



Société canadienne du sida

Le VIH et la pauvreté – Feuillet d'information (2004)

# Feuillet #1

## LE LIEN ENTRE LA PAUVRETÉ ET LE VIH

Depuis que la Société canadienne du sida (SCS) a complété, en 1995, son projet sur la sécurité du revenu, d'importants changements sont survenus dans le système de sécurité sociale du Canada<sup>1</sup> ainsi qu'aux chapitres du nombre de nouveaux cas d'infection par le VIH<sup>2</sup> et de la répartition du VIH dans la population<sup>3</sup>. Les régimes de traitement et la gestion médicale de la maladie à VIH ont évolué aussi, depuis l'avènement des traitements antirétroviraux fortement actifs (HAART). Ces traitements contribuent à prolonger la vie – et souvent à améliorer la qualité de vie – de nombreux Canadiens vivant avec le VIH/sida. Par ailleurs, les taux d'infection ont augmenté parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les femmes et hommes hétérosexuels ainsi que les Autochtones.

**En 1996, on estimait à 40 000 le nombre de PVVIH/sida, au Canada<sup>4</sup>.**

**En 2002, cet estimé s'élevait à 56 000.**

**On estime que 5 000 nouveaux cas d'infection par le VIH se produisent annuellement.**

Des données portent à croire que la pauvreté et l'insécurité économique jouent un rôle prépondérant, en lien avec la transmission du VIH et avec la progression de la maladie à VIH. Des personnes qui vivent avec le VIH/sida (PVVIH/sida) et des organismes communautaires de lutte contre le sida ont signalé à la SCS qu'il est temps de se pencher sur la relation entre le VIH et le revenu; et d'intégrer la prévention de la pauvreté dans le point de mire du mouvement de lutte contre le sida.

Pour découvrir d'autres aspects de la pauvreté et du VIH, consultez le reste de cette série de feuillets :

Feuillet #1 – Le lien entre la pauvreté et le VIH

Feuillet #2 – Comment on identifie la pauvreté, au Canada

Feuillet #3 – Perspective économique sur le risque

Feuillet #4 – Vivre avec les coûts d'un handicap

Feuillet #5 – Le VIH et la descente vers la pauvreté

Feuillet #6 – L'impact de la pauvreté dans la vie d'une personne vivant avec le VIH

Feuillet #7 – Les prestations publiques en matière de revenu et de santé

Ces feuillets d'information ont pour buts de :

- Montrer pourquoi le fait de vivre dans la pauvreté est un important facteur qui contribue à la vulnérabilité au VIH.
- Mettre en relief les besoins financiers des personnes vivant avec le VIH/sida et identifier les obstacles qu'elles rencontrent dans leurs tentatives d'accéder à la sécurité du revenu, de la recouvrer ou de la maintenir.
- Démontrer comment la vie dans la pauvreté et l'insécurité économique ont des effets néfastes sur la santé et la qualité de vie des PVVIH/sida

## COMMENT UTILISER CES FEUILLETS D'INFORMATION?

### Organismes communautaires (OC) et de lutte contre le VIH/SIDA (OLS)

- Utiliser les feuillets pour démontrer un besoin, lors de la recherche de fonds pour des programmes ou services à l'intention de clients vivant avec le VIH. On peut aussi les citer dans les propositions de projets et demandes de financement.
- Reconnaître que la pauvreté et les problèmes d'insécurité du revenu, chez les PVVIH/sida et les personnes qui y sont vulnérables, dans une communauté, sont semblables partout au Canada.
- S'en servir pour éclairer les programmes de prévention du VIH visant les personnes qui sont vulnérables à l'infection en raison de difficultés financières.

### Militants et responsables des politiques

- Reconnaître que la pauvreté et l'insécurité du revenu sont des questions de droits de la personne et qu'elles font obstacle à l'exercice du droit à la discrimination ainsi qu'au droit à une norme élevée de santé.
- Utiliser les feuillets dans l'élaboration et/ou l'évaluation des politiques et programmes en matière de handicap. Ils illustrent plusieurs réalités sociales et économiques qui sont communes à une diversité de handicaps et d'affections.

### Chercheurs

- Utiliser les feuillets comme point de départ pour d'autres recherches sur les questions pertinentes, et comme raisonnement pour s'impliquer dans la recherche communautaire concernant les PVVIH/sida et les personnes qui y sont vulnérables.

- Fournir des idées pour la recherche sur la pauvreté et les déterminants de la santé ainsi que sur les répercussions que la stigmatisation et la discrimination liées au VIH/sida et à la pauvreté entraînent sur le plan de la santé.
- Mettre en relief la recherche communautaire et qualitative, et comment cette recherche pourrait refléter les expériences de vie en lien avec la pauvreté et le VIH.

