de vie.

Durée : mars 2006 – février 2007

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – Projet pilote sur le VIH/sida

Référence : <http://www.hivresearch.ca/index.asp?navid=18&csid1=734>

Sujet : femmes vivant avec le VIH

Projet R13a

Élaboration d'une intervention de prévention du VIH/sida visant les travailleuses du sexe en établissement et leurs partenaires

Chercheur principal : Dr David Michael Patrick, BC Centre for Disease Control

Résumé : Les travailleuses du sexe (TS) pratiquant en établissement (p. ex. salons de massage et agences d'escortes) forment au Canada une population à risque de contracter le VIH/sida importante quoique peu visible. Notre projet de recherche communautaire aura pour objectif la mise sur pieds d'une intervention de prévention du VIH réalisable et adaptée à la culture et au sexe de la personne, à l'intention des TS en établissement et des hommes sollicitant leurs services (clients) de la région de Vancouver. Des collaboratrices (ex-TS) nous aideront à effectuer une enquête auprès de 300 TS en établissement et clients; nous réaliserons aussi des entrevues approfondies axées sur la manière dont les TS en établissement et leurs clients prennent les décisions liées aux comportements présentant un

risque de transmission du VIH/sida (p. ex. utilisation du préservatif). Nous utiliserons les résultats de l'étude afin d'élaborer un programme de prévention du VIH/sida en collaboration avec des membres de la collectivité. La population formée des travailleuses du sexe et de leurs clients, quoique importante en soi, ne représente qu'une fraction d'un réseau beaucoup plus vaste de contacts sexuels s'étendant à la population générale (épouses, petites amies, maris, petits amis et autres partenaires sexuels non liés au travail du sexe); les conclusions tirées de notre étude pourraient donc grandement contribuer à la réduction du risque global de contracter le VIH/sida pour la vaste population composée des travailleuses du sexe et de leurs clients de même que de tous leurs autres partenaires sexuels non liés au commerce du sexe.

Durée : janvier 2006 – mars 2009

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida – Général – Subvention de fonctionnement

Référence : <http://www.hivresearch.ca/index.asp?navid=18&csid1=744>

Sujet : travailleuses du sexe (Vancouver)

Projet R13b

Élaboration d'une intervention de prévention du VIH/sida visant les travailleuses du sexe en établissement et leurs partenaires

Chercheuse principale : Caitlin Johnston

Résumé : En prévision de la Phase 3 du projet ORCHID, nous réaliserons une série de consultations en personne dans la collectivité (ateliers et rencontres) qui amèneront des pairs (femmes ayant déjà travaillé dans l'industrie du sexe), des dirigeants communautaires, des fournisseurs de services, des propriétaires et gérants d'établissements de services érotiques et des clients de sexe masculin à discuter des conclusions tirées de la Phase 2 et de la meilleure manière de les mettre à profit dans l'élaboration d'une initiative de prévention du VIH/ITS visant les TS et leurs clients. Les consultations permettront aux chercheurs de rédiger la première ébauche de la stratégie d'intervention. Le contenu de celle-ci dépendra de la tournure prise

par les consultations, mais l'ébauche contiendra probablement de la documentation au sujet des étapes à suivre afin de réussir à joindre les TS en établissement et leurs clients, des prototypes d'outils éducatifs (affiches, bandes dessinées, dépliants ou vidéos, par exemple), des manuels de formation traitant du VIH et des ITS à l'intention des pairs et une description des stratégies de communication de base tenant compte du langage employé par la population ciblée et de sa culture. Dans le cadre de nos activités courantes d'application des connaissances, nous veillerons à donner accès au modèle élaboré au cours du projet ORCHID aux organisations communautaires oeuvrant dans d'autres contextes, au pays ou à l'étranger. Nous poursuivrons aussi nos consultations auprès de chercheurs du Center for AIDS Prevention Studies de l'Université de San Francisco et de leurs partenaires communautaires du Asia and Pacific Islanders Wellness Center. De plus, nous chercherons à ajouter d'autres organisations communautaires à notre réseau de contacts par le biais d'annonces publiées sur Internet, de présentations lors de congrès nationaux et internationaux et d'articles destinés à des publications révisées par les pairs. Nous poursuivrons aussi la rédaction et la mise à jour d'un « guide des méthodes » qui contiendra une description détaillée des méthodes de l'étude de même que des ressources, du matériel pédagogique et des modules de formation des pairs employés au cours du projet ORCHID.

Durée : janvier 2009 – décembre 2009

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – Subvention pour réunions, planification et dissémination : supplément pour l'application des connaissances

Référence : base de données des IRSC

Sujet : travailleuses du sexe (Vancouver)

Projet R14

Étude développementale communautaire portant sur les facteurs favorisant la grossesse et le risque de contracter le VIH chez les jeunes femmes de la rue de Toronto

Chercheuse principale : Dre Allison Scott, Hôpital St. Michael's

Résumé : non accessible

Durée : février 2007 – janvier 2009

Subvention : Réseau ontarien de traitement du VIH

Référence : <http://www.hivresearch.ca/index.asp?navid=17&csid1=2287>

Sujet : jeunes femmes (Toronto)

Projet R15

Aspect économique et équité de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH/sida au Guatemala : projet pilote présentant un intérêt pour le Canada sur le plan de la méthodologie

Chercheuse principale : Mira Johri, Université de Montréal

Résumé : Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a récemment octroyé au Guatemala une somme substantielle destinée au financement de sa stratégie de lutte contre le VIH/sida. Il est maintenant urgent à l'échelle nationale de mener en priorité des activités de recherche opérationnelle qui permettront de déterminer les pratiques exemplaires à adopter dans le cadre du nouveau programme de prévention de la transmission mère-enfant au Guatemala, et, ainsi, de guider l'élaboration de politiques en vue de l'application prochaine du programme partout au pays. À la suite d'une analyse de données détaillées sur la santé, les comportements et le statut socio-économique de 3 400 paires mère-enfant, nous souhaitons travailler en collaboration avec les décideurs pour définir les options permettant d'améliorer la rentabilité du programme. Ce faisant, nous bonifierons et mettrons à l'essai des outils méthodologiques d'évaluation économique en utilisant une analyse de régression suivie d'un calcul du bénéfice net incrémentiel, ce qui nous permettra d'évaluer à la fois les questions de la rentabilité et de l'équité. Les résultats de l'analyse seront d'un intérêt particulier pour le Guatemala et d'autres milieux aux ressources limitées, mais de nombreux autres pays, dont le Canada, pourront aussi profiter des avancées méthodologiques décrites.

Durée : avril 2006 – mars 2007

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – Projet pilote sur le VIH/sida

Référence : <http://www.hivresearch.ca/index.asp?navid=17&csid1=1814>

Sujet : transmission verticale (d'intérêt pour le Canada)

Projet R16

Effet du traitement antirétroviral sur le taux d'ADN mitochondrial des cellules sanguines maternelles des femmes enceintes infectées par le VIH et dommages infligés à l'ADN mitochondrial des enfants exposés in utero aux antirétroviraux ciblant le VIH

Chercheuse principale : Dre Deborah Money, Children and Women's Health Centre of British Columbia

Résumé : Les grands avantages de l'administration de TAHA aux femmes enceintes doivent être nuancés par la compréhension des risques que peuvent représenter ces médicaments potentiellement toxiques pour la mère, le fœtus et l'enfant séronégatif ayant été exposé in utero aux antirétroviraux. Dans le cadre de notre étude, nous utiliserons une technique novatrice de dosage de l'ADN mitochondrial (ADNmt) auprès d'une cohorte composée de femmes enceintes séropositives recevant un TAHA et de leurs enfants afin de rechercher la présence d'une éventuelle toxicité mitochondriale auparavant méconnue.

Durée : décembre 2004 – juillet 2007

Subvention : Fondation canadienne de recherche sur le sida (CANFAR)

Référence : <http://www.hivresearch.ca/index.asp?navid=17&csid1=1435>

Sujet : transmission verticale (femmes vivant avec le VIH)

Projet R17

Effet des coinfections des voies génitales fréquemment observées et de leur traitement sur la transmission du VIH et la susceptibilité à l'infection

Chercheuse principale : Lucy Yun Young Shin, Université de Toronto

Résumé : non accessible

Durée : septembre 2007 – août 2010

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – Bourse de recherche au doctorat pour recherche biomédicale/clinique VIH/sida

Référence : base de données des IRSC

Sujet : recherche biomédicale sur le VIH/sida (d'intérêt pour le Canada)

Projet R18

Effets de l'inflammation chez la mère sur les transporteurs d'efflux : répercussions sur l'exposition du fœtus aux médicaments

Chercheuse principale : Vanja Petrovic, Université de Toronto

Résumé : Le traitement des femmes enceintes infectées par le VIH implique l'utilisation de médicaments antirétroviraux puissants permettant de prévenir la progression de l'infection chez la mère et sa transmission verticale au nouveau-né. Bien que la pharmacothérapie soit considérée comme nécessaire, peu de renseignements ont été recueillis sur l'élimination des médicaments antirétroviraux chez les femmes enceintes et leur fœtus; pourtant, ces renseignements revêtent une importance critique car les concentrations efficaces essentielles au maintien de la santé de la mère pourraient causer du tort au fœtus. Le placenta agit à titre de barrière protégeant le fœtus contre les toxines et les xénobiotiques véhiculés dans le sang de la mère. Plusieurs transporteurs de cassette de liaison à l'ATP (protéines ABC) sont en effet fortement exprimés dans le placenta, et il a été établi qu'ils réduisent le passage de nombreux agents antirétroviraux dans le sang du fœtus, régulant ainsi l'exposition fœtale à ces médicaments. Des études menées dans notre laboratoire ont révélé que la réponse inflammatoire caractérisant de nombreuses maladies réduit l'expression et l'activité des protéines ABC présentes dans de nombreux tissus dont le foie, l'intestin et le cerveau. L'infection maternelle est une complication obstétrique fréquente associée à une réponse inflammatoire, or on ne connaît à peu près pas ses répercussions sur la régulation et l'activité des transporteurs d'efflux placentaires. C'est pourquoi la présente étude vise avant tout à explorer l'influence

des infections bactériennes et virales sur les protéines ABC et à prédire comment les changements observés peuvent influencer sur le transfert placentaire des médicaments antirétroviraux administrés aux femmes enceintes et l'exposition du fœtus à ces médicaments. Les résultats obtenus seront d'une importance critique dans la prédiction des interactions maladies-médicaments possibles et la détermination des médicaments et des doses à administrer aux femmes séropositives en cours de grossesse. Ils pourront éventuellement aider à réduire au minimum l'exposition du fœtus à ces médicaments.

Durée : septembre 2008 – août 2010

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – Bourse de recherche au doctorat

Référence : base de données des IRSC

Sujet : transmission verticale (d'intérêt pour le Canada)

Projet R19

Effet de l'activation des récepteurs de type toll dans les voies génitales féminines sur la susceptibilité à l'infection par le VIH

Chercheur principal : Kenneth L. Rosenthal, Université McMaster

Résumé : Quarante-cinq millions de personnes dans le monde vivent actuellement avec le VIH; la plupart d'entre elles ont contracté l'infection mortelle par contact sexuel, et près de la moitié sont des femmes. Comme le VIH est transmis par voie sexuelle, les premières cellules à entrer en contact avec le virus sont celles qui tapissent les voies génitales, à savoir les cellules épithéliales génitales. Grâce à des percées récentes, nous comprenons mieux comment notre système immunitaire inné reconnaît les agents infectieux et nous protège contre ces derniers, ce qui ouvre la voie à une ère nouvelle en matière de prévention des maladies. Nous avons récemment montré que l'administration de molécules activant le système immunitaire inné dans les voies génitales de souris femelles protégeait complètement ces dernières contre la transmission du virus par contact sexuel. Nous souhaitons maintenant vérifier si l'activation de l'immunité innée des cellules épithéliales des voies

génitales humaines peut induire une protection contre l'infection par le VIH. Les résultats de notre étude pourraient mener à la mise au point de produits à application vaginale activant l'immunité innée des voies génitales, que les femmes pourraient utiliser pour se protéger contre l'infection par le VIH et d'autres infections transmises sexuellement.

Durée : octobre 2004 – septembre 2007

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) Subvention de fonctionnement – Annonce de priorités : Initiative de recherche sur le VIH/sida – Recherche biomédicale et clinique

Référence : base de données des IRSC

Sujet : recherche biomédicale sur le VIH/sida (d'intérêt pour le Canada)

Projet R20

Hausse de l'adoption et de la continuité du traitement antirétroviral et des soins liés au VIH chez les travailleuses du sexe, sexe de survie

Chercheur principal : Dr Mark W. Tyndall, Université de la Colombie-Britannique

Résumé : L'arrivée du traitement antirétroviral hautement actif (TAHA) a grandement modifié l'évolution clinique de l'infection par le VIH pour des milliers de Canadiens. En effet, près d'une dizaine d'années après l'arrivée sur le marché d'antirétroviraux efficaces, les régimes de traitement prescrits sont maintenant hautement efficaces et bien tolérés; de plus, leurs effets toxiques sont bien gérés. Les effets bénéfiques de ces avancées considérables ne sont cependant pas observés chez les populations marginalisées (travailleurs du sexe et utilisateurs de drogues, entre autres), pour qui le fardeau de l'infection par le VIH s'alourdit. La distribution inéquitable de la médication antirétrovirale aux patients séropositifs admissibles au traitement constitue l'une des plus grandes disparités en matière de soins de santé au Canada. Cependant, bien que cette réalité présente un défi considérable pour les fournisseurs de soins de santé et les décideurs, elle est aussi l'occasion d'élaborer, de mettre en place et d'évaluer un programme complet de soins liés au VIH

et de traitement de l'infection, qui pourrait grandement améliorer la santé de la population ciblée et réduire la transmission du VIH. Les conclusions tirées de ce projet pourront être appliquées à d'autres collectivités que celle du Downtown Eastside de Vancouver et même être employées à titre de modèles par d'autres collectivités urbaines caractérisées par une sous-utilisation du traitement antirétroviral.

Durée : juillet 2005 – mars 2009

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – Réduire les disparités sur le plan de la santé et promouvoir l'équité pour les populations vulnérables

Référence : <http://www.hivresearch.ca/index.asp?navid=18&csid1=865>

Sujet : travailleuses du sexe, sexe de survie (sur les femmes; publication – 2009, AIDS Patient Care STDS, Aug (23) 8: 603-9) (DTES)

Projet R21

Épidémiologie des infections transmises sexuellement et des pathogènes transmissibles par le sang chez les détenus

Chercheuse principale : Dre Carole Beaudoin, Université du Manitoba

Co-chercheur principal : Dr John Wylie

Co-chercheurs : Dre Magdy Dawood, Dre Trina Larsen, Dre Marilyn Sloane, Dr Paul Van Caesele, Dre Michelyn Wood

Résumé : La présente étude vise à guider l'élaboration de stratégies de prévention efficaces et novatrices permettant de réduire la transmission des infections transmises sexuellement (ITS) et des pathogènes transmissibles par le sang (PTS) chez les détenus. Il est en effet nécessaire d'étudier et de quantifier la prévalence des ITS et des PTS ainsi que des comportements à risque connexes chez les personnes détenues dans les établissements correctionnels afin d'être en mesure de réaliser des activités de prévention et de réduction des méfaits. C'est pourquoi nous participerons à un projet de recherche coopérative mettant à contribution l'Université du Manitoba, le ministère de la Justice du Manitoba, le ministère de la Santé du Manitoba et l'Agence de la santé publique du

Canada afin d'évaluer chez une population de détenus : a) la séroprévalence du VIH, de l'hépatite C, de la gonorrhée, de l'infection à *Chlamydia* et de la syphilis; b) les comportements adoptés par les détenus pouvant poser un risque de transmission des ITS et des PTS; c) la connaissance (ou l'ignorance) des comportements à risque et d) les obstacles sociaux et environnementaux à la prévention présents en milieu correctionnel. À cet effet, nous réaliserons sur une période de six mois des tests de dépistage (séroprévalence) de la gonorrhée, de l'infection à *Chlamydia*, de la syphilis, de l'hépatite C et du VIH de même que des entrevues approfondies auprès de 400 participants détenus dans des établissements correctionnels. En plus de faire des présentations dans des congrès et de rédiger des articles pour des publications révisées par des pairs, nous partagerons notre connaissance des comportements à risque et des facteurs sociaux et environnementaux qui ont une incidence sur le risque avec des organismes communautaires locaux œuvrant dans le domaine de la prévention, des services de santé et de la réduction des préjudices de même qu'avec les ministères fédéraux et provinciaux de la santé et des services correctionnels afin de participer à l'élaboration de politiques et de programmes fondés sur des éléments probants.

Durée : novembre 2007 – octobre 2009

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)

Référence : <http://www.hivresearch.ca/index.asp?navid=17&csid1=2134>

Sujet : détenus (résultats présentés selon le genre) (Manitoba)

Projet R22

Évaluation de « Pouvoir partager/Pouvoirs partagés », un programme par et pour les femmes vivant avec le VIH sur la lourde question du dévoilement

Chercheuse principale : Joanne Otis, Université du Québec à Montréal

Résumé : « Pouvoir Partager/Pouvoirs Partagés » (PP/PP) est un programme de renforcement de l'autonomie dont l'objectif est d'outiller les femmes

vivant avec le VIH relativement au dévoilement de leur séropositivité dans des contextes variés. Le programme a été conçu et validé en 2006-2007 à titre de projet-pilote avec la participation active de 26 femmes vivant avec le VIH et 4 intervenantes de la région montréalaise. Bien que l'étude de validation ait conclu à la pertinence et à l'utilité de PP/PP, elle a aussi mis en lumière l'importance de 1) consolider le processus par lequel les intervenantes et les femmes vivant avec le VIH s'approprient le programme, 2) réaliser une évaluation plus systématique des effets du projet et 3) consigner par écrit les expériences vécues par les femmes ayant participé à PP/PP. L'objectif de la présente étude, d'une durée de trois ans, est de mobiliser les femmes vivant avec le VIH et les intervenantes œuvrant auprès d'elles et de décrire leur trajectoire d'auto-appropriation dans le contexte de l'évaluation du programme PP/PP. La démarche évaluative de PP/PP implique : a) la conception, la mise en place et l'évaluation d'une formation provinciale à l'intention des dyades formatrice/coanimatrice qui seront constituées, b) l'implantation, l'animation par ces dyades (11 groupes composés de 8 à 10 participantes) et l'évaluation de PP/PP et c) l'organisation et la réalisation d'activités de partage des connaissances (forum communautaire et production d'un ouvrage collectif). Cette étude s'inspire des principes de l'évaluation participative de type *empowerment*, qui repose sur l'utilisation de multiples méthodes de collecte de données qualitatives (chronique tenue par la coordinatrice, groupes d'appréciation partagée, recueil des échanges sur le Web, etc.) de même que quantitatives (questionnaires auto-administrés). La finalité du présent projet est de contribuer à la réalisation des objectifs de lutte contre l'infection par le VIH énoncés dans l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida sur le plan de l'amélioration de la qualité de vie des femmes vivant avec le VIH.

Durée : avril 2008 – mars 2011

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida – Général – Subvention de fonctionnement

Référence : base de données des IRSC

Sujet : femmes vivant avec le VIH (Montréal)

Projet R23

Évaluation d'implantation d'un programme communautaire visant à améliorer la qualité de vie des femmes vivant avec le VIH dans la région de Montréal

Chercheuse principale : Sarine L. Hovsepian, Université de Montréal

Résumé : À la lumière de l'épidémie de VIH, bien que les thérapies antirétrovirales prolongent l'espérance de vie, la qualité de vie demeure inquiétante. Le projet proposé évaluera l'implantation dans 6 milieux organisationnels et communautaires d'un programme communautaire visant à amener les femmes vivant avec le VIH à améliorer leur sentiment de contrôle sur leur vie. Premièrement, on évaluera le degré d'implantation de chaque intervention en comparant les activités implantées à celles proposées. Ensuite, on élucidera les facteurs contextuels influençant l'implantation du programme en observant l'intérêt et l'implication communautaires, le niveau d'appropriation du projet par la communauté, les dynamiques entre acteurs, et ce, en observant les participants et intervenants, en interrogeant des informateurs clés et en consultant des rapports d'activités. Ensuite, on évaluera comment les variations dans l'implantation influencent l'efficacité, en comparant les degrés d'implantation aux résultats (outcomes) de chaque programme - mesuré en administrant des questionnaires aux participants avant et après l'intervention. Enfin, on évaluera comment les facteurs contextuels et ceux propres à l'implantation influencent conjointement l'efficacité du programme en entreprenant des analyses quantitatives et qualitatives. Évaluer l'implantation d'un programme communautaire visant l'amélioration du sentiment de contrôle des femmes vivant avec le VIH permettra d'évaluer l'efficacité de ce programme à améliorer leur qualité de vie. De plus, il permettra une meilleure compréhension des conditions favorables à l'obtention d'effets positifs, information essentielle pour guider le choix des milieux et contextes dans lesquels des

programmes communautaires similaires peuvent être implantés et être efficaces.