## LA PAUVRETÉ : UNE PROBLÉMATIQUE DE SANTÉ

Aborder la pauvreté dans le cadre du continuum des soins et de la prévention de la maladie est particulièrement important, pour les PVVIH/sida et les personnes qui y sont vulnérables. Les problèmes de pauvreté et de revenu, ainsi que des problématiques sociales et psychosociales, font surface lorsque l'on examine la transmission et l'épidémiologie du VIH, de même que les enjeux liés au traitement et à la gestion de la maladie. Dans l'examen des données sur la relation entre le VIH et le revenu, on observe trois tendances :

1. En tant que déterminant de la santé, le fait de vivre dans la pauvreté constitue un important facteur qui rend des Canadien-nes vulnérables à l'infection à VIH.
2. Les personnes diagnostiquées séropositives au VIH rencontrent plusieurs obstacles lorsqu'elles tentent d'accéder à la sécurité économique ou de la maintenir.
3. Les PVVIH/sida qui sont aux prises avec la pauvreté ou l'insécurité économique ont un risque de progression rapide de la maladie, ou de moins bonne qualité de vie.

Ces feuillets décrivent les liens entre le VIH et la pauvreté, et explorent chacune de ces tendances. Une compréhension adéquate de ces éléments permettra de :

- Repérer les structures économiques qui influencent la transmission et la progression du VIH et des maladies qui s'y associent. Cette information peut servir à faire valoir la nécessité de changements aux valeurs sociales et économiques ainsi qu'aux structures qui perpétuent et favorisent la pauvreté;
- Identifier des besoins d'allocations de ressources pour rehausser l'efficacité de la prévention, des soins, des traitements et du soutien en lien avec le VIH. Le Canada a besoin d'une réaction solide et continue, en matière de VIH, qui s'attaque adéquatement aux besoins financiers uniques des individus et communautés qui vivent avec le VIH ou qui y sont vulnérables.

## RESSOURCES

*La pauvreté et le VIH/sida – Énoncé de position*, adopté par le conseil d'administration de la Société canadienne du sida, septembre 2004.

(Document téléchargeable via [www.cdnaids.ca](http://www.cdnaids.ca))



1 David P. Ross, Katherine J. Scott et Peter J. Smith (2000), *Données de base sur la pauvreté au Canada*, Ottawa, Conseil canadien de développement social.

2 *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida* (May 2004) Ottawa, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Santé Canada

3 *Ibid.*

4 *Ibid.*

La série de feuillets d'information sur le VIH et la pauvreté est une publication de la Société canadienne du sida. Ce projet est financé par le Programme de partenariats pour le développement social du gouvernement du Canada. Les opinions et les interprétations figurant dans la présente publication sont celles de l'auteur et ne représentent pas nécessairement celles du gouvernement du Canada.

La Société canadienne du sida est une coalition nationale de plus de 115 organismes communautaires de lutte contre le sida, des quatre coins du pays. La SCS travaille à rehausser la réponse au VIH/sida dans tous les secteurs de la société et à enrichir la vie des personnes et des communautés qui vivent avec le VIH/sida.

*Pour plus d'information ou pour télécharger ce feuillet d'information :*

**Société canadienne du sida**  
309, rue Cooper (4<sup>e</sup> étage)  
Ottawa, Ontario  
K2P 0G5

Téléphone : (613) 230 3580  
Télécopie : (613) 563 4998  
Courriel : [casinfo@cdnaids.ca](mailto:casinfo@cdnaids.ca)  
Internet : [www.cdnaids.ca](http://www.cdnaids.ca)

This document is also available in English.

.....

*On peut se procurer d'autres exemplaires de ce document auprès de l'organisme suivant :*

Le Centre canadien d'information sur le VIH/sida  
[www.aidssida.cpha.ca](http://www.aidssida.cpha.ca)  
Téléphone : 1-877-999-7740  
Courriel : [aidssida@cpha.ca](mailto:aidssida@cpha.ca)  
Télécopie : (613) 563 4998

**Auteure :** Ainsley Chapman  
**Révision :** Jennifer Carmichael  
**Graphisme :** Marida Waters  
**Traduction :** Jean Dussault

Remerciements : pour leur passion et leur créativité, merci à tous les membres du Comité consultatif national.

*Tous droits réservés. La reproduction ou la transmission d'une partie ou de l'ensemble de ce document à des fins commerciales, que ce soit par des moyens électroniques ou mécaniques, y compris par la photocopie, l'enregistrement ou toute autre méthode actuelle ou à venir de stockage de l'information ou extraction de données, sont interdites à moins d'obtenir la permission écrite préalable de l'éditeur.*

*Ce document peut être reproduit à des fins non commerciales.*



Société canadienne du sida

Le VIH et la pauvreté – Feuillet d'information (2004)

# Feuillet #2

## COMMENT ON IDENTIFIE LA PAUVRETÉ, AU CANADA

### IDENTIFICATION ET MESURE DE LA PAUVRETÉ AU CANADA

Plusieurs méthodes servent à mesurer la pauvreté. C'est un élément important, puisqu'une méthode qui n'examine que l'incapacité personnelle à satisfaire ses besoins élémentaires à la survie entraînera des politiques et des programmes qui ne visent que ces besoins. Les mesures qui incluent le niveau de revenu et les ressources nécessaires à une pleine participation à la société sont plus propices à des politiques et programmes qui visent et favorisent l'inclusion sociale<sup>1</sup>. Voici deux méthodes fréquemment utilisées pour mesurer la pauvreté.

#### Seuil de faible revenu

Le seuil de faible revenu (SFR) est la mesure du revenu qui est généralement utilisée par Statistique Canada. Il ne s'agit pas strictement d'une mesure de la pauvreté, mais d'un ensemble de calculs qui identifient des niveaux minimaux indiquant que le revenu d'une personne ne suffit plus à satisfaire ses besoins élémentaires. Ces calculs sont cependant critiqués parce que leurs résultats sont bien inférieurs à ce qui est réellement requis pour qu'un individu puisse satisfaire ses besoins en matière de logement, d'alimentation et de transport. Les responsables des politiques et les chercheurs dans ce domaine utilisent souvent ces mesures, comme seuils de pauvreté, bien que Statistique Canada souligne qu'elles ne constituent pas une mesure officielle.

Pour découvrir d'autres aspects de la pauvreté et du VIH, consultez le reste de cette série de feuillets :

Feuillet #1 – Le lien entre la pauvreté et le VIH

Feuillet #2 – Comment on identifie la pauvreté, au Canada

Feuillet #3 – Perspective économique sur le risque

Feuillet #4 – Vivre avec les coûts d'un handicap

Feuillet #5 – Le VIH et la descente vers la pauvreté

Feuillet #6 – L'impact de la pauvreté dans la vie d'une personne vivant avec le VIH

Feuillet #7 – Les prestations publiques en matière de revenu et de santé

Les SFR sont calculés annuellement, d'après des facteurs comme le revenu estimé que les membres d'un foyer dépensent pour la nourriture, le logement, les vêtements; selon le nombre de membres dans la famille et la taille de la communauté.

Les SFR mesurent une pauvreté « relative », c'est-à-dire comment le niveau de revenu d'une personne cadre dans une communauté, en tenant compte du revenu des autres personnes autour d'elle<sup>2</sup>. Certains organismes communautaires et de lutte contre la pauvreté mettent en question les données de Statistique Canada relativement aux SFR. Ils affirment que l'ampleur et le degré de la pauvreté ne sont pas reflétés dans les statistiques puisque d'importantes populations et régions sont omises dans ces calculs : les réserves autochtones, les prisons, le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut<sup>3</sup>. En revanche, des analystes et regroupements à tendance conservatrice, comme le Fraser Institute, sont d'avis que les données sur les SFR sont de fortes surestimations de la pauvreté au Canada; ils suggèrent que les personnes âgées qui ont un faible revenu mais qui sont propriétaires d'une maison, ainsi que les étudiants (la « future élite économique » du Canada) ne devraient pas être identifiés comme vivant dans la pauvreté<sup>4</sup>.

### La mesure du panier de consommation

La mesure du panier de consommation (MPC) est une approche relativement nouvelle, développée dans un effort commun des gouvernements fédéral et provinciaux/territoriaux, devant les problèmes associés à la mesure du SFR. Cette stratégie identifie un ensemble de coûts/dépenses de la vie, pour une famille, qui sont rassemblées dans un « panier » (i.e. nourriture, logement, vêtements). Chacune de ces dépenses est estimée et calculée selon la région. Par exemple,

- le « panier à provisions nutritives » d'Agriculture Canada sert à calculer le coût de la nourriture;
- la Société canadienne d'hypothèques et de logement calcule le pris du logement;
- le Winnipeg Social Planning Council et le Winnipeg Harvest calculent le coût des vêtements (pour tout le Canada)<sup>5</sup>;
- le coût des besoins ménagers, de transport, de téléphonie, de divertissement, de fournitures scolaires, etc., est établi à 60% du montant recommandé pour la nourriture et les vêtements;
- les dépenses imposées par des lois, comme les taxes, le soutien pour les enfants, les allocations, de même que les dépenses médicales pour les personnes ayant un handicap, sont déduites du revenu des ménages.

Dans la mesure de la pauvreté, ce qui reste du revenu d'une famille après les dépenses imposées par des lois détermine si une famille est capable ou non de se procurer le « panier » des nécessités<sup>6</sup>.