Durée : mai 2006 – avril 2009

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida – Général – Bourse de recherche au doctorat

Référence : <http://www.hivresearch.ca/index.asp?navid=18&csid1=1811>

Sujet : femmes vivant avec le VIH (Montréal)

Projet R24

Étude du rôle complexe joué par certains facteurs sociaux, environnementaux et structurels qui font obstacle au risque de contracter le VIH et à la prévention de l'infection ou les favorisent chez les femmes travaillant dans l'industrie du sexe pour assurer leur survie utilisatrices de drogues

Chercheuse principale : Kate Shannon, Université de la Colombie-Britannique

Résumé : Les femmes du Downtown Eastside de Vancouver (DTES) travaillant dans l'industrie du sexe afin d'assurer leur survie sont touchées par de nombreux facteurs augmentant leur risque de contracter le VIH, dont la pauvreté, la vie dans la rue, la violence et les agressions répétées, l'abus de drogues et la marginalisation sociale. De plus, la nature illégale, clandestine et non réglementée du travail du sexe dans les villes canadiennes repousse toujours davantage les femmes vivant dans la rue vers les marges de la société, ce qui ne leur laisse que peu de moyens de se protéger et réduit leur accès aux services de santé. En dépit d'une quantité grandissante de données selon lesquelles des facteurs propres au sexe ont une incidence sur les nouveaux cas d'infection par le VIH chez les femmes (principalement les jeunes femmes et les femmes d'origine autochtone) et des efforts soutenus en matière de réduction des méfaits et de santé publique axés sur l'usage de drogues illicites dans ce groupe, peu de renseignements ont été recueillis au sujet des facteurs sociaux, environnementaux et structurels complexes qui favorisent la prévention, les efforts de réduction des méfaits et l'accès aux soins. Dans le cadre de notre

étude, nous emploierons une méthodologie de recherche-action participative afin d'explorer les facteurs sociaux et environnementaux qui font obstacle à la prévention du VIH chez les travailleuses du sexe ou la favorisent. Bien que de plusieurs facteurs individuels aient été liés à la hausse du risque de contracter le VIH et d'autres ITS (infections transmises sexuellement) chez les utilisatrices de drogues de ce milieu, peu d'attention a été portée au rôle joué par la violence sociale, la violence structurelle et les relations de puissance en tant que facteurs favorisant la transmission du VIH par contact sexuel ou usage de drogues. À l'aide de techniques de cartographie sociale, de discussions en groupes de consultation et de questionnaires administrés lors d'entrevues, nous étudierons les facteurs environnementaux et sociaux qui déterminent le risque de contracter le VIH pour les travailleuses du sexe, et, en particulier, le rôle de la violence et des relations de puissance dans la négociation de l'adoption de comportements préventifs chez les femmes utilisatrices de drogues et leurs partenaires sexuels et de travail. Notre étude permettra la collecte de données précieuses sur une population qui est jusqu'à présent demeurée à l'écart des stratégies et services de santé publique et de réduction des méfaits. Nous estimons aussi que nous serons en mesure de favoriser le renforcement des capacités des travailleuses du sexe et de guider l'élaboration de politiques et de pratiques fondées sur les données probantes adaptées à cette population.

Durée : janvier 2006 – décembre 2006

Subvention : Michael Smith Foundation for Health Research

Référence : <http://www.msfr.org>

Sujet : travailleuses du sexe, sexe de survie, UDI (Vancouver – DTES)

Projet R25

Étude de l'efficacité d'une intervention de prise en charge des cas visant à améliorer le bien-être des femmes vivant avec le VIH/sida : approche fondée sur la recherche communautaire

Chercheuse principale : Dre Adriana Carvalhal, Voices of Positive Women (Toronto)

Résumé : Les femmes forment l'un des groupes où l'on recense un nombre croissant de nouvelles infections par le VIH au Canada; en plus d'être aux prises avec une maladie chronique exigeant des soins médicaux complexes, les femmes séropositives doivent aussi surmonter de nombreux défis sur le plan social. Jusqu'à présent, peu d'études ont porté sur les interventions comportementales fondées sur les données probantes conçues à l'intention des femmes. Les objectifs de la présente étude seront donc 1) de déterminer, auprès de femmes vivant avec le VIH, l'efficacité d'une intervention de prise en charge des cas proactive et fondée sur les forces de six mois dans l'amélioration de la qualité de vie sur les plans de la santé physique et mentale, en comparaison avec un programme de promotion de la santé ordinaire à visée générale et 2) d'évaluer la capacité de l'intervention de prise en charge des cas à réduire le taux de dépression, à améliorer les stratégies d'adaptation et à augmenter le soutien social. Nous souhaitons employer une approche mixte combinant des méthodes quantitatives et qualitatives, les méthodes quantitatives nous permettant d'évaluer l'efficacité de l'intervention communautaire proactive de prise en charge des cas. Les 160 participantes seront réparties aléatoirement dans deux groupes; l'un d'entre eux fera l'objet de l'intervention proactive de prise en charge des cas (appelée wHEALTH), qui consistera en des séances individuelles d'une heure tenues toutes les deux semaines, tandis que l'autre prendra part à un programme de promotion de la santé ordinaire prenant la forme de séances de groupe d'une heure elles aussi tenues toutes les deux semaines. La collecte de données sera effectuée au départ puis un, trois et six mois après le début de l'étude; la persistance des effets de l'intervention sera pour sa part évaluée neuf mois après le début de l'étude. L'évaluation portera sur la qualité de vie en regard de la santé physique et mentale (résultat principal) et abordera aussi la dépression, le soutien social, les stratégies d'adaptation et la satisfaction à l'égard des services (résultats

secondaires). Les méthodes qualitatives employées prendront la forme d'entrevues en profondeur réalisées auprès d'un sous-groupe de 40 participantes afin d'examiner les facteurs contextuels ayant une influence sur les résultats quantitatifs. Notre projet de recherche communautaire est le résultat d'une collaboration entre Voices of Positive Women, Women's Health in Women's Hands et l'Université McMaster, et ses résultats seront communiqués aux organisations communautaires oeuvrant auprès de personnes séropositives, aux décideurs et aux femmes vivant avec le VIH/sida, conformément à notre plan de diffusion des connaissances.

Durée : avril 2007 – mars 2010

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida – Général – Subvention de fonctionnement

Référence : <http://www.hivresearch.ca/index.asp?navid=17&cscid=2143>

Sujet : femmes vivant avec le VIH

Projet R26

Examen de la relation entre la violence conjugale et le virus de l'immunodéficience humaine chez les femmes immigrées vivant à Toronto

Chercheuse principale : Ajitha V. Cyriac, Université de Toronto

Résumé : En réponse à l'émergence de la pandémie de sida à l'échelle mondiale, il est nécessaire d'acquérir une meilleure connaissance des réseaux sexuels des populations participant activement à la transmission du VIH (p. ex. travailleuses du sexe (TS) et leurs partenaires sexuels) afin d'être en mesure de faire des prévisions éclairées de la propagation de l'infection. Le manque de données relatives aux réseaux sexuels non commerciaux pose cependant problème. L'objectif de la présente étude sera donc de déterminer si les partenaires sexuels masculins non commerciaux des TS, qui sont difficiles à joindre, pourraient constituer une population cible critique pour les interventions de prévention du VIH. L'étude sera réalisée dans trois États grandement touchés par le VIH de l'Inde, à savoir

Maharashtra, Andhra Pradesh et Karnataka. Nos collaborateurs indiens administreront des questionnaires à 300 à 400 travailleuses du sexe et procéderont au prélèvement d'échantillons biologiques. Nous réaliserons ensuite des entrevues auprès de 150 à 200 partenaires sexuels réguliers des TS (selon l'information soumise par celles-ci) afin de recueillir des données sur les habitudes sexuelles et le nombre de partenaires sexuels de ces hommes. Ces données nous permettront de définir et de décrire les corrélats de l'infection par le VIH de même que, probablement, la dynamique de transmission de l'infection dans les trois États de l'Inde les plus touchés par le virus.

Durée : septembre 2006 – avril 2010

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – VIH/sida : Recherche sur les services de santé et la santé des populations – Bourse de recherche au doctorat

Référence : base de données des IRSC

Sujet : immigration, travailleuses du sexe, violence conjugale

Projet R27

Expériences vécues par les mères séropositives vivant en Alberta rurale

Chercheuse principale : Jean Groft, Faculté des sciences infirmières, Université de l'Alberta

Résumé : La présente étude a pour objectif de recueillir des données relatives à la santé des mères infectées par le VIH vivant en Alberta rurale. Le taux d'infection par le VIH a connu une augmentation chez les femmes du Canada au cours des dix dernières années, et les répercussions de l'infection sur le rôle de mère restent méconnues. Les femmes séropositives doivent surmonter de nombreux obstacles, obligées qu'elles sont de s'occuper d'elles-mêmes et de leurs enfants dans une société qui remet parfois en question leur capacité à remplir correctement leur rôle de mère. De manière générale, les Canadiens vivant en milieu rural sont en moins bonne santé que les Canadiens vivant en milieu urbain; les femmes des milieux ruraux en particulier courent un risque accru de contracter le VIH et d'autres maladies, en raison de nombreux

facteurs dont la pauvreté, le manque d'accès aux ressources et le manque de pouvoir, entre autres. Lorsqu'il est question de santé, les opinions et les préoccupations des femmes vivant en milieu rural ne sont généralement pas prises en compte par les autorités; c'est pourquoi nous souhaitons réaliser des entrevues auprès de mères séropositives afin de mieux comprendre leurs préoccupations et de connaître les solutions qu'elles proposent pour résoudre leurs problèmes. Une vingtaine de femmes participeront à des entrevues en profondeur, qui seront ensuite analysées en détail afin de dégager les thèmes importants. Les conclusions tirées de notre étude seront communiquées aux femmes de même qu'aux collectivités rurales, aux travailleurs de la santé et bénévoles du domaine de la santé, aux organismes de services et aux organismes gouvernementaux. Ce processus mènera à une meilleure compréhension des expériences vécues par les femmes et à l'élaboration de stratégies permettant d'améliorer leur santé et celle de leurs enfants.

Durée : 2005 – 2008

Subvention : IRSC

Référence : HIV Research in the Prairies: A Compendium

Sujet : femmes vivant avec le VIH, maternité, milieu rural

Projet R28

Exploration de l'effet de la perception culturelle de la maladie sur le soutien communautaire et les soins de santé offerts aux femmes immigrées infectées par le VIH/sida vivant à Toronto

Chercheuse principale : Françoise Guigné, Université McMaster (Hamilton)

Résumé : non accessible

Durée : janvier 2006 – janvier 2007

Subvention : Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH)

Référence : <http://www.hivresearch.ca/index.asp?navid=17&csid1=1601>

Sujet : immigration, femmes provenant de pays où le VIH est endémique (Toronto)

Projet R29*Le condom féminin : ethnographie mondiale***Chercheuse principale** : Amy Kaler,
Université de l'Alberta**Résumé** : non accessible**Durée** : janvier 2002 – janvier 2005,
janvier 2006 – décembre 2006**Subvention** : Conseil de recherches en sciences
humaines du Canada (CRSH), Michael Smith Foundation
for Health Research**Référence** : [http://www.hivresearch.ca/index.asp?
navid=18&csid1=1532](http://www.hivresearch.ca/index.asp?navid=18&csid1=1532)**Sujet** : prévention**Projet R30***Corrélat fonctionnel de la formation d'anticorps dans
les muqueuses en réponse à la présence du VIH dans
la circulation sanguine***Chercheur principal** : Denis P. Snider,
Université McMaster**Résumé** : À l'échelle planétaire, la plupart des
infections par le VIH sont transmises sexuellement, et,
le plus fréquemment, elles sont contractées par des
femmes. Afin d'enrayer la propagation du VIH/sida, il
est nécessaire de mettre au point des vaccins qui
empêchent le virus de pénétrer dans l'organisme. Lors
de la transmission sexuelle du virus, le VIH doit d'abord
franchir les barrières muqueuses de l'organisme, qui
peuvent lui opposer une résistance par le biais
d'anticorps spécifiques, à savoir les IgA. Il est donc
primordial, dans le cadre de la mise au point de
nouveaux vaccins contre le VIH, de pouvoir mesurer
la quantité et la qualité des IgA produits contre le VIH
dans les muqueuses. Selon certaines études, les
femmes qui ne contractent pas l'infection à la suite
d'une exposition au virus sont porteuses d'anticorps
de type IgA anti-VIH, tandis que ces anticorps sont peu
nombreux ou absents chez les femmes qui contractent
l'infection. Cependant, un bon nombre de ces études
ont obtenu des résultats contradictoires ou sont
entravées par la difficulté de procéder à
l'échantillonnage et à détecter ces anticorps IgA à partir
de liquides prélevés à la surface des muqueuses. Untest sanguin serait une méthode beaucoup plus simple,
fiable et utile de dosage des IgA. C'est pourquoi nous
proposons d'avoir recours aux cellules immunitaires
circulantes responsables de la production des anticorps
IgA en tant que moyen fiable de mesurer la quantité et
la qualité des IgA anti-VIH présents dans les
muqueuses. Notre technique permettra de déterminer
si des anticorps IgA ont été produits et en quelle
quantité et d'évaluer leur capacité à inhiber le VIH.
Nous effectuerons notre étude auprès de personnes
résistantes à l'infection par le VIH et de personnes
séropositives afin de comparer les IgA retrouvés dans
leurs muqueuses, produits à partir des cellules
sanguines. Nos recherches permettront la collecte de
données importantes et prouveront qu'il est possible
d'effectuer la mesure de la production d'anticorps IgA
dans les muqueuses à partir d'échantillons sanguins.**Durée** : mars 2009 – février 2010**Subvention** : Instituts de recherche en santé
du Canada (IRSC) – Subvention catalyseur : Recherche
sur des vaccins contre le VIH/sida (Initiative canadienne
de vaccin contre le VIH)**Référence** : base de données des IRSC**Sujet** : recherche biomédicale sur le VIH/sida
(d'intérêt pour le Canada)**Projet R31***Rôle joué par les galactosylcéramides et les
sulfogalactosylcéramides de l'épithélium vaginal
en tant que récepteurs liant le VIH-1***Chercheuse principale** : Nongnuj Tanphaichitr,
Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa**Résumé** : En dépit de notre connaissance grandissante
de l'infection par le VIH-1 et de la mise sur le marché
de traitements hautement efficaces, le virus continue
de se propager à un rythme alarmant; c'est pourquoi
de nouvelles stratégies de prévention doivent être
mises au point afin d'empêcher efficacement l'infection
par le VIH-1. En tant que premier endroit où
l'interaction hôte-microorganisme se produit, la
muqueuse vaginale constitue le site d'entrée du VIH
chez la femme. En effet, le VIH-1 adhère d'abord à la
surface de la muqueuse pour ensuite traverser les

cellules épithéliales vaginales afin d'atteindre et d'infecter les lymphocytes T et les cellules dendritiques répartis dans la muqueuse. Certaines cellules infectées atteignent par la suite les ganglions lymphatiques, ce qui permet au VIH-1 de se propager en infectant les lymphocytes présents dans les ganglions et de finalement se retrouver rapidement en circulation dans le sang. Une prévention logique de la transmission du VIH par contact sexuel pourrait donc consister à empêcher l'interaction initiale du VIH-1 avec les cellules épithéliales vaginales. Cependant, les données concernant les mécanismes d'interaction du VIH avec ces cellules sont encore rares. Récemment, nous avons montré que les galactosylcéramides (GC), qui sont des glycolipides, et leur forme sulfatée, les sulfogalactosylcéramides (SGC), sont présents à la surface des cellules épithéliales vaginales. Il est reconnu que les GC et les SGC sont capables de se lier aux protéines d'enveloppe gp120 et gp41 du VIH-1; ils pourraient donc jouer un rôle dans l'adhésion initiale du virus à la muqueuse vaginale. Nous utiliserons des anticorps bloquant spécifiquement les GC et les SGC et des analogues synthétiques de ces glycolipides afin de déterminer s'il est possible de prévenir l'infection des lymphocytes T CD4+ de la muqueuse en bloquant l'interaction entre le VIH-1 et l'épithélium vaginal. Dans l'éventualité où nous réussirions à empêcher en laboratoire l'adhésion du VIH-1 à l'épithélium vaginal, notre approche pourrait mener à la mise au point de composés à administration vaginale pouvant prévenir l'infection par le VIH-1.

Durée : novembre 2007 – octobre 2010

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – Subvention de fonctionnement : Prévention du VIH

Référence : base de données des IRSC

Sujet : recherche biomédicale sur le VIH/sida (d'intérêt pour le Canada)

Projet R32

Inégalité de genre et autonomie sexuelle des jeunes femmes hétérosexuelles

Chercheuse principale : Jennifer Whitten, Université Brock

Résumé : non accessible

Durée : janvier 2007 – janvier 2008

Subvention : Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH); Programme de bourses d'études supérieures du Canada – Bourses de maîtrise

Référence : <http://www.outil.ost.uqam.ca/CRSH/Detail.aspx?Cle=53985&Langue=2>

Sujet : genre, genre non spécifié, pouvoir, négociation sexuelle; jeunesse

Projet R33

Girl power? Étude de la santé sexuelle, des relations et des pratiques des adolescentes canadiennes en matière de sexualité

Chercheuse principale : Marion J. Doull, Université d'Ottawa

Résumé : Il y a actuellement au Canada un manque flagrant de données au sujet de la santé sexuelle, des relations et des pratiques des adolescents, et les conséquences de notre connaissance limitée sont réelles; en effet, les taux d'infection transmise sexuellement ou d'infection par le VIH chez les jeunes Canadiens ne cessent d'augmenter, les jeunes femmes étant particulièrement à risque. C'est pourquoi nous souhaitons dans le cadre de notre étude aborder les sujets de la santé sexuelle, des relations et des pratiques des jeunes femmes canadiennes en matière de sexualité et nous renseigner sur la place accordée aux rôles « traditionnels » et au pouvoir dans ces relations. Notre objectif sera d'apporter des réponses aux questions suivantes, entre autres : Comment les jeunes perçoivent-ils le pouvoir dans le cadre de leurs relations sexuelles? Les jeunes femmes perçues comme « entreprenantes sur le plan sexuel » ont-elles le sentiment d'avoir du pouvoir? Ce prétendu pouvoir transparaît-il dans des sphères de la vie autres que la sphère sexuelle? S'il y a réellement changement de la dynamique du pouvoir, quel en est l'effet sur les jeunes hommes? Quelle est la perception des risques pour la santé (c.-à-d. VIH et infections transmises sexuellement) dans ce contexte? L'accroissement des connaissances au

sujet de la santé sexuelle, des relations et des pratiques en matière de sexualité permettra l'élaboration de programmes adaptés aux besoins et à la réalité des adolescents dans le but de réduire les comportements à risque et d'améliorer la santé de cette population en général. L'adolescence est une période de transition importante, et l'adoption de comportements sexuels sains jettera une base solide en vue du maintien de la santé et du bien-être à l'âge adulte.

Durée : juillet 2005 – juin 2008

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – Institut de la santé des femmes et des hommes – Bourse de recherche au doctorat

Référence : IRSC

Sujet : jeunes femmes

Projet R34

Le Global Ottawa AIDS Link (GOAL) : encourager la naissance d'une communauté d'apprentissage en vue de l'adoption de pratiques innovatrices en matière de sensibilisation axée sur la prévention du VIH/sida dans les collectivités ethnoculturelles et ethnoraciales locales

Chercheuse principale : Carol A. Amaratunga, Université d'Ottawa

Résumé : Selon Santé Canada, le taux de VIH/sida chez les immigrants et réfugiés venant de pays où le VIH est endémique se situe parmi les plus élevés au Canada et ne cesse de croître. À Ottawa comme à de nombreux autres endroits au Canada, cependant, bon nombre de personnes faisant partie de groupes culturels et raciaux précis ne cherchent pas à obtenir du soutien ou des soins liés au VIH/sida, parce que les programmes locaux ne tiennent pas compte de leurs valeurs, croyances et coutumes. Les programmes de prévention ciblant ces groupes échouent souvent pour les mêmes raisons, qui sont le résultat combiné de forts tabous socioculturels et de racisme systémique. Ottawa a récemment été témoin de la création d'un partenariat de recherche appelé GOAL (Global Ottawa AIDS Link), qui réunit des membres de la collectivité, des fournisseurs de services et des universitaires et a pour objectif de renforcer les capacités de la collectivité locale afin qu'elle soit en mesure de répondre aux besoins des groupes

ethnoculturels et ethnoraciaux en ce qui a trait à la prévention du VIH/sida et aux soins dans ce domaine. Dans le cadre du projet GOAL, notre équipe souhaite étudier l'influence de la race, de la culture et du genre sur la santé de la population en regard du VIH/sida, de même que les stratégies employées par les collectivités afin de bâtir et de partager les connaissances à ce sujet. Nous commencerons toutefois par réaliser une série de consultations approfondies au sein de la collectivité, ce qui nous permettra de rédiger un plan de recherche plus précis et d'établir les mécanismes de participation collective que nous emploierons.