**La méthode de la MPC est reconnue par le Conseil canadien du bien-être social comme « une définition motivée et raisonnable du niveau de vie minimal et des niveaux de vie acceptables fondés sur des méthodes acceptables »<sup>7</sup>.**

Un des arguments à l'encontre de cette mesure, toutefois, est que les nécessités incluses dans le « panier » relèvent de décisions politiques. À cet égard, voici certaines des questions posées : quels biens et services seront inclus dans le panier? Quelle est la qualité de ces items? À quelle fréquence ces items sont-ils remplacés? D'une part, l'Organisation nationale anti-pauvreté identifie une vaste gamme d'items, pour refléter le besoin d'assurer l'indépendance financière et l'autosuffisance; d'autre part le Fraser Institute prône une liste de coûts beaucoup plus limitée<sup>8</sup>.

## **COMMENT UTILISE-T-ON LES MESURES DE LA PAUVRETÉ ET COMMENT AFFECTENT-ELLES LES PROGRAMMES, LES POLITIQUES ET LE PLAIDOYER?**

Outre les mesures des SFR et de la MPC, une diversité d'autres mesures normalisées sont à la disposition du gouvernement canadien, des responsables de politiques et des chercheurs en la matière. Elles sont utilisées à l'occasion. Par ailleurs, plusieurs chercheurs développent leurs propres mesures et critères, en fonction du point de mire de leur recherche. La diversité des mesures normalisées et non normalisées rend difficile de comparer les données et, dans certains cas, de prendre des décisions éclairées et fondées sur les données.

Il est important que la communauté du VIH/sida veille à ce que les mesures de la pauvreté saisissent les conséquences financières du fait de vivre avec le VIH. Les mesures de la pauvreté ne devraient pas concerner seulement des calculs statistiques, mais intégrer aussi l'expérience individuelle et les témoignages personnels, pour présenter la voix et le visage du VIH/sida. Toute mesure utilisée devrait refléter le coût accru résultant de la vie avec le VIH (traitement, instruments de soutien et médicaux, perte d'emploi) ainsi que la stigmatisation et la discrimination qui s'associent au VIH (perte d'emploi, occasions réduites en la matière). On devrait inclure également le soutien dont ont besoin plusieurs personnes vivant avec le VIH, afin d'être pleinement intégrées et impliquées dans leurs communautés comme le veut le principe d'une plus grande implication des personnes vivant avec le VIH ou vulnérables (le principe GIPA). À eux seuls, les portraits statistiques risquent de créer un aperçu de la pauvreté des PVVIH/sida qui serait superficiel, et qui pourrait passer outre au registre d'action individuel.

Il est nécessaire d'insister davantage sur la relation entre le VIH et la pauvreté, d'une manière qui soit responsable et qui n'étiquette pas et ne stéréotype pas les personnes vivant dans la pauvreté et vulnérables au VIH.

## BREF COUP D'ŒIL SUR LES FAITS

Pourcentages de personnes à faible revenu ou dans la pauvreté, mesurés par à l'aide du SFR<sup>9</sup>

	1990	1999
Tous les individus	15,3 % (4 181 000)	16,2 % (4 886 000)
Moins de 18 ans	17,6 % (1 195 000)	18,5 % (1 298 000)
De 18 à 64 ans	13,4 % (2 357 000)	15 % (2 942 000)

La banque alimentaire Winnipeg Harvest (qui est aussi un organisme de plaidoyer) signale que le segment qui connaît la croissance la plus rapide, parmi le bassin de personnes qui ont recours à ses services pour se procurer de la nourriture, est celui des personnes qui ont un emploi<sup>10</sup>. Si l'on examine le revenu individuel en excluant les prestations publiques d'aide au revenu, on constate que 1,6 million (21,9 %) de Canadien-nes qui sont en âge de travailler vivent dans la pauvreté. Si l'on n'exclut pas les prestations de régimes publics d'aide au revenu, quelque 1,1 million (15,3 %) de familles canadiennes vivent dans la pauvreté. Cette différence révèle à quel point le soutien public en matière de revenu est crucial à la prévention et à la réduction de la pauvreté<sup>11</sup>.

En 2003, les montants de prestations d'aide sociale, à l'échelle du Canada, étaient inférieurs aux montants considérés comme le seuil de la pauvreté d'après le SFR et la MPC.

En 2003, les personnes qui travaillaient au salaire minimum, hors du Québec, n'atteignaient presque dans aucun cas les normes qu'établit cette mesure<sup>12</sup>.