Durée : avril 2005 – mars 2006

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida – Général – Subvention catalyseur

Référence : base de données des IRSC

Sujet : genre

Projet R35

Caractéristiques sanitaires et sociales des consommatrices de crack de Victoria

Chercheuse principale : Michelle A. Coghlan, Université de Victoria (Colombie-Britannique)

Résumé : S'inscrivant dans le contexte de l'usage illicite de drogues en milieu urbain au Canada, la consommation de cocaïne épurée (crack) est un problème de santé publique négligé quoique d'une pertinence grandissante. La consommation de cette drogue a en effet augmenté de façon spectaculaire dans les villes canadiennes, et Victoria se trouve au sommet de la liste en ce qui concerne le taux de prévalence. L'un des aspects clés du problème est l'adoption par les utilisateurs de crack de comportements sexuels à haut risque (p. ex. travail du sexe), qui accroît le risque de contracter des agents infectieux, dont le virus de l'hépatite C (VHC) et le VIH. Les femmes utilisatrices de crack forment une population caractérisée par des risques pour la santé amplifiés en raison d'une dynamique des rapports de genre menant à la marginalisation. Les femmes qui consomment du crack et qui travaillent dans l'industrie du sexe risquent davantage d'avoir une mauvaise santé non seulement

en raison de leur toxicomanie et des facteurs liés à la santé physique, sexuelle et génésique, mais aussi parce qu'elles sont plus exposées aux agressions, à la marginalisation, à la criminalisation et à l'exclusion des services sanitaires et sociaux habituels. Très peu de données ont été compilées au sujet de la dynamique et des conséquences nocives du travail du sexe et de l'utilisation de crack chez les femmes au Canada; ces connaissances sont cependant nécessaires à la mise sur pied d'interventions ciblées. À l'aide de stratégies de recherche quantitatives et qualitatives, nous chercherons donc à déterminer la dynamique et les caractéristiques principales particulières liées à l'adoption de comportements présentant un risque sur les plans sanitaire, social, sexuel et de la consommation de drogues chez les utilisatrices de crack de Victoria. Puisque nous nous concentrerons sur les femmes et étudierons aussi les comportements et contextes ayant un effet protecteur, nos travaux contribueront à l'accroissement des connaissances sur les comportements à risque et les contextes de prise de risque. Ces connaissances sont essentielles à la planification d'interventions fondées sur les besoins et à l'amélioration de la santé de cette population à haut risque.

Durée : septembre 2006 – août 2009

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – Toxicomanie et abus de substances – Bourse de recherche au doctorat

Référence : base de données des IRSC

Sujet : facteurs de risque du VIH

Projet R36

Expériences du VIH/sida chez les femmes de l'Alberta originaires de pays où le VIH est endémique

Chercheuse principale : Aniela M. Dela Cruz, Université de l'Alberta

Résumé : Dans le cadre de la présente étude, nous souhaitons explorer et comprendre les expériences vécues par les femmes infectées par le VIH qui habitent en Alberta et sont originaires de pays de l'Afrique subsaharienne où le VIH est endémique. Nous voulons comprendre les réactions des femmes à l'égard de leur diagnostic, de leur traitement et du soutien offert par

leur collectivité, de même que les effets de l'infection par le VIH sur leurs relations sociales et familiales. De nombreuses femmes originaires de pays de l'Afrique subsaharienne vivent et travaillent en Alberta et pourraient être infectées par le VIH ou être touchées par cette réalité. La littérature ne comporte en ce moment que relativement peu d'études portant sur le VIH/sida chez les personnes qui immigreront au Canada en provenance de l'Afrique subsaharienne. Même si les données indiquent actuellement une augmentation des résultats positifs aux tests de dépistage du VIH et une hausse des diagnostics de sida chez les Canadiens originaires de cette région du globe, nous connaissons mal les facteurs contextuels qui contribuent au problème et les expériences vécues par les femmes séropositives habitant à l'extérieur des grandes villes. En 2005, il était possible de recenser quinze études et rapports traitant du VIH/sida chez les Canadiens originaires de l'Afrique ou des Pays des Caraïbes; cependant, toutes les populations étudiées habitaient dans l'Est du pays et dans de grands centres métropolitains, comme Toronto et Montréal. De plus, aucune étude en cours ou terminée n'explore ou ne décrit les expériences vécues par les Albertaines originaires de pays de l'Afrique subsaharienne qui sont infectées par le VIH ou touchées par cette réalité.

Durée : mai 2007 – avril 2010

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida – Général – Bourse de recherche au doctorat

Référence : IRSC

Sujet : pays où le VIH est endémique (Alberta)

Projet R37

VIH/sida, santé maternelle et maternité : comportements liés à la santé, incidences sur l'élaboration de programmes et constructions narratives

Chercheuse principale : Pamela J. Downe, Université de la Saskatchewan

Résumé : Dans le cadre de ce projet de recherche communautaire d'une durée de trois ans, nous relèverons et analyserons les interrelations entre l'expérience de la maternité et le virus de

l'immunodéficience humaine/le syndrome d'immunodéficience acquise (VIH/sida). En 2006, l'organisme AIDS Saskatoon a constaté que les mères représentaient une clientèle grandissante et importante, mais qu'aucun programme ne leur était expressément destiné. Une collaboration de vingt et un mois en milieu communautaire entre dix-sept organismes et un groupe de chercheurs universitaires a permis d'établir les trois objectifs de recherche suivants : 1) examiner l'interrelation entre la maternité et le VIH/sida, 2) évaluer l'effet de la maternité sur les comportements liés à la santé chez les femmes bénéficiant des services de AIDS Saskatoon, et 3) déterminer les ressources nécessaires et renforcer les capacités dans le but d'améliorer les services liés au VIH/sida ciblés par les participants de l'étude. Ce projet de recherche participative sera réalisé selon une approche narrative en collaboration avec AIDS Saskatoon et un comité consultatif formé de 14 membres provenant de la collectivité; des femmes autochtones et non autochtones ayant déclaré être mères participeront à deux séries d'entrevues, à un projet photo, à une analyse de la programmation en deux étapes et à des groupes de discussion. Comme les taux croissants de VIH/sida chez les femmes sont principalement observés chez celles qui sont en âge de procréer et comme moins de 4 % des organismes faisant partie de la Société canadienne du sida offrent des programmes en santé mère-enfant, notre projet aura des répercussions importantes sur la santé et le bien-être des mères autochtones et non autochtones qui vivent avec le VIH/sida, y sont vulnérables ou sont touchées par cette réalité.

Durée : avril 2008 – mars 2011

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida – Général – Subvention de fonctionnement

Référence : base de données des IRSC

Sujet : femmes vivant avec le VIH, santé mère-enfant

Projet R38

Séropositivité féminine et décisions en matière de reproduction : facteurs sociaux et psychologiques et incidence sur la prestation de soins de santé

Chercheuse principale : Anne Wagner, Université Ryerson

Résumé : non accessible

Durée : septembre 2008 – août 2009

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – Bourse d'études supérieures du Canada Frederick Banting et Charles Best – Bourse à la maîtrise

Référence : base de données des IRSC

Sujet : femmes vivant avec le VIH

Projet R39

Prévention du VIH au Canada : synthèse méta-ethnographique des connaissances actuelles

Chercheuse principale : Dre Jacqueline Gahagan, Université Dalhousie (Halifax)

Co-chercheur principal : Dr Randy Jackson

Co-chercheurs : Dr Barry Adam, Dre Margaret Dykeman, Dre Judith Mill, Dre Tracey Prentice

Résumé : Au cours des 25 dernières années, au Canada, les chercheurs, les décideurs et les organismes non gouvernementaux ont considérablement accru notre compréhension des effets du VIH/sida et notre capacité d'y faire face, et ce, par le biais d'efforts de recherche qualitative, particulièrement. Cependant, les conclusions tirées de ces recherches n'ont jusqu'à présent jamais été intégrées dans une synthèse cohérente, qui pourrait jouer un rôle important dans le développement futur des connaissances et faciliter l'utilisation des résultats de recherche dans l'élaboration de politiques et de mesures de prévention du VIH. Nous souhaitons donc réaliser une synthèse des connaissances dans le cadre de laquelle nous effectuerons un retour systématique sur les études qualitatives publiées traitant des systèmes de santé permettant la prévention du VIH et comparerons leurs effets chez certaines populations. Notre objectif principal est de guider la prise de décisions fondées sur des preuves scientifiques dans trois grands secteurs; dans cette perspective, nous chercherons à : 1) évaluer de manière comparative les connaissances acquises dans

le cadre de recherches qualitatives au sujet a) de la prévention du VIH chez certains groupes précis touchés par le VIH/sida au Canada et b) des lacunes à combler en termes de connaissance des besoins en matière de prévention; 2) fournir de l'information et des recommandations utiles au sujet de l'efficacité des initiatives de prévention, dans les cas où les conclusions des études ne seraient pas intégrées de manière optimale aux travaux d'élaboration de politiques entrepris à l'échelle provinciale ou fédérale ou aux travaux de mise en œuvre entrepris par les organismes locaux, et 3) améliorer l'efficacité et l'efficience des recherches futures en ce qui concerne les domaines de recherche et le rôle joué par les chercheurs. Afin de remplir ces objectifs de recherche, notre équipe souhaite employer une méthode de recherche participative fondée sur la méta-ethnographie dans la réalisation d'une synthèse systématique structurée qui comprendra une sélection des travaux de recherche pertinents, une évaluation de la qualité de ces études en vue de leur inclusion dans une synthèse des travaux portant sur la prévention du VIH et une analyse principale réalisée selon les principes de la méta-ethnographie en adoptant à la fois une perspective de genre et une perspective propre à la recherche auprès des Autochtones.

Durée : février 2008 – janvier 2009

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – Subvention sur la synthèse des connaissances

Référence : <http://www.hivresearch.ca/index.asp?navid=17&csid1=2168>

Sujet : perspectives fondées sur le genre, femmes autochtones et femmes non autochtones

Projet R40

VIH, comportements à risque et obstacles à la prévention et au traitement chez les femmes autochtones travaillant dans l'industrie du sexe pour assurer leur survie

Chercheuse principale : Kate Shannon, Université de la Colombie-Britannique

Résumé : Les femmes du Downtown Eastside de Vancouver (DTES) travaillant dans l'industrie du sexe afin d'assurer leur survie sont particulièrement

marginalisées en plus d'être confrontées à de nombreux facteurs augmentant leur vulnérabilité, dont la violence, les agressions et une plus grande prédisposition à subir des préjudices liés à des comportements sexuels à risque élevé ou à la consommation de drogues. De plus, la nature illégale et clandestine du travail du sexe dans les villes canadiennes repousse toujours davantage les femmes vivant dans la rue vers les marges de la société, ce qui réduit leur accès aux services de santé. Bien que les Autochtones ne représentent que 2,8 % de la population totale du Canada et environ 4 à 5 % de la population de la Colombie-Britannique, plus de 50 % des travailleuses du sexe du DTES sont des femmes d'origine autochtone. Nous souhaitons donc effectuer une série de consultations dans la communauté entrecoupées d'activités axées sur la participation active des pairs afin d'explorer la dynamique des comportements présentant un risque de transmission du VIH chez les travailleuses du sexe de même que les obstacles à la prévention et au traitement particuliers aux femmes autochtones et de guider la conception d'un modèle de prévention du VIH et de soins à cet égard. En raison de la nature oppressive des études réalisées auprès de cette population par le passé, nous adopterons une approche collaborative et participative et établirons un partenariat avec une halte-accueil en milieu urbain afin de permettre aux travailleuses du sexe de s'exprimer librement sur le sujet de la prévention et du traitement de l'infection par le VIH. Le contexte social dans lequel ces femmes vivent dresse de nombreux obstacles qui les exposent à un risque accru de contracter le VIH; ces obstacles comprennent le pouvoir exercé par les proxénètes, les clients et les partenaires sexuels dans la négociation de l'adoption de pratiques sexuelles sans risque, le cycle de la dépendance et du sexe de survie, la violence et les agressions sexuelles, la pauvreté profondément enracinée et le haut taux de mobilité entre les réserves et le DTES. À l'aide de techniques de cartographie sociale, de groupes de discussion et d'entrevues structurées, nous explorerons les comportements présentant un risque de transmission du VIH et les

obstacles rencontrés en abordant les thèmes clés de la mobilité, de la violence et de la toxicomanie. L'approche participative adoptée mettant à contribution les pairs à tous les niveaux favorisera le renforcement des capacités ainsi que l'appropriation du projet et la prise d'initiatives par la collectivité.

Durée : septembre 2005 – août 2008

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida – Autochtone – Bourse de recherche au doctorat

Référence : IRSC

Sujet : travailleuses du sexe autochtones, sexe de survie (DTES)

Projet R41

VIH, infections transmises sexuellement et travail dans les salons de massage : analyse des réseaux sociaux et modélisation mathématique visant à évaluer le potentiel de transmission des infections

Chercheuse principale : Valencia Remple, Université de la Colombie-Britannique

Résumé : Les femmes travaillant dans les salons de massage prennent part à des activités sexuelles rémunérées et pourraient donc être à risque de contracter le VIH ou d'autres infections transmises sexuellement (ITS). La présente étude vise à mettre en application deux méthodes de recherche relativement récentes, à savoir l'analyse des réseaux sociaux (ARS) et la modélisation mathématique, afin d'évaluer le risque de contracter le VIH ou une ITS auprès de ce groupe vulnérable et difficile à joindre. L'ARS et la modélisation mathématique peuvent aussi être utilisées afin de cibler les groupes ou individus à risque importants et faire partie d'une stratégie de planification et d'évaluation de programmes de prévention et de traitement. Notre étude sera réalisée en partenariat avec des groupes de la collectivité offrant des services d'information aux travailleuses du sexe, et des femmes ayant déjà travaillé dans des salons de massage seront engagées et formées en tant qu'assistantes de recherche. Des entrevues en profondeur nous permettront de recueillir des données démographiques et des renseignements sur les

comportements sexuels, les antécédents en matière d'ITS, les partenaires sexuels et les réseaux sexuels de femmes travaillant dans des salons de massage de la région du Lower Mainland, en Colombie-Britannique; de plus, des analyses sanguines et des analyses d'urine seront effectuées afin de dépister le VIH et l'infection à *Chlamydia*, respectivement. Notre étude sera la première à être axée sur la santé sexuelle de cette population et sur les risques auxquels elle est exposée, et elle permettra aux fournisseurs de soins de santé de mettre sur pied des programmes de prévention et des interventions liés au VIH et aux ITS qui soient ciblés et adaptés aux réalités socioculturelles.

Durée : janvier 2004 – décembre 2004, mars 2005 – février 2007

Subvention : Michael Smith Foundation for Health Research, Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – Recherche sur les services de santé et la santé des populations – Bourse de recherche au doctorat des IRSC (VIH/sida)

Référence : <http://www.hivresearch.ca/index.asp?navid=17&csid1=784>

Sujet : travailleuses du sexe (C.-B.)

Projet R42

Effet des traitements antirétroviraux sur la santé et le bien-être des personnes atteintes du VIH/sida

Chercheur principal : Dr Robert S. Hogg, Centre d'excellence de la Colombie-Britannique sur le VIH/sida

Co-chercheurs : Dr Thomas Kerr, Dr Julio Montaner, Dr Evan Wood

Résumé : Notre objectif principal est de constituer une nouvelle cohorte en population de 500 hommes et femmes séropositifs recevant un traitement antirétroviral dans le cadre du BC HIV/AIDS Drug Treatment Program. Nous étudierons l'effet des soins de santé complémentaires (traitement à la méthadone, programme MAT/DOT (*Maximally Assisted Therapy/ Directly Observed Therapy*), suivi par un médecin, supervision par un pharmacien et services de lutte contre la toxicomanie, par exemple) et des services auxiliaires (numération des lymphocytes CD4 et analyse de la charge virale trimestriels et tests de résistance aux

médicaments effectués au besoin) sur l'observance du traitement antirétroviral et ses résultats.

Durée : juillet 2006 – mars 2009

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – Renforcement des capacités grâce à un rehaussement des subventions fonctionnement relatives au VIH/sida

Référence : <http://www.hivresearch.ca/index.asp?navid=17&csid1=1810>

Sujet : hommes et femmes vivant avec le VIH (résultats présentés selon le genre)

Projet R43

Répercussions des décisions stratégiques et des modèles de prestation de services sur la prévention du VIH/sida : assurer l'exhaustivité et l'accessibilité des services pour les adolescentes

Chercheuse principale : Charlene Cook, Université de Toronto

Résumé : non accessible

Durée : janvier 2006 – janvier 2009

Subvention : Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH)

Référence : <http://www.hivresearch.ca/index.asp?navid=18&csid1=1560>

Sujet : jeunes femmes (politique en matière de santé des femmes)

Projet R44

Répercussions de l'isolement social et de l'oppression sur la santé des hommes transsexuels

Chercheur principal : Marcus S. Greatheart, Université de la Colombie-Britannique

Résumé : non accessible

Durée : septembre 2008 – août 2009

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – Bourse d'études supérieures du Canada Frederick Banting et Charles Best – Bourse à la maîtrise

Référence : base de données des IRSC

Sujet : transsexualité

Projet R45

Amélioration de l'accès à un programme de traitement prophylactique post-exposition (PPE) contre le VIH en situation d'agression sexuelle : appliquer les preuves scientifiques afin de promouvoir une pratique normalisée en matière de soins

Chercheuse principale : Dre Sheila Macdonald, Réseau ontarien des centres de traitement en cas d'agression sexuelle ou de violence familiale

Co-chercheuse principale : Dre Mona Rafik Loufty (article publié en 2008)

Résumé : Les victimes d'agression sexuelle de l'Ontario peuvent s'adresser à un réseau de 34 centres spécialisés de traitement en cas d'agression sexuelle ou de violence familiale (CTAS) situés en milieu hospitalier partout dans la province afin de recevoir des soins et un traitement. En 2003 – 2005, une étude a été réalisée dans 24 des 34 CTAS de l'Ontario dans le but de mettre sur pied et d'évaluer un programme regroupant service-conseil et soins prophylactiques post-exposition au VIH créé à l'intention des victimes d'agression sexuelle; pour des raisons variées, 10 CTAS n'ont pas participé à cette étude. En novembre 2005, les conclusions tirées de l'étude seront présentées à titre de recommandations au Conseil ontarien des services de santé pour les femmes. Ces recommandations sur la structure à donner au programme afin qu'il réponde de manière optimale aux besoins rencontrés dans les CTAS de l'Ontario devraient ouvrir la voie à un financement soutenu de la part du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Nous souhaitons réaliser un projet d'application des connaissances afin d'assurer une accessibilité égale au programme en Ontario; dans le cadre de notre projet, nous chercherons à 1) assurer l'échange de connaissances relatives au programme entre les CTAS l'ayant mis en œuvre et les CTAS n'ayant pas participé à l'étude, et 2) concevoir des stratégies permettant de surmonter les obstacles à la mise en œuvre du programme et au maintien de l'offre de services. Cette intégration des preuves scientifiques aux soins de santé offerts aux victimes d'agression sexuelle en Ontario nous permettra de participer à l'amélioration du système de santé de la province en assurant un

plus grand accès à un programme de prévention du VIH post-exposition destiné aux victimes d'agression sexuelle.

Durée : février 2006 – janvier 2007

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – Des connaissances à la pratique (CAP), Phase 1 : Subventions de développement favorisant l'interaction chercheurs-utilisateurs à l'échelon local

Référence : <http://www.hivresearch.ca/index.asp?navid=18&csid1=666>

Sujet : agression sexuelle (résultats présentés selon le genre; cependant, les femmes représentent 97,1 % de la population à l'étude) (Ontario)

Projet R46

Intervenir AVEC les filles, pour la VIE

Chercheuse principale : Françoise Côté, Université Laval

Résumé : L'organisme communautaire Point de Repères (PdR) vise à faciliter l'accès aux méthodes de prévention du VIH en offrant un service de distribution gratuite de préservatifs et de seringues stériles, entre autres; cependant, il éprouve de la difficulté à joindre certaines clientèles de manière efficace. Les intervenants considèrent que cette situation est loin d'être idéale puisque les personnes qu'ils sont incapables de joindre directement dans le cadre de la distribution ne peuvent pas bénéficier des autres services offerts par l'organisme. À l'heure actuelle, PdR éprouve de la difficulté à desservir la clientèle constituée des utilisatrices de drogues injectables et des prostituées travaillant dans la rue, mais une solution pourrait être apportée à ce problème par l'élaboration d'une stratégie d'intervention assurée par les pairs. La tenue de groupes de discussion réunissant des travailleuses du sexe et des utilisatrices de drogues injectables confirme d'ailleurs que celles-ci seraient intéressées à s'impliquer dans leur collectivité. Le présent projet de recherche aura donc pour objectifs de renforcer les capacités des pairs participant à l'intervention, de les aider à mettre en œuvre des activités de prévention et à évaluer la stratégie d'intervention et ses effets. Dans une perspective

égalitaire, notre équipe de recherche joindra ses forces à celles de femmes et d'intervenants communautaires afin de concevoir une stratégie d'intervention prenant la forme d'un continuum; de cette manière, les membres de la collectivité pourront prendre part aux efforts de prévention de la propagation du VIH, à l'amélioration de leurs conditions de vie et à la redéfinition de leur identité.

Durée : mars 2007 – mars 2010

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida – Général – Subvention de fonctionnement

Référence : IRSC

Sujet : travailleuses du sexe et UDI

Projet R47

Parcours intracellulaire du VIH-1 dans les trophoblastes humains

Chercheuse principale : Sonia Gauthier, Centre hospitalier de l'Université Laval (Québec)

Résumé : La transmission mère-enfant du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) explique la majorité des cas d'infection par le VIH chez les nourrissons. En raison du dépistage du VIH chez les femmes enceintes et de l'administration de médicaments antirétroviraux, le taux de transmission par cette voie a chuté de façon spectaculaire au cours des 10 dernières années. Cependant, les statistiques mondiales demeurent éloquentes : 2,4 millions de femmes enceintes sont infectées par le VIH et 1 600 nourrissons contractent l'infection chaque jour. La transmission mère-enfant peut se produire par voie transplacentaire ou encore par exposition de la peau ou des muqueuses du nourrisson au sang maternel, aux sécrétions vaginales ou au lait maternel et, bien que les mécanismes de transmission in utero soient peu connus, le placenta semble y jouer un rôle. Les trophoblastes dont est constitué le placenta agissent normalement à titre de barrière entre la mère et le fœtus; par contre, le VIH est capable d'infecter ces cellules par différents mécanismes d'endocytose. Dans le cadre de mon projet de doctorat, je chercherai donc à caractériser le ou les

modes exacts d'endocytose du VIH (macropinocytose, endocytose dépendante de la clathrine et/ou endocytose indépendante de la clathrine et des cavéoles), à analyser les étapes du parcours intracellulaire consécutif à l'internalisation et à décrire les mécanismes employés par le VIH pour s'extraire des compartiments endocytaires dans les trophoblastes polarisés. À cette fin, j'infecterai des trophoblastes à l'aide de virions exprimant eGFP-Vpr ou mRFP1-Vpr et je décrirai ensuite les événements observés. Le présent projet de recherche fournira de plus amples renseignements au sujet du trafic intracellulaire et du devenir du VIH dans les trophoblastes polarisés; ces renseignements revêtent une grande importance puisque la barrière formée par les trophoblastes polarisés est la première cible du VIH transmis par le sang de la mère. La compréhension des mécanismes en cause pourrait permettre la mise au point de médicaments moins coûteux prévenant l'infection des trophoblastes par le VIH, et ces médicaments pourraient être utilisés dans les pays en développement.

Durée : avril 2005 – mars 2008

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – Bourse de recherche au doctorat pour recherche biomédicale/clinique VIH/sida

Référence : IRSC

Sujet : transmission verticale (d'intérêt pour le Canada)

Projet R48

Implication de DC-SIGN et DC-SIGNR dans la transmission du VIH-1 de la mère à l'enfant

Chercheuse principale : Geneviève Boily-Larouche

Résumé : Deux millions d'enfants vivent avec le VIH en Afrique subsaharienne, et, dans la majorité des cas, le virus a été transmis de la mère à l'enfant. En l'absence de traitement, le taux de transmission mère-enfant varie entre 15 % et 45 %. Une lectine de type C exprimée à la surface des cellules dendritiques (DC), DC-SIGN, et son homologue DC-SIGNR ont été rapportées comme voie possible d'infection intra-utérine du VIH. La capacité de ces molécules à lier le VIH a mis en lumière leur implication dans la

transmission en cis (macrophages ou DC) et en trans (cellules T) du virus. Cependant, leur fonction de récepteur d'antigène pourrait également jouer un rôle dans l'élimination du virus. Compte tenu de la présence de DC-SIGN/R à l'interface mère-enfant et de leur interaction avec le VIH, les polymorphismes géniques affectant la structure ou l'expression de ces récepteurs pourraient avoir une incidence sur le risque de transmission verticale du VIH. Objectifs : 1) définir l'étendue du polymorphisme des gènes DC-SIGN/R dans la population du Zimbabwe, 2) déterminer l'association entre ces polymorphismes et le risque de transmission verticale du VIH, 3) déterminer l'impact de ces polymorphismes sur la structure et l'expression des récepteurs DC-SIGN/R et enfin, 4) étudier l'impact de ces modifications sur la capacité d'infection par le VIH en cis et en trans ainsi que sur la réponse immune. Nous avons étudié l'étendue du polymorphisme de DC-SIGN/R et identifié de nouveaux variants associés significativement à un risque de transmission verticale du VIH. L'influence des variants sur l'expression et la structure de la protéine sera étudiée. Nos résultats préliminaires nous portent à croire que ces nouveaux variants ont un impact majeur sur la fonction et la régulation des récepteurs DC-SIGN/R et favorisent la transmission du virus. Cette étude apportera une meilleure compréhension des mécanismes impliqués dans la transmission du VIH et pourrait mener au développement de stratégies de prévention innovatrices.

Durée : mai 2008 – avril 2011

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – Bourse d'études supérieures du Canada Frederick Banting et Charles Best – Bourse au doctorat

Référence : base de données des IRSC

Sujet : transmission verticale (d'intérêt pour le Canada)

Projet R49

Favoriser la participation des femmes séropositives de l'Ontario et de leurs fournisseurs de soins de santé à la détermination des besoins et priorités en matière de recherche

Chercheuse principale : Dre Mona Loutfy,
Maple Leaf Medical Clinic

Co-chercheuse principale : Dre Wangari Tharao

Co-chercheuse : Dre Louise Binder, Dr Trevor Hart,
Dre Danielle Layman-Pleet, Dre Lynne Leonard,
Dre Janet Raboud

Résumé : Par le passé, la recherche a été caractérisée par un manque de collaboration et de confiance entre les chercheurs et les groupes communautaires. Il convient donc d'améliorer la communication et d'accroître la participation des membres de la collectivité et des personnes touchées dans la détermination des priorités de recherche. Cette collaboration revêt une importance particulière dans le cas des femmes vivant avec le VIH/sida puisque ces dernières sont constamment sous-représentées dans la prise de décisions et la conception d'études; de plus, la majorité des études réalisées jusqu'à présent ont été effectuées auprès de populations masculines. Dans le cadre du présent projet, nous aurons pour objectifs de déterminer les sujets de recherche présentant un intérêt pour les femmes ontariennes vivant avec le VIH/sida et de favoriser la recherche réalisée conjointement par la collectivité et le milieu universitaire et l'établissement de partenariats dans le transfert et l'échange de connaissances. Nous mettrons sur pied un conseil consultatif communautaire et réaliserons des entrevues, des séances de discussion en groupe et des sondages auprès de femmes séropositives et de leurs fournisseurs de soins de santé afin de recueillir des données qualitatives et quantitatives.

Durée : mars 2007 – septembre 2009

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida – Général – Subvention de fonctionnement

Référence : <http://www.hivresearch.ca/index.asp?navid=17&csid1=2204>

Sujet : femmes vivant avec le VIH (Ontario)

Projet R50

Vivre en marge : analyse interdisciplinaire des déterminants sociaux du VIH/sida et de la santé des femmes

Chercheuse principale : Susan G. Berkhout,
Université de la Colombie-Britannique / BC Centre for Excellence in HIV/AIDS

Résumé : C'est dans le Downtown Eastside de Vancouver que l'on trouve la plus forte prévalence du VIH et les pires résultats pour la santé au Canada, et les travailleuses du sexe de ce quartier font partie des populations les plus à risque de contracter l'infection par le VIH. Le faible succès des programmes de santé publique et des interventions de réduction des méfaits chez les travailleuses du sexe met en lumière les nombreux obstacles auxquels est confrontée cette population sur le plan de l'accès aux soins; ces obstacles comprennent des facteurs socioéconomiques comme la pauvreté et la difficulté à se loger de même que la stigmatisation associée au travail du sexe, la polytoxicomanie et une limitation de l'autonomie et de la capacité à faire ses propres choix. Les mesures de lutte contre la maladie et de réduction des méfaits sont habituellement axées sur la responsabilité individuelle et, souvent, elles ne tiennent pas compte des facteurs qui peuvent augmenter le risque de contracter le VIH et diminuer l'autonomie des femmes du Downtown Eastside. Nous emploierons donc un cadre différent fondé sur les publications contemporaines dans le domaine du féminisme et de la bioéthique et portant sur la notion d'« autonomie relationnelle » afin de caractériser avec davantage de précision le risque de contracter le VIH et d'élaborer des stratégies de prévention et de traitement plus efficaces visant la réduction des comportements présentant un risque de transmission du VIH chez les travailleuses du sexe. Ce modèle tient compte des facteurs socioéconomiques et culturels de même que des relations caractérisant le travail du sexe et l'utilisation de drogues par injection. Les conclusions tirées de notre étude pourront guider l'élaboration de nouvelles stratégies de réduction des méfaits adaptées à cette population, la prise de

décisions éthiques par les chercheurs travaillant auprès de populations vulnérables et les efforts des fournisseurs de soins de santé axés sur l'amélioration de l'autonomie des travailleuses du sexe.

Durée : mars 2005 – février 2011,
janvier 2006 – décembre 2006

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – Bourse de stagiaire de recherche M.D./Ph.D.; Michael Smith Foundation for Health Research

Référence : <http://www.hivresearch.ca/index.asp?navid=18&csid1=404>, <http://www.hivresearch.ca/index.asp?navid=18&csid1=1377>

Sujet : travailleuses du sexe, UDI

Projet R51

Lipodystrophie, stigmatisation et identité : étude sur le processus de transformation identitaire chez les femmes vivant avec le VIH/sida

Chercheuse principale : Marilou Gagnon, Université d'Ottawa

Résumé : La mise au point du traitement antirétroviral hautement actif (TAHA) en 1996 a transformé le pronostic des personnes vivant avec le VIH/sida; en effet, cette innovation thérapeutique a entraîné une chute spectaculaire des taux de morbidité et de mortalité dans la population séropositive. Nous sommes par contre maintenant aux prises avec une nouvelle facette de l'épidémie de VIH en ce qui concerne la prise en charge quotidienne d'une maladie qui impose un lourd fardeau social, psychologique, émotionnel et physique. En effet, la littérature et les données cliniques indiquent que les personnes séropositives sont aux prises avec une nouvelle réalité accablante liée à la chronicité de l'infection par le VIH et à la réémergence de manifestations corporelles de la maladie. Selon des données récentes obtenues dans le cadre d'une étude canadienne, les personnes atteintes du VIH/sida seraient prêtes à retrancher jusqu'à 15 années de leur espérance de vie afin d'éviter les changements corporels entraînés par le TAHA; l'étude fait d'ailleurs état des conséquences d'un processus insidieux lié aux manifestations physiques de la lipodystrophie. Les résultats de plusieurs études transversales indiquent que la

prévalence de la lipodystrophie est très élevée chez les personnes vivant avec le VIH/sida, et qu'elle peut atteindre 80 % au sein de certaines populations. Cependant, peu d'études ont été axées sur le fardeau imposé par ce trouble métabolique sur les plans biophysique, psychologique, émotionnel, sexuel et social. La forte composante sociale de la lipodystrophie a été identifiée dans le cadre d'études qualitatives, et les manifestations morphologiques de ce syndrome donnent lieu à un processus de stigmatisation multidimensionnel. Selon cette dynamique sociale, la lipodystrophie transformerait l'identité des personnes vivant avec le VIH/sida en plus de modifier leur apparence physique; la présente étude, fondée sur les principes de la théorisation ancrée, vise à explorer ce phénomène chez les femmes séropositives. Notre recherche visera principalement à comprendre les expériences vécues par les femmes séropositives atteintes de lipodystrophie et à décrire le processus de transformation identitaire indirectement attribuable au TAHA.

Durée : mai 2007 – avril 2010

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – VIH/sida : Recherche sur les services de santé et la santé des populations – Bourse de recherche au doctorat

Référence : <http://www.hivresearch.ca/index.asp?navid=17&csid1=2167>

Sujet : femmes et hommes vivant avec le VIH (résultats présentés selon le genre; la description vise les femmes)

Projet R52

Initiative MAKKA : prévention et soins liés au VIH à l'intention des femmes travaillant dans l'industrie du sexe pour assurer leur survie

Chercheur principal : Mark W. Tyndall, B.C. Centre for Excellence in HIV/AIDS

Résumé : Les femmes travaillant dans l'industrie du sexe à Vancouver afin d'assurer leur survie sont grandement vulnérables à un large éventail de problèmes de santé aigus et chroniques, dont le VIH/sida; de plus, nombre d'entre elles sont confrontées à la pauvreté, à l'itinérance, à la dépendance aux drogues

et à la violence. Les interventions liées à la santé habituelles se sont jusqu'à présent montrées peu efficaces auprès des travailleuses du sexe, qui, selon certaines estimations prudentes, seraient plus de 1 000 dans le Downtown Eastside (DTES) seulement; de ce nombre, 25 % sont séropositives. Afin d'améliorer la qualité et l'espérance de vie et de réduire la transmission du VIH dans cette population, il est impératif de mettre au point de nouvelles méthodes communautaires de prévention et de traitement du VIH à l'intention des femmes. Dans le cadre du présent projet, nous effectuerons une série de consultations dans la collectivité entrecoupées d'activités favorisant la participation active, et nous favoriserons le développement de compétences liées à la recherche communautaire en assurant la formation et le soutien d'une équipe de pairs chercheurs. Nous emploierons des techniques de cartographie sociale, des groupes de discussion et l'enquête MAKa sur la santé des femmes dans le but d'élaborer un cadre de prévention et de soins liés au VIH ciblant les travailleuses du sexe.

Durée : avril 2005 – mars 2008

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida – Général – Subvention de fonctionnement

Référence : IRSC

Sujet : travailleuses du sexe, sexe de survie (DTES)

Projet R53

Expériences de maternité et traitements antirétroviraux parmi des femmes vivant avec le VIH/sida d'origine autochtone, haïtienne, africaine et québécoise

Chercheuse principale : Isabelle Toupin, Université de Montréal

Résumé : Dans le contexte canadien, et au Québec particulièrement, encore peu d'études ont porté sur les représentations des thérapies antirétrovirales contre le VIH et leur impact sur le quotidien des femmes infectées, encore moins chez celles d'origine africaine, haïtienne et autochtone en contexte migratoire (Gallant, 2000; Lévy et coll., 2000; Rogers et coll., 2000; Sendi et coll. 1999). L'expérience de la maternité,

qui a été peu considérée, semble centrale dans la construction du rapport à l'infection au VIH, de l'adhésion aux traitements et de la prévention secondaire. Compte tenu de la rareté des études portant sur la compréhension des expériences des femmes infectées par le VIH/sida et sous traitements antirétroviraux, notamment dans leur rapport à l'enfant (désir d'enfant, grossesse, accouchement, maternité, transmission verticale), cette étude contribuera à l'avancement des connaissances actuellement limitées. Une fois l'étude complétée, nous serons en mesure de dégager des stratégies de prévention secondaire face au VIH/sida et de mieux saisir les enjeux liés à l'adhésion aux traitements antirétroviraux dans les milieux ethnoculturels ciblés par le projet.

Durée : septembre 2006 – août 2009

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – VIH/sida : Recherche sur les services de santé et la santé des populations – Bourse de recherche au doctorat

Référence : IRSC

Sujet : femmes vivant avec le VIH (Autochtones, pays où le VIH est endémique, maternité, traitement)

Projet R54

Dommages infligés à l'ADN mitochondrial chez les nourrissons exposés in utero aux antirétroviraux ciblant le VIH

Chercheuse principale : Hélène Côté, Université de la Colombie-Britannique

Résumé : Les traitements antirétroviraux ciblant le VIH se sont montrés très efficaces dans la réduction de la transmission mère-enfant du virus; maintenant, lorsque cela est possible, les femmes enceintes séropositives entreprennent un traitement au cours du deuxième ou du troisième trimestre de grossesse, ce qui permet de réduire au minimum la toxicité pour le fœtus en évitant d'exposer celui-ci aux médicaments au cours des premières phases de son développement. Les femmes vivant en Afrique sont sur le point d'avoir accès aux médicaments antirétroviraux à grande échelle, et bon nombre d'entre elles concevront des enfants et

mèneront leur grossesse à terme tout en suivant un traitement. Il est reconnu que les antirétroviraux peuvent infliger des dommages à l'ADN, et particulièrement à l'ADN mitochondrial (ADNmt), qui est nécessaire au processus de production d'énergie de l'organisme. Nous souhaitons donc étudier les effets de l'exposition aux médicaments ciblant le VIH sur l'ADN mitochondrial de nourrissons de femmes séropositives qui ont été exposés dès le début de la grossesse et comparer ces effets à ceux observés chez des nourrissons qui ont été exposés seulement à la fin de la grossesse et chez des nourrissons séronégatifs non exposés aux antirétroviraux (groupe témoin). Nous émettons l'hypothèse que nous observerons davantage de dommages à l'ADN mitochondrial chez les nourrissons exposés au cours des premières phases de leur développement; cependant, à ce jour, les effets à long terme de l'exposition des embryons aux antirétroviraux ciblant le VIH demeurent inconnus. Nos travaux fourniront donc de l'information de première importance qui pourrait influencer le traitement des femmes séropositives enceintes ou en âge de procréer partout dans le monde en ce qui concerne le choix des médicaments à employer et du moment auquel débiter le traitement.

Durée : avril 2006 – mars 2009

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – Subvention de fonctionnement

Référence : IRSC

Sujet : transmission verticale, traitement

Projet R55

HARSAH, FSF et réseaux sexuels à Winnipeg, au Manitoba : exploration de la modification de la dynamique des réseaux et du risque de contracter le VIH

Chercheuse principale : Dre Stephanie S. Harvard, Université du Manitoba

Résumé : non accessible

Durée : septembre 2006 – août 2008

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida – Général – Bourse à la maîtrise

Référence : <http://www.hivresearch.ca/index.asp?navid=17&cscid=1809>

Sujet : FSF (comparaison établie avec les HARSAH) (Manitoba, Winnipeg)

Projet R56

Application des politiques internationales en matière de santé à l'échelon local : l'allaitement et les femmes séropositives à Vancouver, au Canada

Chercheuse principale : Françoise Guigné, Université Simon Fraser (Vancouver)

Résumé : Les recommandations relatives à la méthode d'alimentation infantile à favoriser chez les femmes séropositives font encore l'objet d'un débat. Certaines études indiquent que le traitement antirétroviral réduit au moins des deux tiers, environ, la transmission du VIH par allaitement maternel, en diminuant la concentration du virus dans le sang de la mère. Cependant, les politiques de santé du Canada recommandent fortement d'éviter l'allaitement maternel peu importe la charge virale observée chez la femme après l'accouchement et de plutôt favoriser l'alimentation de substitution à l'aide de préparation commerciale pour nourrissons. Cette mesure pourrait éliminer le risque de transmission du VIH, mais l'alimentation de substitution est-elle l'option présentant la plus grande innocuité et la meilleure rentabilité?

Durée : janvier 2007 – décembre 2007

Subvention : Michael Smith Foundation for Health Research

Référence : <http://www.msfhr.org>

Sujet : mères séropositives et allaitement (Vancouver)

Projet R57

Ontario Women's Study – Opinion des femmes au sujet de la prévention du VIH et influence sur l'élaboration de politiques et de programmes

Chercheuse principale : Dre Lynne Leonard, Université d'Ottawa

Résumé : Une analyse thématique de quatre consultations effectuées auprès de groupes distincts de femmes issues de la collectivité nous a permis de relever de nombreux obstacles à la prévention efficace du VIH. Les thèmes récurrents comprenaient, entre

autres, le manque d'accès à l'information et la désinformation, la stigmatisation et la discrimination, la pression sociale, le manque de services sociaux et de services de santé adaptés, l'abus, les préoccupations au sujet du dépistage du VIH et la difficulté à négocier l'adoption de pratiques sexuelles sans risque. Un bon nombre des expériences signalées variaient selon le statut social et démographique des participantes. Ainsi, les femmes venant des régions du Nord considéraient que les services étaient mal adaptés à leurs besoins, les femmes autochtones mentionnaient le manque de connaissance des remèdes traditionnels chez les médecins et les femmes hispanophones, la difficulté à rencontrer un médecin parlant espagnol ou à bénéficier des services d'un interprète. Ces constats font ressortir la nécessité de tenir compte des différentes réalités particulières aux femmes dans la conception de programmes de prévention au lieu de percevoir les femmes comme un groupe distinct et homogène de personnes vulnérables. Dans le cadre de notre projet, nous chercherons à déterminer comment améliorer les programmes de prévention du VIH destinés aux femmes vivant en Ontario. En 2004, des fournisseurs de services de l'Ontario et des chercheurs ont commencé à discuter de la nécessité de réaliser une étude communautaire afin de permettre aux femmes de faire part de leurs besoins en matière de prévention du VIH. Ils étaient préoccupés par la quasi-absence de données sur le sujet des femmes et de la prévention du VIH au Canada, de même que par la tendance à percevoir les femmes comme un seul groupe distinct sans tenir compte de la diversité de leurs réalités et des besoins en matière de prévention du VIH qui en découlent. L'équipe de recherche en prévention du VIH de l'Université d'Ottawa a alors été invitée à participer à la conception de cette étude; elle a ensuite réussi à obtenir une subvention de développement d'équipes des IRSC, qui lui a permis de s'entretenir avec des fournisseurs de services de partout dans la province. Notre équipe a répertorié 16 groupes distincts de femmes ayant des besoins particuliers en matière de prévention du VIH; nous avons aussi été en mesure de cibler des fournisseurs de services clés et des

chercheurs travaillant auprès de chacun des groupes de femmes à risque et de les faire participer activement. Nous sommes maintenant prêts à entreprendre la prochaine étape du projet, dans le cadre de laquelle nous tiendrons des groupes de discussion auprès des différentes populations de femmes de l'Ontario. Nos objectifs principaux seront de réunir des données sur la compréhension des voies de transmission du VIH de même que sur les facteurs sociaux, structureaux, raciaux et économiques et les facteurs liés au genre influençant l'adoption de comportements à risque par les femmes, de déterminer les pratiques exemplaires à adopter en matière de prévention du VIH au sein de chaque population de femmes et de partager ces connaissances avec les décideurs de tous les paliers de gouvernement afin de guider l'élaboration de politiques et de programmes de prévention du VIH améliorés destinés aux femmes de l'Ontario et du Canada.