## POURQUOI LES COMMUNAUTÉS DE LUTTE À LA PAUVRETÉ AINSI QUE D'AIDE EN MATIÈRE DE HANDICAP DEVRAIENT-ELLES AVOIR CONSCIENCE DES PROBLÉMATIQUES DU VIH? POURQUOI LA COMMUNAUTÉ DU VIH/SIDA DEVRAIT-ELLE ÊTRE CONSCIENTE DES PROBLÉMATIQUES DE PAUVRETÉ ET DE HANDICAP AU CANADA?

- Parce que le VIH est un handicap.
- Parce que le fait de vivre dans la pauvreté est un important facteur qui rend les Canadien-nes vulnérables à l'infection à VIH.
- Parce que les personnes vivant avec le VIH sont vulnérables à la pauvreté.
- Parce que la pauvreté fait en sorte que les PVVIH/sida ont un risque de progression rapide de la maladie et de piètre qualité de vie.
- Parce qu'un grand nombre de PVVIH/sida vivent avec d'autres handicaps.
- Parce que plusieurs clients d'organismes de lutte contre le VIH/sida (OLS) sont aussi des clients d'autres organismes communautaires (OC) qui travaillent à réduire ou alléger la pauvreté et à soutenir les personnes qui vivent avec un handicap.

### RESSOURCES

David P. Ross, Katherine J. Scott et Peter J. Smith (2000), *Données de base sur la pauvreté au Canada*, Ottawa, Conseil canadien de développement social.

(Voir [www.ccsd.ca/francais/pubs/2000/dbp/index.htm](http://www.ccsd.ca/francais/pubs/2000/dbp/index.htm))

*Les statistiques de 2000 sur le faible revenu selon la mesure du panier de consommation* (2003), Ottawa, Direction générale de la recherche appliquée, Politique stratégique, Développement des ressources humaines Canada.

(Téléchargeable via [www.sdc.gc.ca](http://www.sdc.gc.ca))

*Market Basket Measure Overview*, Organisation nationale anti-pauvreté.

(Téléchargeable via [www.napo-onap.ca](http://www.napo-onap.ca))

Andrew Mitchell, Richard Shillington et Hindia Mohamoud (2003), *A New Measure of Poverty*, Ottawa, Conseil de planification sociale d'Ottawa.

(Téléchargeable via [www.spcottawa.on.ca](http://www.spcottawa.on.ca))

---

## QUE PUIS-JE FAIRE?

### Organismes communautaires

- Travailler avec le personnel, des bénévoles, des clients et le conseil d'administration, pour identifier comment la pauvreté en lien avec le VIH est vécue dans votre communauté ou parmi votre clientèle (i.e. établir une définition des *besoins élémentaires*, de l'*inclusion sociale* ainsi que de la *qualité de vie*, en fonction de vos besoins) et pour repérer les obstacles que cela constitue pour les individus et les familles.
- Identifier des manières de recueillir et de conserver cette information (p. ex. formulaires d'admission, ateliers, groupes de discussion, témoignages et écrits personnels).
- Signaler les problèmes, lorsque vous participez à des projets de recherche ou formulez des commentaires sur des politiques et programmes gouvernementaux.
- Examiner les mesures de la pauvreté qui sont utilisées, lorsque l'on présente de l'information sur le revenu et la pauvreté dans votre communauté, afin de voir si l'information peut (ou non) rendre compte de l'expérience dans votre communauté.

### Chercheurs

- Travailler avec des organismes communautaires à l'identification d'une gamme de moyens pour la collecte d'information sur la pauvreté et le revenu.
- Inclure des organismes communautaires, par la recherche-action participative, dans la planification de projets de recherche, et inclure dans vos initiatives de recherche les problématiques qu'ils ont signalées.
- Consulter des organismes communautaires afin que leurs expériences soient reflétées dans le développement et l'utilisation des mesures de la pauvreté.
- Examiner les mesures de la pauvreté qui sont généralement utilisées dans votre domaine et veiller à ce qu'elles tiennent compte des définitions actuelles des *besoins élémentaires*, de l'*inclusion sociale* et de la *qualité de vie*, telles qu'acceptées dans la communauté.
- S'entretenir avec des organismes communautaires, lors de l'utilisation ou de l'élaboration d'une mesure de la pauvreté, et veiller à ce que cette mesure puisse rendre compte de l'expérience de leur communauté.

---

## Responsables et analystes de politiques

- Examiner les mesures de la pauvreté qui sont généralement utilisées pour éclairer vos politiques et programmes, et faire en sorte qu'elles tiennent compte des définitions actuelles et pertinentes des *besoins élémentaires*, de *l'inclusion sociale* et de la *qualité de vie*.
- Consulter des organismes communautaires, lors de l'utilisation ou de l'élaboration d'une mesure de la pauvreté, et veiller à ce que cette mesure puisse rendre compte de l'expérience de leur communauté.