Durée : avril 2008 – mars 2010; 2009-2011

Subvention : Réseau ontarien de traitement du VIH

Référence : <http://www.hivresearch.ca/index.asp?navid=17&csid1=2322>

Sujet : genre, études féministes (Ontario)

Projet R58

Élaboration de stratégies efficaces de traitement à base d'antirétroviraux à l'intention des populations vulnérables du Downtown Eastside de Vancouver : étude fondée sur les principes de la modélisation mathématique

Chercheuse principale : Kathleen N. Deering, Université de la Colombie-Britannique

Résumé : L'étude sera réalisée auprès d'une cohorte de travailleuses du sexe (TS) du Downtown Eastside de Vancouver (DTES); nous souhaitons 1) comprendre la dynamique de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) par voie sexuelle et par le biais de la consommation de drogues par injection et 2) déterminer les stratégies de traitement permettant un accès optimal aux traitements antirétroviraux hautement actifs (TAHA). Nous chercherons à répondre aux questions suivantes :

1) quelles sont les caractéristiques de la population des TS qui favorisent l'épidémie de VIH, et 2) quelles sont les stratégies de traitement les plus appropriées à la population du DTES de Vancouver en matière de TAHA? Les résultats que nous obtiendrons permettront d'affecter les ressources de santé publique peu nombreuses en vue d'obtenir la plus grande réduction possible de la gravité de l'épidémie de VIH dans le DTES, et ils guideront l'élaboration de politiques liées au VIH/sida à Vancouver et dans d'autres régions semblables.

Méthode : nous emploierons des modèles mathématiques de la dynamique de transmission tenant compte de la biologie de l'infection et des caractéristiques de la population étudiée (sur les plans comportemental et démographique) et décrivant la propagation de l'infection dans le temps afin de comparer les stratégies de traitement (TAHA) en fonction de différentes hypothèses touchant la réduction de la transmission, la modification des comportements à risque de même que l'adhésion au TAHA et son observance. Un ensemble d'études ayant actuellement cours (menées par le Centre d'excellence de la Colombie-Britannique sur le VIH/sida) fourniront des données solides que nous utiliserons afin de paramétrer et de construire les modèles. Nous emploierons ensuite des méthodes statistiques multivariées qui nous permettront de comprendre quels paramètres revêtent la plus grande importance et d'expliquer l'hétérogénéité des résultats obtenus à partir des modèles. Résultats du projet : les données suivantes seront recueillies à partir des simulations mathématiques dans le but d'évaluer les stratégies de traitement selon différents facteurs leur étant liés (c.-à-d. effet potentiel 5, 10 et 15 ans après l'introduction du TAHA par rapport à l'absence de TAHA) : incidence des cas de résistance au TAHA, nombre de nouvelles infections évitées (acquisition et transmission), modifications de la prévalence de l'infection par le VIH. Les résultats de notre analyse fourniront des recommandations sur le plan du traitement et des soins liés au VIH qui permettront de tirer le meilleur parti possible du TAHA chez les groupes les plus marginalisés du DTES, et, à plus grande échelle, du Canada.

Durée : mai 2008 – avril 2011

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – VIH/sida : Recherche sur les services de santé et la santé des populations – Bourse de recherche au doctorat

Référence : base de données des IRSC

Sujet : traitement, travailleuses du sexe

Projet R59

Déterminants physiopathologiques de l'élimination des médicaments : effet des complications obstétriques sur les transporteurs placentaires et sur l'exposition du fœtus aux médicaments

Chercheuse principale : Micheline R. Piquette-Miller, Université de Toronto

Résumé : Le traitement de l'infection par le VIH chez les femmes enceintes implique l'utilisation de médicaments antirétroviraux puissants prévenant la progression de l'infection chez la mère et la transmission verticale au nouveau-né. Bien que le traitement antirétroviral soit considéré comme nécessaire, peu de données ont jusqu'à présent été recueillies au sujet de l'élimination des antirétroviraux chez les femmes enceintes et leur fœtus; pourtant, ces renseignements revêtent une importance critique car les concentrations efficaces essentielles au maintien de la santé de la mère pourraient causer du tort au fœtus. Le placenta agit à titre de barrière protégeant le fœtus; plusieurs transporteurs de cassette de liaison à l'ATP (protéines ABC) sont en effet fortement exprimés dans le placenta, et il a été établi qu'ils réduisent le passage de nombreux agents antirétroviraux dans le sang du fœtus, régulant ainsi l'exposition fœtale à ces médicaments. Des études menées dans notre laboratoire ont révélé que la réponse inflammatoire caractérisant de nombreuses maladies réduit l'expression et l'activité des protéines ABC présentes dans de nombreux tissus dont le placenta. L'infection maternelle de même que de nombreuses complications obstétriques fréquentes (p. ex. diabète gestationnel) sont associées à une réponse inflammatoire; or, on ne connaît pratiquement pas leurs répercussions sur la régulation et l'activité des transporteurs d'efflux placentaires. C'est pourquoi la

présente étude vise avant tout à explorer l'influence des complications obstétriques de prévalence élevée sur les protéines ABC et à déterminer comment les changements observés peuvent influencer sur le transfert placentaire des médicaments antirétroviraux administrés aux femmes enceintes et sur l'exposition du fœtus à ces médicaments. À ces fins, nous étudierons l'expression des protéines ABC dans des tissus placentaires prélevés chez des femmes de même que dans des modèles animaux présentant ces complications obstétriques; nous utiliserons aussi des modèles animaux afin d'étudier l'élimination des antirétroviraux chez la mère et le fœtus. Les résultats obtenus permettront aux professionnels de la santé de déterminer de manière judicieuse les médicaments et les doses à administrer aux femmes séropositives en cours de grossesse, et ils pourront éventuellement aider à prévenir l'exposition du fœtus à ces médicaments.

Durée : octobre 2005 – septembre 2010

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – Subvention de fonctionnement

Référence : IRSC

Sujet : femmes enceintes séropositives, recherche biomédicale sur le VIH/sida (d'intérêt pour le Canada)

Projet R60

Exposition périnatale aux antirétroviraux chez les nourrissons nés de mères séropositives : évaluation de la toxicité fondée sur la concentration d'ADN mitochondrial et d'acide lactique

Chercheuse principale : Dre Susan King, Hospital for Sick Children (Toronto)

Résumé : Bien que l'administration de traitements antirétroviraux hautement actifs (TAHA) en cours de grossesse ait entraîné une réduction significative du taux de transmission mère-enfant du VIH, beaucoup de questions relatives à l'innocuité du traitement et à ses répercussions potentielles pour le nourrisson séronégatif demeurent sans réponses. Nous emploierons donc une nouvelle méthode de dosage quantitatif de l'ADN mitochondrial (ADNmt) comparée à une étude des signes cliniques et de la concentration veineuse d'acide lactique afin d'évaluer les effets de l'exposition

périnatale aux antirétroviraux chez les nourrissons nés de mères séropositives. Nous croyons que l'exposition périnatale aux ARV présente un risque potentiel de toxicité mitochondriale pour le nourrisson.

Durée : juin 2003 – octobre 2006

Subvention : Réseau ontarien de traitement du VIH

Référence : <http://www.hivresearch.ca/index.asp?navid=18&csid1=1066>

Sujet : transmission verticale (traitement), exposition au traitement

Projet R61

Étude des résultats périnataux auprès d'une cohorte provinciale formée de mères séropositives et de leurs nourrissons

Chercheuse principale : Tessa Chaworth-Musters

Résumé : Chaque année, 2,4 millions de femmes séropositives donnent naissance partout dans le monde. Au Canada, des traitements antirétroviraux hautement actifs (TAHA) de plus en plus complexes sont couramment prescrits aux femmes enceintes afin d'améliorer la santé maternelle et de réduire la transmission du virus aux fœtus; cependant, les complications maternelles et fœtales qui pourraient être attribuables aux antirétroviraux soulèvent certaines inquiétudes. La Oak Tree Clinic, centre de recours provincial de la Colombie-Britannique en matière de soins mère-enfant œuvrant auprès des femmes séropositives et de leurs familles, tient depuis longtemps une base de données périnatales de grande envergure. Nous analyserons, mettrons à jour et enrichirons cette base de données afin d'être en mesure de déterminer les taux de complication des grossesses au cours desquelles il y a eu prise d'un TAHA. Nous ajouterons aussi de nouveaux champs à la base de données en fonction des sujets abordés dans la littérature actuelle, et, dans la mesure du possible, nous comparerons les données recueillies aux données provinciales compilées dans le cadre du BC Reproductive Care Program et utiliserons des modèles statistiques afin de déterminer l'influence potentielle de variables précises sur les résultats. Les conclusions tirées

de notre étude guideront les médecins de Oak Tree dans le traitement des femmes enceintes séropositives et contribueront à améliorer les lignes directrices et les pratiques à l'échelle provinciale et nationale en matière de traitement antirétroviral et de grossesse. Nous avons aussi comme objectif de clarifier certaines incohérences observées dans la littérature; de plus, notre étude pourra entraîner une meilleure connaissance des traitements antirétroviraux optimaux, sûrs, efficaces et non toxiques qui pourront être administrés aux femmes séropositives durant la grossesse.

Durée : janvier 2007 – décembre 2007

Subvention : Michael Smith Foundation for Health Research

Référence : <http://www.msfr.org>

Sujet : femmes enceintes séropositives (effets du traitement) (C.-B.)

Projet R62

Phase II – Soutien à la création de services à l'intention des femmes vivant avec le VIH à Scarborough, East York, York, North York et Etobicoke

Chercheuse principale : Dre Kathryn van der Horden, Casey House

Résumé : non accessible

Durée : septembre 2007 – juillet 2008

Subvention : Réseau ontarien de traitement du VIH

Référence : <http://www.hivresearch.ca/index.asp?navid=17&csid1=2308>

Sujet : soutien des femmes vivant avec le VIH (GTA)

Projet R63

Planification et évaluation de la formation provinciale des intervenants ayant à implanter « Pouvoir partager », un programme à l'intention des femmes vivant avec le VIH

Chercheur principal : Caroline Racicot, Université du Québec à Montréal

Résumé : non accessible

Durée : septembre 2008 – août 2009

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida – Général – Bourse à la maîtrise

Référence : base de données des IRSC

Sujet : femmes vivant avec le VIH (Montréal)

Projet R64

Le projet carte postale : approche fondée sur l'art et portant sur le discours, la théorie et l'humiliation secrète en matière de VIH/sida

Chercheuse principale : Sarah Switzer, Université de Toronto

Résumé : non accessible

Durée : janvier 2007-janvier 2008

Subvention : Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH)

Référence : <http://www.outil.ost.uqam.ca/CRSH/Detail.aspx?Cle=54784&Langue=2>

Sujet : genre, études féministes

Projet R65

Prédicteurs de la pharmacocinétique des antirétroviraux chez les femmes séropositives présentant une suppression de la charge virale attribuable à la polythérapie antirétrovirale

Chercheuse principale : Mona Loutfy, Women's College Hospital (Toronto)

Résumé : Les femmes forment la population à risque de contracter le VIH/sida qui croît le plus rapidement au Canada : aujourd'hui, au pays, environ 20 % des personnes infectées par le VIH sont des femmes. À cette statistique alarmante s'ajoute le fait que les femmes ont jusqu'à présent été sous-représentées dans la recherche, et ce, aussi bien dans les essais cliniques évaluant les traitements à base d'antirétroviraux (ARV) que dans les études portant sur le VIH en général. Certains sujets de recherche liés au VIH chez les femmes en particulier ont jusqu'à présent été sous-évalués, bien qu'ils revêtent une grande importance en ce qui concerne les soins offerts aux femmes et le maintien de leur qualité de vie. Plus précisément, il serait primordial de répondre aux questions suivantes : 1) quelles sont les différences entre les hommes et les femmes sur le plan des besoins en matière de traitement antirétroviral et de la réponse à celui-ci et 2) quels sont les événements indésirables (EI) associés aux ARV observés chez les femmes, et dans quelle mesure

diffèrent-ils de ceux observés chez les hommes? Selon de nombreuses études de petite envergure, les EI seraient plus fréquents chez les femmes séropositives suivant un traitement antirétroviral que chez les hommes. L'apparition de ces EI et leur prise en charge sont actuellement des questions de première importance dans le traitement du VIH. Il est maintenant impératif d'acquérir une compréhension des différences observées chez les femmes séropositives sur le plan des EI, puisque cet aspect n'a jusqu'à présent jamais été étudié auprès d'une cohorte de grande envergure. Par ailleurs, d'autres études ont révélé que les concentrations plasmatiques d'antirétroviraux sont plus élevées chez les femmes, phénomène qui entraîne une augmentation de la toxicité. Nos objectifs seront donc d'établir les paramètres pharmacocinétiques des ARV (C_{\min} et C_{\max}) chez les femmes séropositives et de déterminer s'ils sont plus élevés que les concentrations moyennes présentées dans la littérature et mesurées dans la population générale (principalement constituée d'hommes). Nous souhaitons aussi déterminer si la concentration plasmatique d'ARV (en particulier la C_{\min}) est associée à la masse corporelle chez les femmes et si des concentrations plus élevées (en particulier la C_{\max}) sont associées à une hausse de la fréquence et de la gravité des événements indésirables. La subvention demandée nous permettra de réaliser la plus grande étude à ce jour sur le sujet de la pharmacocinétique des ARV chez les femmes séropositives.

Durée : avril 2006 – mars 2008

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – VIH/sida Financement provisoire – Volet biomédical/clinique

Référence : IRSC

Sujet : femmes vivant avec le VIH, traitement

Projet R66

Comblent les lacunes en matière de prévention du VIH et d'accès aux soins chez les femmes travaillant dans l'industrie du sexe afin d'assurer leur survie

Chercheuse principale : Kate Shannon, Université de la Colombie-Britannique

Résumé : Ce supplément pour l'application des connaissances nous permettra dans le cadre du projet Maka de nous concentrer sur la correction des lacunes en matière de prévention du VIH et d'accès aux soins chez les femmes pratiquant la prostitution de rue. Nous réaliserons principalement des rencontres en groupes de travail qui seront une rare occasion pour les travailleuses du sexe, les organismes communautaires, les décideurs et les chercheurs d'échanger d'une manière qui profite à tous. Les groupes de travail joueront un rôle clé dans la planification de la diffusion des résultats de même que dans la détermination et la rédaction de messages concrets à l'intention des principaux publics cibles (décideurs travaillant à l'élaboration de politiques et de programmes). En matière d'application des connaissances, les stratégies et réalisations principales des groupes de travail seront la création de ressources accessibles fondées sur des messages concrets axés sur l'action (documents imprimés et site Internet interactif) et la mise sur pied d'un forum communautaire, qui sera associé à la tenue d'une soirée de promotion de la santé (*Health Night*) à la halte-accueil WISH. De plus, nous organiserons des ateliers regroupant des pairs pour favoriser la participation active aux groupes de travail des femmes travaillant dans l'industrie du sexe. Notre stratégie d'application des connaissances visera principalement deux groupes clés : les décideurs-gestionnaires (organismes communautaires et autorités sanitaires) et les décideurs participant à l'élaboration de politiques (autant à l'échelon local qu'à l'échelon fédéral). Elle facilitera le dialogue continu avec les travailleuses du sexe, qui influenceront activement sur les changements apportés aux politiques et programmes en plus d'en être les bénéficiaires. Même si notre stratégie d'application des connaissances ne ciblera pas directement la population générale, nous estimons que l'influence que nous exercerons sur les décideurs fédéraux en alimentant les discussions et les débats au sujet des politiques nous permettra de communiquer les résultats de notre recherche à un vaste public.

Durée : janvier 2008 – décembre 2008

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – Subvention pour réunions, planification et dissémination : supplément pour l'application des connaissances

Référence : base de données des IRSC

Sujet : travailleuses du sexe (Vancouver), accès aux soins

Projet R67

Les racines du risque : influence des habitudes sexuelles, de la consommation de drogues et du genre sur le risque de contracter le VIH chez les travailleuses du sexe de Vancouver, en Colombie-Britannique

Chercheuse principale : Dre Treena Orchard, Centre d'excellence de la Colombie-Britannique sur le VIH/sida

Résumé : non accessible

Durée : janvier 2006 – janvier 2008

Subvention : Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH)

Référence : <http://www.hivresearch.ca/index.asp?navid=17&csid1=1566>

Sujet : travailleuses du sexe (Vancouver)

Projet R68

Distinction entre VIH et santé sexuelle et génésique : perception sociale de la citoyenneté sexuelle

Chercheuse principale : Erin Connell, Université Carleton

Résumé : non accessible

Durée : 2005-2006; 2006-2007 (année financière)

Subvention : Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH)

Référence : <http://www.outil.ost.uqam.ca/CRSH/Detail.aspx?Cle=51230&Langue=2>

Sujet : genre (genre non spécifié, mot clé : genre)

Projet R69

Échapper à la violence : étude qualitative sur le rôle de la violence sexuelle dans la vie des femmes autochtones vivant avec le VIH/sida

Chercheur principal : J.K. Barlow, Réseau canadien autochtone du sida (Ottawa)

Résumé : Le Réseau canadien autochtone du sida emploiera une méthodologie visuelle et réalisera des entrevues en profondeur afin de se pencher sur la question de la violence sexuelle dans le contexte de la prestation de services liés au VIH/sida, et ce, dans le but de répondre aux questions de recherche suivantes : 1) À l'aide de moyens visuels, comment les femmes représentent-elles puis interprètent-elles l'effet de la violence sexuelle dans leur vie en lien avec le VIH/sida? La méthodologie visuelle est une approche unique en recherche, qui est souvent utilisée afin d'explorer des questions de nature délicate que les participants pourraient être incapables de verbaliser. 2) Comment le genre, la culture et le statut VIH/sida des femmes autochtones transparaissent-ils lorsqu'elles reçoivent des services? 3) Quels outils ou méthodes propres à leur culture les femmes autochtones vivant avec le VIH/sida emploient-elles pour prendre en charge leur santé? 4) Quelles sont les répercussions sur l'élaboration de politiques et de programmes des questions liées à la violence sexuelle, au genre, à la culture et au VIH/sida?

Durée : avril 2006 – mars 2009

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida – Autochtones – Subvention de fonctionnement

Référence : IRSC

Sujet : femmes autochtones, violence sexuelle

Projet R70

Sexualité, santé publique et citoyenneté

Chercheur principal : Dr Robert R. Lorway, Université McGill (Montréal)

Résumé : non accessible

Durée : janvier 2005 – janvier 2007

Subvention : Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH)

Référence : <http://www.hivresearch.ca/index.asp?navid=18&csid1=1565>

Sujet : lesbianisme, santé génésique féminine

Projet R71

Facteurs sociaux, structureaux et environnementaux modulant l'accès et l'adhésion au traitement antirétroviral chez les femmes séropositives de pays à faible revenu, à revenu intermédiaire et à revenu élevé

Chercheuse principale : Kate Shannon, Université de la Colombie-Britannique

Résumé : En dépit de grands efforts mondiaux visant à freiner l'épidémie de VIH, le nombre de nouveaux cas d'infection par le virus ne cesse d'augmenter, particulièrement chez les femmes, et seulement 30 à 40 % des personnes séropositives remplissant les critères médicaux d'admissibilité au traitement ont actuellement accès aux antirétroviraux (ARV) qui pourraient leur sauver la vie. Les femmes représentent aujourd'hui plus de la moitié des 33 millions de personnes vivant avec le VIH dans le monde, et la « féminisation » de la pandémie de VIH attribuable à la hausse de la susceptibilité à l'infection, autant biologique que sociale, est appuyée par de solides preuves scientifiques. Dans ce contexte, il est primordial sur le plan de la santé publique d'assurer l'accès et l'adhésion des femmes séropositives au traitement antirétroviral. Malheureusement, un nombre croissant de données indiquent que, même lorsque les ARV sont distribués gratuitement, les coûts cachés liés au traitement (déplacements, garde des enfants) sont fortement associés au genre. En outre, en plus des prédicteurs cliniques et comportementaux individuels de l'accès et de l'adhésion au traitement qui ont déjà été répertoriés dans le cadre d'un nombre croissant d'études, il y a maintenant tout lieu de croire que des facteurs sociaux (dynamique de la relation entre partenaires), environnementaux et structureaux (inégalités sur les plans culturel et économique et du genre) connus pour leur rôle dans l'augmentation du risque d'infection par le VIH chez les femmes de milieux défavorisés et de populations marginalisées pourraient aussi participer à la réduction de l'accès et de l'adhésion au traitement antirétroviral. Dans le cadre de notre projet de recherche, nous souhaitons donc associer épidémiologie sociale, cartographie SIG et méthodes qualitatives afin d'examiner les facteurs sociaux,

structureaux et environnementaux qui modulent l'accès et l'adhésion aux programmes de traitement antirétroviral chez les femmes séropositives. Fondée sur les données relatives à trois cohortes séropositives obtenues du Centre d'excellence de la Colombie-Britannique sur le VIH/sida, notre recherche comprendra une analyse comparative de la nature et de la prévalence des obstacles à l'accès et à l'adhésion au traitement antirétroviral rencontrés par les femmes de milieux caractérisés par une faible prévalence ou par des épidémies concentrées (Canada, Argentine) ou généralisées (Afrique du Sud) d'infection par le VIH. Nous estimons être en mesure de contribuer grandement à l'orientation d'interventions communautaires et structurelles fondées sur le genre, qui auront pour effet d'améliorer la santé et la survie des femmes séropositives.

Durée : août 2008 – juillet 2011

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – Bourse de recherche Bisby

Référence : base de données des IRSC

Sujet : femmes vivant avec le VIH (d'intérêt pour le Canada), accès aux soins

Projet R72

Renforcement des approches communautaires en matière de sensibilisation au VIH/sida, de dépistage et de traitement auprès des jeunes inuits du Canada

Chercheuse principale : Dre Jeanette Doucet, Pauktutit Inuit Women of Canada

Co-chercheuses principales : Dre Jacqueline Gahagan, Dre Aideen Reynolds, Dre Audrey Steenbeek

Co-chercheurs : Dr Chris Archibald, Dre Pitsulala Lyta

Résumé : Dans le cadre de ce projet, nous entreprendrons l'analyse de l'interrelation complexe de la culture, de la santé des jeunes et de l'habilitation des femmes en ce qui concerne le risque de contracter le VIH/sida dans les collectivités inuites, et nous déterminerons les priorités de recherche en vue d'une étude pluriannuelle. Il est impératif de dresser un tableau précis de la dynamique et de l'épidémiologie du risque de contracter le VIH chez les Inuits du Canada. En effet, les données actuelles sur le VIH chez

les Inuits sont généralement intégrées aux données autochtones ou même canadiennes, ce qui entraîne une sous-représentation de la réalité des Inuits du Canada. Nous souhaitons contribuer à une meilleure compréhension de cette réalité de même que guider la mise sur pied d'options participatives et communautaires durables qui ouvriront la voie à des interventions en matière de VIH/sida adaptées aux défis posés par la promotion de la santé et la prestation de soins de santé dans les collectivités du Nord. Nous emploierons à ces fins une méthodologie de recherche communautaire prévoyant la participation directe des organismes inuits et des membres de ces collectivités. En raison des obstacles liés à la réalisation d'études auprès de petites collectivités isolées (manque d'anonymat, stigmatisation et discrimination, manque d'accès aux soins en cas de résultat positif, faible nombre d'organismes de services liés au sida dans le Nord), cette méthodologie facilitera aussi le renforcement des capacités des fournisseurs de soins de santé et l'amélioration de l'accès à l'information, au dépistage (test anonyme de dépistage accompagné de counseling pré et post-test), au diagnostic, aux soins, au traitement et au soutien.

Durée : avril 2007 – mars 2008

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida – Autochtones – Subvention catalyseur

Référence : <http://www.hivresearch.ca/index.asp?navid=17&csid=2161>

Sujet : interrelation entre la culture, la santé des jeunes et l'habilitation des femmes en matière de VIH/sida; résultats présentés selon le genre

Projet R73

Étude d'un vaccin à VLP contre le VPH auprès d'une cohorte de filles et de femmes séropositives

Chercheuse principale : Deborah M. Money, Université de la Colombie-Britannique

Résumé : Un vaccin conférant une protection contre le virus du papillome humain (VPH), qui cause les cancers du col utérin et les verrues génitales, a été autorisé

pour la première fois au Canada en 2006. Les femmes séropositives sont plus touchées par l'infection par le VPH que la population générale, et, dans leur cas, l'infection évolue plus rapidement vers un cancer du col utérin. Bien que le vaccin contre le VPH ait fait l'objet de nombreuses études chez les jeunes femmes en santé, son efficacité chez les filles et les femmes séropositives demeure méconnue. Nous souhaitons donc évaluer la réponse au vaccin contre le VPH auprès de cette population, au Canada, afin de recueillir des données importantes sur la réponse immunitaire, les effets secondaires et la protection à long terme contre le VPH. Ces données sont nécessaires à l'élaboration de programmes de vaccination canadiens appropriés, qui seront offerts à ce groupe vulnérable; elles revêtiront aussi une importance particulière dans la mise sur pied de programmes de vaccination dans les pays en développement, où l'infection par le VIH est très répandue. Bien que l'on réussisse au Canada à prévenir la plupart des cancers du col de l'utérus en effectuant un dépistage régulier à l'aide du test Pap, la réalité est tout autre dans les pays en développement, car l'accès au test y est limité. Ce vaccin a donc le potentiel non seulement de prévenir l'infection par le VPH et ses conséquences graves au Canada, mais aussi, à grande échelle, de sauver de nombreuses vies dans les pays en développement, où le cancer du col de l'utérus représente la première cause de décès chez les femmes.

Durée : avril 2008 – mars 2013

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – Subvention de fonctionnement

Référence : base de données des IRSC

Sujet : femmes vivant avec le VIH

Projet R74

Étude des facteurs liés à l'hôte et des déterminants de l'infection par le VIH-1 en cours de grossesse

Chercheur principal : Dr Hugo Soudeyns, Hôpital Sainte-Justine (Montréal)

Résumé : Les femmes vivant avec le VIH sont aux prises avec des défis uniques liés à leur genre, et l'évolution de l'infection par le VIH vers une maladie chronique et cyclique rend nécessaire la compréhension des

facteurs qui leur permettront de participer pleinement à toutes les sphères de la société. Dans le cadre de notre projet de recherche, nous utiliserons des méthodes qualitatives afin de répertorier les facteurs qui favorisent ou entravent la participation des femmes vivant avec le VIH à la société canadienne. Nous réaliserons des entrevues en profondeur auprès de 30 femmes séropositives recrutées dans la collectivité, puis, au cours du processus d'interprétation, nous reverrons les résultats obtenus avec six informateurs clés afin de déterminer comment les conclusions pourraient guider les priorités futures en vue d'améliorer la situation. L'identification des facteurs favorisant et des obstacles à la participation rencontrés par les femmes permettra la mise sur pied de services sanitaires et sociaux adaptés au genre, qui pourront optimiser la participation des femmes à la société.

Durée : avril 2005 – mars 2009

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – Subvention de fonctionnement – Annonce de priorités : Initiative de recherche sur le VIH/sida – Recherche biomédicale et clinique

Référence : <http://www.hivresearch.ca/index.asp?navid=18&csid1=834>

Sujet : femmes vivant avec le VIH (grossesse)

Projet R75

Enquête sur le désir d'avoir des enfants et les besoins des femmes séropositives de l'Ontario en âge de procréer

Chercheuse principale : Dre Mona Loutfy, Maple Leaf Medical Clinic (Toronto)

Co-chercheuse : Dre Gina Ogilvie

Résumé : non accessible

Durée : mars 2006 – mars 2008

Subvention : Fondation canadienne de recherche sur le sida

Référence : <http://www.hivresearch.ca/index.asp?navid=17&csid1=1764>

Sujet : femmes vivant avec le VIH (fertilité, âge de procréer) (Ontario)

Projet R76

Capacité de survie et besoins perçus en matière de soins de santé chez les travailleuses du sexe qui s'injectent des drogues

Chercheuse principale : Victoria A. Bungay, Université de la Colombie-Britannique

Résumé : Ce projet de recherche nous permettra d'étudier les comportements liés à la santé et la capacité de survie des travailleuses du sexe du Downtown Eastside de Vancouver qui s'injectent des drogues. Ces femmes sont exposées à un risque élevé de contracter le VIH/sida, d'être victimes de violence, de décéder des suites d'une surdose et de présenter de nombreux autres problèmes de santé. Or, jusqu'à présent, les programmes visant la réduction de ces risques (application plus stricte de la loi et échange de seringues, par exemple) n'ont connu qu'un succès mitigé. Les facteurs suivants pourraient expliquer les échecs :

1) les femmes n'ont pas été consultées au sujet de leurs besoins en matière de services de santé au cours du processus décisionnel, et 2) les programmes ont été axés sur les comportements à risque qu'elles adoptent plutôt que sur les comportements qui leur permettraient d'assurer leur sécurité et de promouvoir leur propre santé. Dans le cadre de notre étude qualitative, nous emploierons une approche écologique afin d'explorer les facteurs personnels, organisationnels et sociaux systémiques qui influencent les comportements liés à la santé chez les travailleuses du sexe qui s'injectent des drogues. Nous réaliserons en personne des entrevues en profondeur auprès de 40 travailleuses du sexe du Downtown Eastside de Vancouver de même qu'auprès de 20 infirmières de rue offrant leurs services à cette population. Les deux ensembles de données recueillis nous permettront de comprendre les comportements des femmes liés à la santé et leur perception de leurs propres besoins en matière de promotion de la santé, de même que de comparer ces facteurs avec les services sanitaires et sociaux qui leur sont offerts. Cette compréhension des comportements liés à la santé des travailleuses du sexe qui s'injectent des drogues et des ressources qui leur sont actuellement accessibles pourra

guider l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies améliorées de réduction des méfaits, et, par le fait même, mener à la réduction potentielle de la morbidité et de la mortalité chez la population à l'étude.

Durée : août 2004 – juillet 2007

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – Bourse d'études supérieures du Canada Frederick Banting et Charles Best – Bourse au doctorat

Référence : IRSC

Sujet : UDI, travailleuses du sexe (Vancouver)

Projet R77

Synthèse systématique des preuves scientifiques établissant un lien entre la violence sexuelle et le VIH/sida

Chercheuse principale : Beverley J. Shea, CIET Canada (Ottawa)

Résumé : Malgré l'évolution des connaissances sur le VIH/sida, on en sait toujours peu au sujet de la relation entre l'infection et les interventions de prévention de la violence sexuelle. Les personnes séropositives disent être victimes de violence en raison de leur infection; cependant, jusqu'à présent, aucune synthèse systématique de qualité portant sur le sujet n'a été publiée. Dans le cadre de notre projet, nous 1) procéderons à une synthèse systématique et à une méta-analyse de toutes les études portant sur les interventions de prévention de la violence sexuelle et le VIH/sida, 2) appliquerons les conclusions tirées et élaborerons des recommandations en collaboration avec des décideurs, qui participeront au processus de synthèse, et 3) mettrons au point des outils fondés sur les conclusions applicables à l'élaboration de politiques et à la prévention de première ligne du VIH/sida et de la violence sexuelle. Plan d'étude : le titre de cette synthèse systématique a été enregistré auprès du Review Group on HIV/AIDS de la Collaboration Cochrane. Nous emploierons les méthodes établies par le Cochrane Collaborative Review Group on HIV Infection, qui ont été publiées dans le Cochrane Collaboration Handbook for Systematic Reviews of Interventions, et nous soumettrons un protocole d'étude qui présentera la stratégie de recherche qui

sera employée de même que les sources de données, les critères d'inclusion et d'exclusion et les méthodes d'analyse. Des décideurs de l'Agence de la santé publique du Canada et du Réseau canadien autochtone du sida participeront à toutes les étapes de la synthèse, à commencer par la formulation de la question étudiée. En effet, ils contribueront à la détermination de la forme que prendra la synthèse systématique en conseillant les chercheurs relativement à la pertinence des politiques, aux critères d'inclusion, au contexte politique dans lequel s'inscrit la synthèse et à la priorisation des résultats analysés. Ils participeront aussi à l'interprétation des conclusions applicables en évaluant la force et l'applicabilité des preuves scientifiques de même que les différentes considérations (coûts et pratiques actuelles, par exemple) et en mettant en parallèle les bienfaits de l'intervention par rapport à ses effets négatifs et aux coûts attendus. Enfin, ils élaboreront et mettront en œuvre un plan d'application des connaissances de fin de subvention, qui garantira l'accessibilité et l'utilité des conclusions de la synthèse.

Durée : octobre 2008 – septembre 2009

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – Subvention sur la synthèse des connaissances

Référence : base de données des IRSC

Sujet : violence sexuelle (d'intérêt pour le Canada)

Projet R78

La théorie du comportement planifié : effet des facteurs socioculturels liés au genre sur une intervention de promotion du port du préservatif

Chercheur principal : Jeffrey Eng, Université McMaster

Résumé : non accessible

Durée : 2005-06 (année financière)

Subvention : Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH)

Référence : <http://www.outil.ost.uqam.ca/CRSH/Detail.aspx?Cle=39315&Langue=2>

Sujet : facteurs liés au genre (genre non spécifié)

Projet R79

Tous les goûts sont dans la nature : typologies du travail du sexe, relations intimes et leur effet sur le risque de contracter le VIH chez les travailleuses du sexe du Downtown Eastside de Vancouver

Chercheuse principale : Dre Treena Orchard, Université du Manitoba

Résumé : Les quelque 1 000 travailleuses du sexe du Downtown Eastside de Vancouver (DTES) vivent dans le quartier le plus pauvre du Canada, caractérisé par des conditions de logement déplorables et une prévalence élevée de l'hépatite C et de l'infection par le VIH. Une récente étude menée auprès de 198 travailleuses du sexe du DTES révélait en effet que la prévalence du VIH y est de 26 %, ce qui est alarmant. Bien que la violence, la pauvreté et la marginalisation sociale soient des facteurs de risque reconnus chez les travailleuses du sexe, nous connaissons fort peu deux facteurs qui définissent le travail du sexe et rendent ces femmes vulnérables à l'infection par le VIH, à savoir le type de travail qu'elles exercent et les relations intimes qu'elles nouent avec leurs copains et leurs clients réguliers. Nous chercherons donc à déterminer s'il existe un lien entre certains types particuliers de travail du sexe et les structures relationnelles, lien qui augmenterait le risque de contracter le VIH pour certains groupes de femmes. Notre hypothèse est que les femmes dont le statut de travailleuse du sexe est établi sont plus sujettes à avoir des relations durables et donc à éviter les pratiques sexuelles à haut risque. Nous examinerons comment s'identifient et s'organisent les travailleuses du sexe des différents types et comment elles perçoivent leurs relations intimes et leur donnent un sens, particulièrement en ce qui concerne les questions de la sexualité, de la santé et de la confiance. À ces fins, nous réaliserons des entrevues individuelles et des entrevues en groupes de discussion et emploierons les techniques de la cartographie sociale afin de déterminer les processus sociaux globaux et les déterminants de la santé qui structurent le risque de contracter le VIH chez ces travailleuses du sexe. L'étude de l'organisation sociale du travail du sexe et des relations établies dans ce contexte revêt une

importance critique dans l'amélioration de l'état de santé des femmes et dans l'élaboration de programmes de prévention du VIH adaptés à la population et au genre. En tant que l'une des seules études qualitatives sur le sujet réalisées auprès de travailleuses du sexe canadiennes, notre étude sera utile pour les autres chercheurs, les autorités sanitaires et, par le biais de leur participation, pour les femmes elles-mêmes.

Durée : janvier 2006 – décembre 2006

Subvention : Michael Smith Foundation for Health Research

Référence : <http://www.hivresearch.ca/index.asp?navid=17&csid=1380>

Sujet : travailleuses du sexe (Vancouver)

Projet R80

Forum de recherche sur la prévention du VIH et la vaccination chez les femmes noires de Toronto

Chercheuse principale : Charmaine C. Williams, Université de Toronto

Résumé : Le Forum de recherche sur la prévention du VIH et la vaccination chez les femmes noires de Toronto donnera l'occasion à des chercheurs, à des fournisseurs de services, à des intervenants issus de la collectivité et à des utilisateurs de services de réseauter, de partager leurs connaissances et de mettre au point des stratégies. Le Forum fait suite à la publication des conclusions tirées du projet SMDA (*Sisters, Mothers, Daughters and Aunties*), dans le cadre duquel les facteurs favorisant ou entravant l'utilisation future de vaccins contre le VIH ont été étudiés. Le succès de la vaccination dépend de l'utilisation efficace des mesures existantes de prévention du VIH, qui comprennent la sensibilisation, le dépistage et les pratiques sexuelles sécuritaires. Il faudra donc, pour préparer les femmes noires, renforcer les bienfaits des technologies et des mesures de prévention déjà en place, afin d'aplanir les obstacles à l'utilisation des services existants. Notre projet contribuera à l'atteinte de ces objectifs en diffusant les résultats du projet SMDA et des projets de recherche menés par nos collaborateurs relativement à la stigmatisation liée au VIH et à l'accès aux soins de santé chez les femmes noires. Tout d'abord, nous mettrons à jour le site Internet du projet SMDA afin

d'y présenter les conclusions de l'étude, d'y faire la publicité du Forum et d'assurer l'exactitude des liens dirigeant les visiteurs vers des ressources connexes, de l'information pertinente au sujet des services et des projets de recherche et projets communautaires menés par nos collaborateurs. Ensuite, nous rédigerons des feuillets d'information qui seront distribués dans le cadre du Forum de même qu'aux membres des réseaux des groupes intéressés. Nous y aborderons les sujets suivants : les conclusions de la recherche concernant les facteurs pouvant favoriser ou entraver les mesures de prévention du VIH et la vaccination; les stratégies de sensibilisation visant à lutter contre la stigmatisation et la communication d'informations erronées concernant le VIH; la recherche communautaire sur le VIH (comment et pourquoi y participer et comment joindre les collectivités). Enfin, dans le cadre du Forum, nous réunirons les parties intéressées afin d'élaborer des solutions stratégiques en réponse aux enjeux relevés lors du projet SMDA et d'autres projets, d'établir les priorités des recherches et des interventions communautaires futures, et de créer des liens qui pourront faciliter l'exécution de projets de sensibilisation et de recherche permettant de prévenir efficacement le VIH chez les femmes noires. Nous publierons un résumé des résultats de notre processus sur le site Internet du projet SMDA.

Durée : septembre 2008 – août 2009

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – subvention pour réunions, planification et dissémination : supplément de fin de subvention pour l'application des connaissances

Référence : base de données des IRSC

Sujet : prévention

Projet R81

Connaissances et sentiments : l'engagement personnel dans la difficile transmission du savoir lié au sida

Chercheuse principale : Alyson Hoy, Université de la Colombie-Britannique

Résumé : non accessible

Durée : 2006-2007, 2007-2008 (année financière)

Subvention : Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH)

Référence : <http://www.outil.ost.uqam.ca/CRSH/Detail.aspx?Cle=60626&Langue=2>

Sujet : genre, féminisme

Projet R82

Projet Trans PULSE : exploration de la vulnérabilité au VIH des communautés trans de l'Ontario

Chercheuse principale : Greta R. Bauer

Résumé : Le VIH ne touche pas également tous les groupes; en effet, selon des études réalisées dans toute l'Amérique du Nord, les taux d'infection par le VIH seraient plus élevés que prévu dans les communautés trans. Cette conclusion n'a rien de surprenant, sachant que de nombreuses personnes trans sont victimes de violence et de discrimination en plus d'avoir de la difficulté à satisfaire certains besoins fondamentaux, notamment en matière d'emploi, de soins de santé et d'hébergement. Il est primordial de tenir compte de ces facteurs connexes dans l'étude du VIH chez des groupes marginalisés comme les communautés trans de l'Ontario; c'est pourquoi des membres de ces communautés ont décidé d'entreprendre un projet de recherche communautaire appelé Trans PULSE en collaboration avec des partenaires du Réseau ontarien de traitement du VIH, du Sherbourne Health Centre, du 519 Community Centre, de l'Université de Western Ontario et de TGStation.com. Dans le cadre du projet, nous emploierons des méthodes qualitatives et quantitatives afin d'acquérir la compréhension la plus exhaustive possible du rôle que peut jouer la marginalisation sociale dans la vulnérabilité des communautés trans à l'infection par le VIH, de même que de la manière dont les facteurs sociaux, comme la source et la stabilité du revenu et l'accès aux soins de santé, peuvent influencer la qualité de vie des personnes trans vivant avec le VIH. Trans PULSE comblera un manque flagrant d'information pertinente et reflétera le désir des membres de la communauté d'aborder la question du VIH dans une perspective tenant compte des différents aspects de la vie et des expériences des personnes trans. Le comité de recherche est composé de huit personnes, dont cinq sont trans, qui ont travaillé ensemble à la détermination

des objectifs et de la méthodologie de la recherche ainsi qu'à la mobilisation de la communauté afin de faire en sorte que l'étude réponde aux besoins des communautés trans. Les consultations, qui ont permis aux membres de trois communautés trans de l'Ontario de partager leurs expériences liées à la santé, aux soins et au risque de contracter le VIH, ont grandement contribué à la direction prise par le projet.