---

1 Andrew Mitchell, Richard Shillington et Hindia Mohamoud (2003), *A New Measure of Poverty*, Ottawa, Conseil de planification sociale d'Ottawa.

2 Ross, David P., Katherine J. Scott et Peter J. Smith (2000), *Données de base sur la pauvreté au Canada*, Ottawa, Conseil canadien de développement social.

3 Morris, Marika (2002), *Feuillelet d'information – Les femmes et la pauvreté*, Ottawa, Institut canadien de recherche sur les femmes. ([www.criaw-icref.ca/factSheets/Poverty\\_fact\\_sheet\\_f.htm](http://www.criaw-icref.ca/factSheets/Poverty_fact_sheet_f.htm))

4 Sarlo, Christopher A. (1996), *Poverty in Canada* (2<sup>e</sup> éd.), Vancouver, The Fraser Institute.

5 Ross, David P., Katherine J. Scott et Peter J. Smith (2000), *Données de base sur la pauvreté au Canada*, Ottawa, Conseil canadien de développement social.

6 *Ibid.*

7 *Un revenu pour vivre?* (2004), Ottawa, Conseil national du bien-être social, Gouvernement du Canada.

8 Mitchell, Andrew et Community Social Planning Council of Toronto (mai 2000) *The Market Basket Measure – Update*, Toronto, Social Planning Network of Ontario.

9 *Percentage and Number of Persons in Low Income/Poverty by Age, Sex and Family Characteristics, Canada, 1990 & 1999* (2002), Ottawa, Conseil canadien de développement social.

10 *The Minimum Wage Should be Increased-Fact Sheet*, Just Income Coalition. ([www.just-income.ca](http://www.just-income.ca))

11 Ross, David P., Katherine J. Scott et Peter J. Smith (2000), *Données de base sur la pauvreté au Canada*, Ottawa, Conseil canadien de développement social.

12 *Un revenu pour vivre?* (2004), Ottawa, Conseil national du bien-être social, Gouvernement du Canada.



La série de feuillets d'information sur le VIH et la pauvreté est une publication de la Société canadienne du sida. Ce projet est financé par le Programme de partenariats pour le développement social du gouvernement du Canada. Les opinions et les interprétations figurant dans la présente publication sont celles de l'auteur et ne représentent pas nécessairement celles du gouvernement du Canada.

La Société canadienne du sida est une coalition nationale de plus de 115 organismes communautaires de lutte contre le sida, des quatre coins du pays. La SCS travaille à rehausser la réponse au VIH/sida dans tous les secteurs de la société et à enrichir la vie des personnes et des communautés qui vivent avec le VIH/sida.

*Pour plus d'information ou pour télécharger ce feuillet d'information :*

**Société canadienne du sida**

309, rue Cooper (4<sup>e</sup> étage)  
Ottawa, Ontario  
K2P 0G5

Téléphone : (613) 230 3580  
Télécopie : (613) 563 4998  
Courriel : [casinfo@cdnaids.ca](mailto:casinfo@cdnaids.ca)  
Internet : [www.cdnaids.ca](http://www.cdnaids.ca)

This document is also available in English.

.....

*On peut se procurer d'autres exemplaires de ce document auprès de l'organisme suivant :*

Le Centre canadien d'information sur le VIH/sida  
[www.aidssida.cpha.ca](http://www.aidssida.cpha.ca)  
Téléphone : 1-877-999-7740  
Courriel : [aidssida@cpha.ca](mailto:aidssida@cpha.ca)  
Télécopie : (613) 563 4998

**Auteure :** Ainsley Chapman

**Révision :** Jennifer Carmichael

**Graphisme :** Marida Waters

**Traduction :** Jean Dussault

Remerciements : pour leur passion et leur créativité, merci à tous les membres du Comité consultatif national.

*Tous droits réservés. La reproduction ou la transmission d'une partie ou de l'ensemble de ce document à des fins commerciales, que ce soit par des moyens électroniques ou mécaniques, y compris par la photocopie, l'enregistrement ou toute autre méthode actuelle ou à venir de stockage de l'information ou extraction de données, sont interdites à moins d'obtenir la permission écrite préalable de l'éditeur.*

*Ce document peut être reproduit à des fins non commerciales.*

Société canadienne du sida

Le VIH et la pauvreté – Feuillet d'information (2004)

# Feuillet #3

## PERSPECTIVE ÉCONOMIQUE SUR LE RISQUE

### LE RISQUE ET LA VULNÉRABILITÉ

Dans la tentative de comprendre comment le VIH se transmet dans une communauté, la compréhension des notions de risque, de vulnérabilité et d'impact peut être utile<sup>1</sup>.

Le **RISQUE** réfère aux facteurs qui créent une occasion directe de transmission du VIH. Cela inclut le partage de seringues, les rapports sexuels à risque sans condom ainsi que la transmission périnatale. Les facteurs de risque peuvent exposer une personne à contracter l'infection à VIH.