Durée : avril 2007 – mars 2010

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida – Général – Subvention de fonctionnement

Référence : Base de données des IRSC

Sujet : transsexualité

Projet R83

Femmes bispirituelles, homophobie et prestation de services liés au VIH/sida

Chercheurs principaux : J. Kevin Barlow et Randy Jackson, Réseau canadien autochtone du sida (Ottawa)

Résumé : En empruntant une approche de recherche communautaire, le Réseau canadien autochtone du sida mènera une étude qualitative sur l'homophobie vécue par les femmes bispirituelles dans le cadre de la prestation de services liés au VIH/sida. Cette étude se fonde sur une enquête que le Réseau a récemment réalisée, qui a mis en lumière la nécessité de se concentrer sur des questions de recherche précises. Nous chercherons donc à répondre aux questions suivantes : 1) D'un point de vue subjectif, comment les femmes bispirituelles vivent-elles les situations où elles sont confrontées à de l'homophobie lorsqu'elles accèdent à des soins? Quelle est leur perception de l'interrelation entre leur statut bispirituel, le VIH/sida et leur identité féminine? 2) Quel est l'effet de l'homophobie et de l'hétérosexisme sur l'accès aux services liés au VIH/sida? En d'autres termes, comment les femmes bispirituelles réagissent-elles et quelles raisons avancent-elles pour justifier leur décision? 3) Quelles sont les pratiques exemplaires et les dispositions prévues par les politiques nécessaires à l'atténuation de l'homophobie vécue par les femmes bispirituelles

accédant aux services? Le respect des principes PCAP sous-jacents à l'étude jouera un rôle essentiel dans la maximisation de tout bénéfice potentiel.

Durée : avril 2006 – mars 2009

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – Programme de recherche communautaire sur le VIH/sida – Autochtones – Subvention de fonctionnement

Référence : IRSC

Sujet : FSF

Projet R84

Compréhension des facteurs favorisant et entravant la participation des femmes vivant avec le VIH

Chercheuse principale : Dre Patricia Ellen Solomon, Université McMaster (Hamilton)

Résumé : Les femmes vivant avec le VIH sont aux prises avec des défis uniques liés à leur genre, et l'évolution de l'infection par le VIH vers une maladie chronique et cyclique rend nécessaire la compréhension des facteurs qui leur permettront de participer pleinement à toutes les sphères de la société. Dans le cadre de notre projet de recherche, nous utiliserons des méthodes qualitatives afin de répertorier les facteurs qui favorisent ou entravent la participation des femmes vivant avec le VIH à la société canadienne. Nous réaliserons des entrevues en profondeur auprès de 30 femmes séropositives recrutées dans la collectivité, puis, au cours du processus d'interprétation, nous reverrons les résultats obtenus avec six informateurs clés afin de déterminer comment les conclusions pourraient guider les priorités futures en vue d'améliorer la situation. L'identification des facteurs favorisant et des obstacles à la participation rencontrés par les femmes permettra la mise sur pied de services sanitaires et sociaux adaptés au genre, qui pourront optimiser la participation des femmes à la société.

Durée : octobre 2004 – septembre 2006

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – Subvention de fonctionnement

Référence : <http://www.hivresearch.ca/index.asp?navid=18&csid1=833>

Sujet : femmes vivant avec le VIH

Projet R85

Compréhension de l'interaction entre les virus transmissibles sexuellement dans les voies génitales féminines

Chercheuse principale : Charu Kaushic, Université McMaster

Résumé : Les infections transmissibles sexuellement (ITS) représentent l'une des causes de morbidité les plus importantes à l'échelle mondiale en plus d'imposer un lourd fardeau aux systèmes de santé des pays en développement et des pays développés. Selon des données cliniques et épidémiologiques, les femmes seraient plus susceptibles de contracter des pathogènes transmissibles sexuellement que les hommes. La conception de vaccins représente la seule solution rentable permettant le contrôle de ces maladies, et, éventuellement, leur éradication. Cependant, les nombreux efforts déployés au cours des deux dernières décennies pour mettre au point des vaccins efficaces contre les ITS (attribuables, notamment, au virus herpès simplex de type 2 (HSV-2), au virus de l'immunodéficience humaine de type 1 (VIH-1) et à *Chlamydia trachomatis*) sont demeurés sans succès. À la fin de 2004, pour la première fois, les données publiées par l'OMS indiquaient que les femmes représentaient à l'échelle mondiale 50 % des cas d'infection par le VIH-1. La première étape de la transmission hétérosexuelle des ITS, à savoir l'interaction initiale entre les pathogènes et les voies génitales féminines, demeure à ce jour largement méconnue. De nombreux facteurs propres aux voies génitales féminines modulent la qualité de la réponse immunitaire dirigée contre ces pathogènes et l'apparition d'une infection locale. Nous nous concentrerons donc, dans le cadre de notre étude, sur la compréhension du microenvironnement des voies génitales féminines et de son interaction avec les virus transmissibles sexuellement et le système immunitaire. Les résultats que nous obtiendrons revêtiront une importance particulière en ce qui concerne la santé génésique des femmes et l'hormonothérapie, et ils pourront guider les stratégies de conception de vaccins contre les ITS.

Durée : septembre 2007 – août 2012

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – Bourse nouveau chercheur pour la recherche biomédicale/clinique sur le VIH/sida

Référence : base de données des IRSC

Sujet : recherche biomédicale sur le VIH/sida (d'intérêt pour le Canada)

Projet R86

Transmission verticale du VIH-1 : entrée et cheminement du virus dans les trophoblastes

Chercheur principal : Michel J. Tremblay

Résumé : Les virus emploient de nombreux processus cellulaires pour infecter les cellules hôtes et s'y répliquer. Jusqu'à présent, on croyait que l'entrée du VIH-1 dans la cellule devait se produire après fusion avec la membrane plasmique cellulaire pour qu'il y ait infection productive; cependant, des données récentes indiquent que l'infection véritable de la cellule hôte peut, dans certains cas, se produire à la suite de l'entrée du virus par endocytose. À ce sujet, nous avons récemment découvert que, dans les cellules trophoblastiques humaines polarisées, le VIH-1 est retrouvé en majorité dans des vésicules intracellulaires à la suite de son entrée, ce qui laisse croire que l'internalisation du virus se produit principalement par voie endocyttaire dans ces cellules. Dans le cadre du présent projet de recherche, nous souhaitons recueillir davantage de données au sujet des mécanismes par lesquels le VIH-1 pénètre dans les trophoblastes humains polarisés; plus précisément, nous définirons le ou les modes d'endocytose du VIH-1 et analyserons le cheminement intracellulaire du virus à la suite de son internalisation dans ce type de cellules. Notre projet de recherche nous permettra de recueillir des données utiles au sujet de la biologie du VIH-1 dans les trophoblastes retrouvés dans le placenta, qui joueraient un rôle clé dans la transmission mère-enfant du virus.

Durée : mars 2007 – mars 2010

Subvention : Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – Subvention de fonctionnement – Annonce de priorités : Initiative de recherche sur le VIH/sida – Recherche biomédicale et clinique

Référence : base de données des IRSC
Sujet : recherche biomédicale sur le VIH/sida
(d'intérêt pour le Canada)

Projet R87

Les femmes et le VIH au Canada

Chercheuse principale : Janelle Hippe,
Université Queen's

Résumé : non accessible

Durée : 2007 – 2008; 2008 – 2009 (année financière)

Subvention : Conseil de recherches en sciences
humaines du Canada (CRSH)

Référence : <http://www.outil.ost.uqam.ca/CRSH/Detail.aspx?Cle=54495&Langue=2>

Sujet : femmes

ANNEXE C

C

1) Réseaux, coalitions et organes consultatifs au service de populations précises

National

- Plan intégral d'action sur le VIH et les femmes au Canada (Blueprint for Action on Women & Girls and HIV and AIDS in Canada)
- Réseau canadien autochtone du sida (RCAS) - Voices of Women (VOW)
- Réseau canadien pour la santé des femmes (RCSF)
- Centres d'excellence pour la santé des femmes
- Service correctionnel du Canada - Stratégie de lutte contre les maladies infectieuses pour les délinquantes
- Centre d'excellence de la Colombie-Britannique pour la santé des femmes - Women-Centred Harm Reduction: Gendering the National Framework et Coalescing on Women and Substance Use

Colombie-Britannique

- Coalition nationale canadienne des femmes expérientielles (CNCFE)
- Prostitutes Empowerment Education and Resources Society (PEERS)
- Positive Women's Network - (PWN)
- West Coast Cooperative of Sex Industry Professionals de Vancouver (WCCSIP)

Québec

- Stella, l'amie de Maimie

Ontario

- Postes de coordonnateurs du développement communautaire dans des communautés clés partout en Ontario
- Maggie's Toronto - The Toronto's Prostitutes' Community Project

- Ontario HIV Pregnancy Planning Initiative
- Ontario Aboriginal HIV/AIDS Strategy
- Prostitué(es) d'Ottawa/Gatineau travaillent, éduquent et résistent (POWER)
- Programme dépistage prénatal du VIH
- Groupe de travail sur les femmes et le VIH/sida (Women and HIV/AIDS Working Group)
- Initiative sur les femmes et le VIH/sida, y compris l'instauration d'une communauté de femmes vivant avec le VIH/sida

Atlantique

- Le AIDS Committee of Newfoundland and Labrador, Oxfam, la Coalition interagence sida et développement (CISD), l'Agence canadienne de développement international (ACDI), et le Zimbabwe/Lesotho
- Conseil consultatif de la situation de la femme
- *Sex Trade Action Committee*
- *Stepping Stones*

2) Organisations participant à la mise en œuvre de programmes et de projets de durée limitée (2006-2009) pour lutter contre le VIH/sida chez les Canadiennes

Note : Les numéros de projet suivis d'un astérisque (*) désignent, entre autres, des projets concernant les femmes dans une plus grande zone d'intervention desservie; tous les autres projets s'adressent aux femmes en particulier.

National

Battlefords Family Health Centre

- **Projet W1 (*) :** *Circle of Change: Reducing Harm* — Ce projet propose aux femmes autochtones à haut risque un groupe de soutien de type « porte ouverte » centré sur la réduction des méfaits liés à l'utilisation de drogue par injection (UDI) et la santé sexuelle.

Réseau canadien autochtone du sida

(<http://www.caan.ca>)

- **Projet W2 (*)** : *Culturally Appropriate Harm Reduction Program Development: Four Best Practice Approaches to Reducing Harm Associated with Injection Drug Use (and Other Substances) in Aboriginal Communities* — Ce projet concerne en partie les femmes autochtones et la réduction des méfaits. Il a pour objectif de mettre en œuvre des pratiques exemplaires visant à réduire les méfaits liés à l'utilisation de drogues par injection au sein des communautés autochtones.

Service correctionnel du Canada

(<http://www.csc-scc.gc.ca>)

- **Projet W3** : Programme d'intervention pour délinquantes toxicomanes — Il s'agit d'un programme global orienté sur d'autres aspects de la vie des femmes, notamment les questions touchant la sexualité, les antécédents d'abus, les difficultés relationnelles avec des partenaires sexuels, etc.
- **Projet W4** : Programmes pour les survivantes de traumatismes et d'actes de violence — Ce projet porte sur les femmes incarcérées ayant survécu à de la violence et à des traumatismes familiaux, ou encore, à de la violence infligée par un partenaire intime.
- **Projet W5** : Séances de soutien et d'éducation sur le VIH/sida tenues par un groupe de prisonnières d'une prison fédérale pour femmes — Ce groupe formé à l'Edmonton Institution for Women offre du soutien aux femmes incarcérées sur le VIH/sida, l'hépatite C et sur la réduction des méfaits.

Healing Our Nations, Non-reserve Fund

(<http://www.hon93.ca>)

- **Projet W6 (*)** : *Finding Our Voices* — Le projet vise en partie à planifier et à donner des séances de sensibilisation sur le VIH/sida axées principalement sur les problèmes auxquels font face les femmes.

Ka Ni Kanichihk (les meneurs)

(<http://www.kanikanichihk.ca>)

- **Projet W7** : *Aboriginal Women Responding to AIDS Crisis (AWRAC)* — Ce projet est centré sur les femmes autochtones.

Foyer pour femmes autochtones de Montréal

(<http://www.nwsm.info>)

- **Projet W8** : Projet de réduction de méfaits — Ce projet est centré sur les femmes autochtones.

Colombie-Britannique**AIDS Network Kootenay Outreach and Support**

Society (ANKORS) (<http://www.ankors.bc.ca>)

- **Projet W9** : *Girl Power* — Cet atelier examine les liens entre le VIH et les activités à risque/la faible estime de soi des femmes. Il porte principalement sur l'image corporelle des femmes et sur sa représentation dans les médias. On y examine les stratégies d'autovalorisation des femmes.

AIDS Vancouver, Positive Women's Network

(<http://www.pwn.bc.ca>) et clinique **Oak Tree**

- **Projet W10** : *Sahwanya Community Kitchen* — Le projet porte sur les Africaines positives au VIH.

Projet Asian Society for the Intervention of AIDS

(<http://www.asia.bc.ca>)

- **Projet W11** : *Projet ORCHID : Outreach and Research in Community Health Initiatives and Development* — Ce projet est axé sur les travailleuses du sexe asiatiques embauchées dans des studios de massage et dans des agences d'escortes à Vancouver et dans tout le Lower Mainland.

Downtown Eastside Women's Centre

(<http://www.dewc.ca>)

- **Projet W12** : *HIV and Harm Reduction* — Ce projet vise à offrir du soutien aux femmes touchées par l'infection à VIH et le sida en leur donnant accès à des ressources communautaires, à des services médicaux et à des stratégies de réduction des méfaits.

Dr. Peter AIDS Foundation

(<http://www.drpeter.org/home>)

- **Projet W13** : Ce projet vise à élaborer et à développer les programmes de sensibilisation et d'accès de l'agence qui s'adressent aux femmes vivant avec le VIH/sida dans le Lower Mainland (Colombie-Britannique).

Healing Our Spirit (<http://www.healingourspirit.org>)

- **Projet W14** : *Around the kitchen table* — Ce projet donne aux femmes autochtones, principalement celles qui vivent dans des communautés éloignées, des moyens pour lutter contre la propagation du VIH/sida grâce à la réintégration de leurs rôles traditionnels et à leur participation à un réseau communautaire de soutien et d'éducation.

Interior Indian Friendship Society

- **Projet W15** : *Rights of Passage* — Ce projet s'adresse aux jeunes femmes autochtones.

Ministry of Public Safety and Solicitor General, Corrections Branch (<http://www.pssg.gov.bc.ca/corrections/index.htm>)

- **Projet W16** : Partenariat entre une université et une prison provinciale pour femmes : projet participatif de recherche-action à l'intention des détenues — Il s'agit d'un projet réalisé à l'initiative des pairs dans le cadre duquel sont déterminés les problèmes de santé préoccupants au sein du système carcéral, notamment l'accès à des soins de santé en prison et les problèmes touchant les nouvelles prisonnières et celles qui sont libérées.

National Congress of Black Women Foundation

- **Projet W17** : *Peer-based outreach* — Ce projet permet de distribuer du matériel de prévention aux femmes noires et de mettre un groupe de soutien à la disposition des femmes noires touchées par le VIH/sida (portée locale).

PHS Community Services Society (partenariat avec le gouvernement de la Colombie-Britannique, Santé Canada et la Vancouver Coastal Health) (http://www2.news.gov.bc.ca/news_releases_2005-2009/2009HSD0016-000153.htm)

- **Projet W18** : *The Rainier Hotel* — Dans le cadre de ce projet, un service d'hébergement sans drogue ni alcool est offert aux femmes en période de désintoxication. Un total de vingt lits seront réservés à d'anciennes travailleuses du sexe qui se sont inscrites elles-mêmes ou qui nous ont été adressées par le biais de leur propre programme de désintoxication.

Positive Women's Network et YouthCo

(<http://www.pwn.bc.ca/>)

- **Projet W19** : *Support Program for HIV-Positive Women* (PWN).
- **Projet W20** : *Women's Initiatives for Support and Education* (WISE) - (PWN et YouthCo).
- **Projet W21** : *Positive Players: Sexual Health for Women in their Middle Years* (PWN).

Women's Information Safe House (WISH) Drop-In Centre Society (<http://www.wish-vancouver.net>)

- **Projet W22** : *HIV/AIDS and Survival Sex Worker Project* (travailleuses du sexe).
- **Projet W23** : Modèle de prévention contre l'infection à VIH réalisé à l'initiative des pairs, mobile et fondé sur les travailleuses du sexe de la rue (en attente d'approbation).
- **Projet W24** : *MAKA Project*.

Vancouver Coastal Health (<http://www.vch.ca>)

- **Projet W25** : *Sheway: A Community project for women and children* — Ce projet, qui est établi dans l'est du centre-ville de Vancouver, offre des services de soutien social et de santé aux femmes enceintes et aux mères qui font face à des problèmes de drogues et d'alcool. Ce projet a pour but d'aider les femmes à vivre une grossesse saine et des expériences positives tôt dans leur nouveau rôle de parent.

Vancouver Native Health Society

(<http://www.vnhs.net>)

- **Projet W26** : *Positive Women, Positive Spaces: A Community-Based Initiative to Address HIV/AIDS for Urban Aboriginal Women* — Ce projet vise à lancer un projet pilote portant sur les liens entre la violence et le risque de contracter une infection à VIH chez les femmes autochtones vivant dans l'est du centre-ville de Vancouver. Dans le cadre de ce projet, une clinique de nuit pour femmes seulement sera mise sur pied et évaluée.

Groupe de femmes VANDU (Vancouver Area Network of Drug Users) (<http://www.vandu.org>)

- **Projet W27** : *Women Care* — Ce projet porte sur les femmes vulnérables (c'est-à-dire les travailleuses du sexe de la rue qui s'injectent des drogues).

YouthCo (<http://www.youthco.org>)

- **Projet W28** : *WISER* — Ce projet porte sur l'amélioration des aptitudes à la vie quotidienne et à l'emploi des jeunes femmes infectées par le VIH/sida.

(En Colombie-Britannique, les Provincial Health Services Authorities ont conçu une agence (B.C. Women's Hospital and Health Centre) s'adressant principalement aux femmes, à leurs enfants et à leur famille. Certains programmes sont consacrés exclusivement aux femmes vivant avec le VIH/sida.)

Nord

(Aucun projet pour les femmes n'a été trouvé)

Alberta

Calgary Birth Control Association

- **Projet W29** : *Sexual Self-Esteem as a HIV Prevention Tool* — Ce projet vise à donner aux femmes les moyens nécessaires pour qu'elles puissent faire des choix positifs de manière à réduire le risque de transmission du VIH.

Calgary Immigrant Women's Association

(<http://www.ciwa-online.com>)

- **Projet W30** : *I CARE - Immigrant Community AIDS Resources and Education*.

Central Alberta Immigrant Women's Association

(<http://www.caiwa.ca>)

- **Projet W31** : *HIV Prevention Programs for Immigrant and Refugee in Red Deer*.

Multicultural Health Brokers Co-operative Ltd.

(<http://www.mchb.org/OldWebsite2008/default.htm>)

- **Projet W32** : *Prevention Messages for Immigrants and Refugees* - Edmonton.

Shift Calgary (<http://www.shiftcalgary.org>)

- **Projet W33** : Shift Calgary offre des services de soutien, de sensibilisation, d'éducation, d'assistance juridique et de consultation aux personnes qui se livrent ou qui se sont livrées au commerce du sexe. Ces services utilisent une approche fondée sur la réduction des méfaits.

Saskatchewan/Manitoba

AIDS Programs South Saskatchewan

(<http://www.aidsprogramssouthsask.com/home.html>)

- **Projet W34** : Programme *Ribbons of Hope* — Ce programme a été conçu pour aider les femmes à mieux se prendre en main et à attacher plus d'importance à elles-mêmes et à leur famille. Il vise également à leur donner les moyens nécessaires pour assurer la réussite de leur transition, de même que pour les aider à développer des habiletés d'adaptation et à adopter une attitude positive.
- **Projet W35** : *Sisters Connect* — Groupe de soutien / cafés-rencontres hebdomadaires pour les femmes vivant avec le VIH/sida (ou celles qui sont susceptibles d'être infectées).

All Nations Hope AIDS Network (ANHAN)

(<http://www.allnationshope.ca>)

- **Projet W36** : *Voices of Women (VOW)* — Ce projet porte sur les questions liées au VIH/sida et touchant les femmes autochtones.

Kali-Shiva Society, Inc.

- **Projet W37** : *Positive Women Communicating for Change* — Ce projet vise les femmes vivant avec le VIH/sida.

Ontario**ACCESS – Le réseau du sida (anciennement appelé ACCESS - Comité sur le sida de Sudbury)**

- **Projet W38** (*) : *Programme Community Education and Prevention* — Ce projet vise en partie à développer les connaissances sur l'infection à VIH/sida chez les femmes.

Africans in Partnership against AIDS

(<http://www.apaa.ca>)

- **Projet W39** : *African Women Discussion Network (African Women Skills Building)* — Il s'agit d'un service de soutien s'adressant à toutes les femmes vivant avec le VIH/sida et s'identifiant comme des personnes de couleur de diverses communautés. Ce service permet à ces femmes de suivre des formations sur le développement d'habiletés d'adaptation au VIH/sida, d'obtenir du soutien personnel, d'échanger de l'information et des expériences avec d'autres femmes et d'obtenir des services de consultation. (Ce projet est conçu conjointement avec les organismes suivants : *Voices of Positive Women*, *Black CAP* et *Women's Health in Women's Hands*).
- **Projet W40** : *African, Caribbean and Continental African Youth and Family Support* — Dans le cadre de ce projet, les jeunes femmes de 16 à 18 ans et les femmes adultes ont accès à une formation sur les saines pratiques sexuelles adaptée à leur culture et dans un milieu positif pour les personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH/sida), de même que pour leurs partenaires, leur famille et leurs amis.

- **Projet W41** : *ProjectM! The Muslim Girls Project* — Dans le cadre de ce projet, la communauté musulmane de Toronto est invitée à se pencher sur des questions sexospécifiques relatives au VIH/sida.
- **Projet W42** : *The Health Promotion and Skills Development Project for African and Caribbean Women living with HIV/AIDS* — Ce projet vise à promouvoir la santé et le bien-être des Africaines et des Caribéennes vivant avec le VIH/sida et à favoriser le développement de compétences grâce à un accès accru à l'information et aux services appropriés.
- **Projet W43** : *Community Kitchen* — Dans le cadre de ce projet, les femmes se réunissent une fois par mois pour partager de la nourriture, discuter, raconter des histoires et échanger des renseignements sur des questions relatives au VIH/sida et à la santé sexuelle et génésique des femmes. Il s'agit d'un programme de partenariat offert conjointement par l'APAA, l'ACT, Black CAP et Voices of Positive Women.

AIDS Committee of Durham Region

(<http://www.aidsdurham.com>)

- **Projet W44** : *Positive Living: Long-Term Survivor Health Promotion Resource Development & Training Project* — Ce projet a pour objet de permettre aux femmes d'origine africaines positives pour le VIH et vivant dans le Lower Mainland de s'entraider dans un cadre de repas communautaires et de séances de soutien mutuel. Ces femmes peuvent ainsi s'échanger de l'information sur le VIH/sida dans un milieu favorable pour développer leurs connaissances et leurs capacités de manière à répondre à leurs besoins en matière de soins de santé.

AIDS Committee of Toronto (ACT)

(<http://www.actoronto.org>)

- **Projet W45** (*) : *Positive Youth Outreach* : Promotion de la santé et sensibilisation auprès des jeunes positifs pour le VIH — Dans le cadre de ce projet, des groupes de soutien de type « portes ouvertes » s'adressant aux femmes se réunissent tous les mois.

- **Projet W46 (*)** : *Health Promotion for People Living with HIV/AIDS* — Ce projet vise, en partie, à développer les capacités des personnes qui vivent avec le VIH/sida pour améliorer leur santé et leur mieux-être.
- **Projet W47** : *Treatment Options and Wellness Retreat* — Ce projet, élaboré en partenariat avec *Voices of Positive Women*, vise à mettre en œuvre, en 2007, un programme offrant des options de traitement et des séjours de repos (*Treatment Options and Wellness Retreat*) aux femmes positives pour le VIH dans tout l'Ontario.

AIDS Support Chatham-Kent

(<http://www.aidswindsor.org/cms>)

- **Projet W48 (*)** : *Prevention Education and Outreach* — Ce projet vise en partie à offrir des services communautaires sur le terrain aux femmes travaillant dans l'industrie du sexe.

AIDS Thunder Bay (<http://www.gsk.ca/english/html/community/2008-program-recipients.html>)

- **Projet W49** : *Women HIV/AIDS: Safety, Sex and STIs* — Ce projet a pour objet d'offrir une formation à des femmes vivant avec le VIH/sida afin qu'elles puissent faire de la prévention contre le VIH/sida et les infections transmissibles sexuellement (ITS) auprès de femmes à risque de Thunder Bay qui n'ont pas accès à ces services autrement, de même que leur fournir de l'information sur les risques d'infection et les traitements.

Alliance for South Asian AIDS Prevention

(<http://www.asaap.ca>)

- **Projet W50** : *Desi Women HIV/AIDS Prevention Project* — Ce projet porte principalement sur l'éducation préventive concernant le VIH auprès des femmes de l'Asie du Sud âgées de 25 à 55 ans.

Asian Community AIDS Services (<http://www.acas.org>)

- **Projet W51** : *Asian Women-at-Risk Education and Outreach Project* — Ce projet a pour but de faciliter davantage l'accès des femmes transgenres et des Canadiennes d'origine asiatique à des services et à des messages de prévention du VIH et des ITS et de sensibilisation à la santé sexuelle.

Black Coalition for AIDS Prevention

(<http://www.black-cap.com>)

- **Projet W52 (*)** : *AIDS Prevention* — Ce projet vise en partie à concevoir et à publier un document de référence à l'intention des femmes nouvellement diagnostiquées.

East York and East Toronto Family Resources Organization (<http://www.eyetfrp.ca>)

- **Projet W53** : *AWARE* : programme d'éducation sur le sida pour les femmes

Elizabeth Fry Society of Toronto

(<http://www.efrytoronto.org>)

- **Projet W54** : *Work Safe*: programme de soutien et de prévention du VIH/sida, de l'hépatite C et des ITS offert aux travailleuses du sexe — Ce projet porte sur les obstacles bloquant l'accès aux services de santé appropriés et pertinents, notamment à l'information sur le VIH/sida, auxquels font face les travailleuses du sexe.

Ethiopian Association – Régions du Grand Toronto et les environs (<http://www.ethiocommun.org/health/index.html>)

- **Projet W55 (*)** : *Ethiopian Association HIV/AIDS Prevention Project* — Ce projet vise en partie à lancer une deuxième campagne de sensibilisation s'adressant aux femmes en particulier.

EVA's Satellite et EVA's Initiatives (http://www.evasinitiatives.com/PDF/Evas_AR_2008.pdf)

- **Projet W56 : Young Women's Health Sexuality Project** — Ce projet vise à offrir des ateliers et des groupes de discussion s'adressant à au moins 50 jeunes femmes.

MAGGIE's - The Toronto Prostitute Community Service Project (<http://maggiestoronto.ca/services>)

- **Projet W57 : Aboriginal Sex Worker Outreach and Education Project** — Ce projet a pour but d'offrir aux travailleuses du sexe d'origine autochtone des programmes de soutien et de prévention particuliers.

Ontario Aboriginal HIV/AIDS Strategy (<http://www.oahas.org>)

- **Projet W58** : La stratégie consistait à élaborer une brochure traitant de la réduction des méfaits chez les femmes autochtones.

Ontario Federation of Indian Friendship Centres (<http://www.ofifc.org>)

- **Projet W59 : Awakening the Spirit** — Ce projet permet aux médecins et aux professionnels de la santé de mieux comprendre l'histoire de la colonisation des Autochtones, les points de vue des Autochtones en matière de santé, de bien-être et de spiritualité, ainsi que sur la réduction des méfaits, en regard des femmes autochtones à risque et vivant avec le VIH/sida et/ou l'hépatite C et d'autres ITS.

Prisoners' HIV/AIDS Support Action Network (<http://www.pasan.org>)

- **Projet W60** : Programme offert aux femmes — Ce programme offre des services d'éducation et de prévention du VIH/sida, des services de soutien, de même que des services de planification des libérations et de gestion des cas adaptés aux besoins des femmes incarcérées et des femmes récemment libérées.

Centre de santé communautaire Côte-de-Sable (<http://www.sandyhillchc.on.ca>)

- **Projet W61** : Programme Oasis - centre d'accueil pour femmes — Ce programme vise à offrir du soutien médical et social aux femmes à risque ou vivant avec le VIH et l'hépatite C; il s'adresse seulement aux femmes qui consomment des drogues et aux travailleuses du sexe.

Somali Immigrant AID Organization (<http://www.webhome.idirect.com/~siao>)

- **Projet W62 (*) : AIDS Prevention: Community Voice** — L'un des principaux objectifs de ce projet consiste à offrir quatre ateliers sur le VIH/sida : deux ateliers s'adressant aux jeunes femmes somaliennes de 15 à 24 ans, et les deux autres, aux Somaliennes de 25 ans et plus.

South Riverdale Community Health Centre (<http://www.srchc.ca/node/170>)

- **Projet W63: Women's Harm Reduction** — Ce projet vise les femmes qui font usage de drogues illicites et/ou qui travaillent dans le commerce du sexe. Ce programme vise à prendre en compte ces défis et à concevoir des programmes de soutien adaptés.

Programme Le Vivoir, Le comité du sida d'Ottawa (http://www.aco-cso.ca/AfricanCaribbean_Brochure.pdf)

- **Projet W64 : African-Caribbean Women's Group in Ottawa** — Les Africaines et les Caribéennes d'Ottawa vivant avec le VIH/sida ont besoin d'un endroit spécial où elles peuvent se réunir pour échanger leurs expériences de vie avec le VIH/sida, s'aider et s'encourager mutuellement et s'échanger de l'information et des ressources. Les Africaines et les Caribéennes vivant avec le VIH/sida peuvent participer à ce groupe une fois par semaine dans le cadre du programme Le Vivoir.

The Teresa Group (<http://www.teresagroup.ca>)

- **Projet W65** : services de soutien, de financement et de consultation — Ce projet a pour but d'offrir des services de soutien, de financement et de consultation.
- **Projet W66** : *The infant formula program* — Ce projet vise à fournir gratuitement une préparation pour nourrissons aux nouvelles mères positives pour le VIH.

Toronto Hospital for Sick Children

(<http://www.sickkids.ca>)

- **Projet W67** : *Motherisk Program* — Dans le cadre de ce programme élargi, les femmes peuvent obtenir gratuitement des services de consultation confidentielle sur les risques d'infection à VIH et du traitement du VIH pendant la grossesse.

Voices of Positive Women (<http://www.vopw.org>)

- **Projet W68** : *Peer Network Community Collaboration Program* — Ce projet offre des ateliers de renforcement des capacités aux fournisseurs de services et aux femmes positives pour le VIH; des réseaux de mentorat par les pairs et de discussion avec les pairs sont aussi offerts aux femmes infectées par le VIH pour leur permettre d'obtenir du soutien et de l'information. Ces femmes ont également accès à des programmes mis en œuvre conjointement avec des partenaires de communautés, de même que des séances de formation à l'intention des mentors pairs. Des publications s'adressant aux femmes positives pour le VIH sont publiées, et des ressources sur le Web sont disponibles.
- **Projet W69** : Programme d'appui communautaire pour la sensibilisation au sida et les services de soutien.
- **Projet W70** : *Community Connections Project* — Ce projet offre aux femmes de la région d'East Scarborough des séances d'information individuelles et confidentielles sur le VIH/sida.

Women's Health in Women's Hands

(<http://www.whiwh.com/index.php>)

- **Projet W71** : *HIV Education, Prevention for African and Caribbean Women*.
- **Projet W72** : *Women's Health in Women's Hands HIV/AIDS Education Program: Sharing our Model of Care*.
- **Projet W73** : *African and Caribbean HIV Community Capacity-Building Project* (portée nationale).
- **Projet W74** : *Negotiating Disclosure: an HIV Serostatus Disclosure Model for African and Caribbean Women* — Ce projet traite du financement prioritaire de la réduction des obstacles structurels en vue d'améliorer l'accès aux services de santé pour les femmes des communautés africaine et caribéenne à risque ou vivant avec le VIH/sida.

Québec

Projet CatWoman (vise à informer les travailleuses du sexe des modes de transmission du VIH et des ITS et à promouvoir des pratiques sexuelles plus sûres (*sécurisexe*); ce projet offre des services d'accompagnement médical, des cliniques de vaccination, des tests de grossesse en clinique et des tests de dépistage d'ITS).

- **Projet W75** : St-Jérôme (Centre Sida Amitié).
- **Projet W76** : Iris Estrie (Sherbrooke).
- **Projet W77** : Valleyfield (PACT de rue).

Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais; Agence de la santé locale

(<http://www.santeoutaouais.qc.ca>)

- **Projet W78** : *Femmes de la rue* — Grâce à ce projet, on s'assure que les travailleurs du sexe ont accès aux ressources appropriées, par exemple, les accompagnateurs qui veillent à ce que les travailleurs du sexe se présentent à leurs rendez-vous et qu'ils aient accès à du matériel d'injection sûr.

Bureau local d'intervention traitant du sida

(<http://www.blits.ca>)

- **Projet W79** : Les femmes face au VIH/sida — Ce projet vise à éduquer les femmes et les adolescentes sur la santé sexuelle et l'adoption de pratiques sexuelles sûres. Il a aussi pour but de former les travailleurs d'organismes pour femmes afin d'améliorer les mesures d'intervention en matière de santé sexuelle auprès de cette clientèle.

CACTUS Montréal (<http://www.cactusmontreal.org>)

- **Projet W80** : Trans-positif : projet de santé communautaire s'adressant aux trans positifs pour le VIH/sida — Ce projet a pour but de prévenir les infections à VIH et à VHC chez les transsexuels et les transgenres, hommes et femmes, plus particulièrement de la région de Montréal, mais aussi d'autres régions du Québec. Des ateliers pédagogiques sur ces infections seront donnés à ce groupe. D'autres ateliers axés sur les expériences réelles vécues par cette population seront donnés à des professionnels de la santé afin d'accroître l'accessibilité à leurs services. Une brochure sera élaborée, puis distribuée au public visé par ce projet.

Centre femmes aux trois A (<http://www.cf3a.ca>)

- **Projet W81** : Les femmes et leur santé sexuelle... vers une prise en charge — Ce projet s'adresse aux femmes victimes de certaines ou toutes les formes de violence, ou encore, à celles qui sont à risque (c.-à-d. refuges). Dans le cadre de ce projet, une série d'ateliers permettent à ces femmes d'acquérir des connaissances et des aptitudes leur permettant de mieux gérer leur bien-être sexuel et d'adopter des pratiques sexuelles plus sûres.
- **Projet W82** : Joue pas avec ma vie — Il s'agit d'un projet de prévention et de sensibilisation aux ITSS. Ce projet n'encourage pas les femmes à pratiquer l'abstinence sexuelle ou des drogues, mais plutôt de se prendre en charge grâce à l'adoption de pratiques plus sûres pour vivre plus sainement.

Le Centre d'action sida Montréal (femmes)

(http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/about/reg_quebec-eng.php#n7)

- **Projet W83** : Projet d'accompagnement et de soutien des personnes réfugiées séropositives — Ce projet de prévention s'adresse aux personnes positives pour le VIH en attente de leur statut de réfugié ou l'ayant déjà obtenu et ayant besoin de soins de soutien particuliers dans divers aspects de leur nouvelle vie au Canada.
- **Projet W84** : Positivement femmes — Ce projet, qui est mené au sein de refuges pour femmes victimes de mauvais traitements à Montréal, offre des services de prévention et de promotion de la santé sexuelle. Les principaux objectifs de ce projet consistent à sensibiliser les femmes victimes de violence aux risques associés aux ITSS, à les aider à développer des aptitudes en communication leur permettant de prendre en charge leur sexualité et de négocier des pratiques sexuelles sans risque.
- **Projet W85** : Femmes + — Rémunération du directeur administratif et d'agents de prévention afin d'offrir des services aux femmes vivant avec le VIH/sida, surtout dans un milieu multiculturel.

Émiss-ère (Équipe multidisciplinaire d'intervention en santé sexuelle) (<http://www.emiss-ere.ca>)

- **Projet W86** : Support, entraide et promotion de la santé sexuelle auprès des travailleuses du sexe — Ce projet vise à donner tous les moyens nécessaires aux travailleuses du sexe pour qu'elles puissent adopter des comportements sûrs et ainsi éviter de contracter le VIH et d'autres infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Des services de soutien, de soins et d'orientation sont offerts dans le cadre de ce projet, qui vise également à créer des milieux favorables grâce à la déstigmatisation des préjugés subsistant au sein de la communauté et du milieu de travail de ces femmes.

- **Projet W87** : Les femmes et leur santé sexuelle — Ce projet a pour but d'aider les femmes à développer le comportement, les connaissances et les aptitudes nécessaires pour prendre en charge leur santé sexuelle.

Femmes autochtones du Québec inc.

(http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/about/reg_quebec-eng.php#n46)

- **Projet W88** : Les femmes autochtones victimes de violence et leur santé sexuelle...vers une prise en charge — Dans le cadre de ce projet, six ateliers sur la santé sexuelle sont offerts aux femmes autochtones victimes de violence. L'objectif est d'offrir des séances de formation sur la sexualité aux travailleurs sociaux des refuges pour femmes autochtones, de même que des ateliers à l'intention des femmes autochtones vivant dans ces refuges dans tout le Québec.

Groupe d'action pour la prévention de la transmission du VIH et l'éradication du sida

(<http://www.gapvies.ca>)

- **Projet W89** : Par elles, pour elles, pour la vie - By Her, for Her, for Life — Projet de partenariat dont les objectifs sont : 1- d'adapter et de mettre en œuvre un programme d'intervention aux Montréalaises anglophones vivant avec le VIH des moyens d'agir face à des situations où elles doivent révéler leur séropositivité pour le VIH; 2- de donner des séances de formation bilingues sur le programme « Femmes d'abord » aux travailleurs sociaux et aux bénéficiaires des groupes communautaires partenaires (versions française et anglaise); 3- d'organiser un forum régional sur les expériences vécues par les femmes vivant avec le VIH.

Refuge Juan Morena

- **Projet W90** : Femmes en santé- Healthy Women.

Sidaction Trois-Rivières

(<http://www.sidaction-troisrivieres.ca>)

- **Projet W91** : CatWoman Mauricie (projet s'adressant aux femmes autochtones).

Sida-vie Laval

- **Projet W92** : Projet Vénus — Ce projet a pour but d'éduquer les travailleuses du sexe positives pour le VIH/sida et de leur offrir des services et du soutien. Un travailleur des services d'approche est embauché pour visiter les bars érotiques et donner aux femmes des condoms et de l'information sur la vaccination contre l'hépatite, le test de dépistage du VIH et les ITS. L'objectif du projet est d'offrir du soutien et des stratégies d'intervention aux travailleuses du sexe.

STELLA, l'amie de Maimie

(<http://www.chezstella.org/stella/?q=contact>)

- **Projet W93** : Des ailes pour notre avenir (Wings for our Future).
- **Projet W94** : Prévenir le VIH et autres ITS par la consolidation et le développement du travail de rue.
- **Projet W95** : Plusieurs projets sur les travailleuses du sexe; Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
- **Projet W96** : Des travailleuses du sexe et des organisations de prévention contre le VIH permettent aux prisonnières d'exprimer leurs talents en art et en écriture
- Création par des prisonnières du magazine ConStellation à l'intention des prisonnières.

Unité d'intervention mobile l'Anonyme

(<http://www.anonyme.ca>)

- **Projet W97** : Hey fille! Mets tes culottes- Hey Girl! Stand up for yourself — Ce projet vise à donner aux jeunes femmes de 14 à 30 ans tous les moyens nécessaires pour miser sur leur éducation sexuelle et sur les mesures de prévention associées.

Atlantique

AIDS Coalition of Nova Scotia (<http://www.acns.ns.ca>)

- **Projet W98** : *Community HIV/AIDS Sex Worker Leadership Program.*

SIDA Nouveau-Brunswick (<http://www.sidan-b.com/>)

- **Projet W99** : *Projet WIN* — Ce projet a pour objet d'accroître le nombre de participantes au Programme d'échange de seringues et ainsi réduire la propagation du VIH et de l'hépatite C. Ce projet permet aussi aux participantes de se défaire des seringues souillées de façon sécuritaire. Dans le cadre de ce projet, on invitera des femmes utilisant des drogues par injection à faire part de leurs commentaires et de leurs suggestions pour améliorer le Programme d'échange de seringues. Le financement servira à embellir l'établissement d'échange de seringues.

Coverdale Centre for Women Inc.

(Nouveau-Brunswick)

- **Projet W100** : *Substance Abuse* — Le programme *Substance Abuse* s'adresse aux prisonnières et aux femmes en maison de transition, c'est-à-dire aux femmes sortant de prison qui s'appêtent à réintégrer la communauté.

Stepping Stone (<http://www.steppingstonens.ca>)

- **Projet W101** : *Sex workers.*