La **VULNÉRABILITÉ** résulte de la combinaison de facteurs sociaux qui conduisent au risque. La notion peut aussi servir à expliquer pourquoi certains groupes de personnes sont exposés à des risques plus élevés que d'autres. Les facteurs sociaux responsables d'une vulnérabilité sur le plan de la santé sont souvent appelés *déterminants de la santé*. Un des facteurs de cette liste, qui inclut les questions liées à la pauvreté, est l'*environnement économique et la situation du revenu* (que l'on appelle parfois aussi *statut social et économique*)<sup>2</sup>.

L'**IMPACT** désigne comment le VIH/sida affecte le bien-être physique, mental et social des individus, et comment les individus et les communautés vivent avec la maladie.

Pour découvrir d'autres aspects de la pauvreté et du VIH, consultez le reste de cette série de feuillets :

Feuillet #1 – Le lien entre la pauvreté et le VIH

Feuillet #2 – Comment on identifie la pauvreté, au Canada

Feuillet #3 – Perspective économique sur le risque

Feuillet #4 – Vivre avec les coûts d'un handicap

Feuillet #5 – Le VIH et la descente vers la pauvreté

Feuillet #6 – L'impact de la pauvreté dans la vie d'une personne vivant avec le VIH

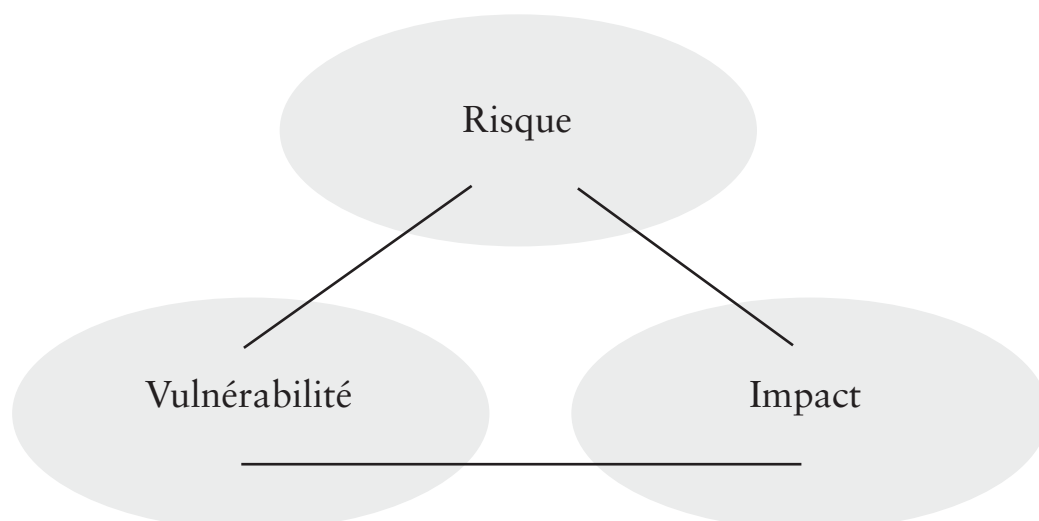
Feuillet #7 – Les prestations publiques en matière de revenu et de santé

---

Le fait de vivre dans la pauvreté limite les choix possibles pour parvenir à la sécurité économique, ce qui peut accroître le risque individuel d'infection à VIH. Les conséquences sociales et les contraintes économiques de la vie dans la pauvreté sont notamment l'exclusion, la stigmatisation, la marginalisation et l'incapacité de satisfaire ses besoins de vie ou de participer à la communauté. Ces conséquences limitent les options et les choix qui s'offrent aux individus pour parvenir à la sécurité économique et à une norme de vie adéquate ou décente. Plusieurs personnes qui vivent dans la pauvreté sont aux prises avec une exclusion sociale et économique; notamment :

- un manque de services respectueux, souples et exempts de préjugés;
- un manque de logement, de refuge, de transport et de vêtements;
- un manque d'aliments nutritifs;
- un manque d'accès à des soins de santé préventifs, traitements médicaux et médicaments;
- un manque de services de garde d'enfant;
- un manque d'occasions d'avoir un emploi adéquatement rémunéré;
- un manque d'accès à l'éducation et à la formation;
- une dépendance forcée à l'égard de partenaires ou membres de la famille qui sont abusifs.

Des études démontrent qu'en raison de leur vulnérabilité accrue, les personnes qui ont un faible revenu sont plus susceptibles d'être exposées au risque d'infection par le VIH que celles qui ont un revenu plus élevé<sup>3</sup>. Par quoi cette vulnérabilité est-elle causée?



---

## L'EXCLUSION SOCIALE ET ÉCONOMIQUE

Dans plusieurs cas, les personnes qui vivent dans la pauvreté deviennent marginalisées et exclues de diverses sphères de la vie sociale, économique et communautaire<sup>4</sup>. Le terme « exclusion sociale » peut désigner les manières dont des individus sont exclus de l'emploi, d'un revenu stable, d'un logement adéquat, d'occasions de s'instruire, de services en matière de santé ainsi que de l'appartenance citoyenne et de l'intégration à la communauté locale. L'exclusion sociale peut aussi résulter d'une stigmatisation et d'une marginalisation plus prononcées, liées à d'autres facteurs comme le sexe, l'appartenance ethnique, une faible scolarisation ou le type d'emploi<sup>5</sup>.

Plusieurs des processus qui conduisent à une exclusion sociale relèvent de la sphère économique/financière. Par exemple<sup>6</sup> :

- des changements à l'économie d'une communauté (p. ex. augmentation du chômage et de l'insécurité sur le marché de l'emploi);
- des changements démographiques au sein d'une communauté (p. ex. un nombre croissant de foyers monoparentaux et de personnes âgées);
- des compressions et réformes aux régimes d'aide sociale, qui conduisent à l'exclusion de certains individus et groupes (p. ex. les aidants ou les personnes aux prises avec certains types d'affections ou de handicaps);
- la stigmatisation et la marginalisation de groupes ou de communautés, conduisant à la ségrégation de minorités (au motif de la race, de l'usage de drogue, du type d'emploi, de la source de revenu, du sexe, de l'âge, etc.).

L'exclusion sociale peut se manifester sur divers plans. Notamment<sup>7</sup> :

- l'exclusion légale (plusieurs individus n'ont pas accès aux mêmes droits légaux que les autres; p. ex. les personnes qui pratiquent le travail sexuel, qui sont sans abri ou qui ont des problèmes d'usage de drogue);
- l'échec des gouvernements, programmes et services, à pourvoir à des besoins élémentaires ou à fournir des biens sociaux (p. ex. des mesures de soutien physique pour des personnes qui vivent avec un handicap, des services linguistiques, des traitements médicaux préventifs et du logement pour les personnes sans-abri);
- l'exclusion de la production sociale ou de la contribution à la société (p. ex. l'arrestation systématique des jeunes de la rue, ou la tendance à ne pas fournir d'accommodement adéquat aux personnes qui vivent avec un handicap);
- l'exclusion économique (p. ex. ne pas permettre à un individu d'avoir un compte de banque s'il n'a pas d'adresse permanente, ou d'empêcher que les personnes qui reçoivent des prestations d'aide sociale puissent accumuler des épargnes).

---

L'exclusion sociale et économique a de nombreuses répercussions; de fait, plus longtemps une personne vit dans la pauvreté, moins elle est susceptible de s'en sortir un jour. Or les personnes qui sont moins susceptibles de se dégager de la pauvreté sont plus susceptibles de vivre dans l'exclusion sociale et économique. Parmi ces individus, on trouve notamment :

- les personnes monoparentales
- les personnes qui ont un handicap
- les personnes qui appartiennent à des minorités visibles
- les récents immigrants
- les personnes célibataires
- les personnes qui ont un faible niveau de scolarisation.

## DRESSER UN BILAN DE LA PAUVRETÉ ET DU VIH, PAR LA RECHERCHE

Le virage des politiques canadiennes en matière de santé, réorientées d'un cadre de la promotion de la santé vers un cadre de santé des populations, a permis d'accorder une plus grande attention aux déterminants sociaux de la santé. Ce changement a aussi incité à mieux

## BREF COUP D'ŒIL SUR LES FAITS

- Une femme sur cinq vit dans la pauvreté, au Canada (soit approximativement 2,8 millions de femmes); les femmes sont majoritaires, parmi les personnes pauvres du Canada.
- Parmi les familles monoparentales, 56% de celles qui sont dirigées par une femme vivent dans la pauvreté (alors que ce taux est de 24% parmi les familles monoparentales dirigées par un homme).
- 49% des femmes de 65 ans et plus qui sont célibataires, veuves ou divorcées vivent dans la pauvreté, de même que 41% des femmes célibataires de moins de 65 ans.
- Le revenu annuel moyen chez les femmes autochtones est de 13 300 \$ (comparé à 18 200 \$ chez les hommes autochtones)<sup>8</sup>.
- Bien que 19 % des Canadiennes soient aux prises avec la pauvreté, 37 % des femmes qui appartiennent à des minorités visibles ont un faible revenu. Ces femmes gagnent en moyenne 3 000 \$ de moins par année que les autres femmes; et 7 000 \$ de moins par année que les hommes de minorités visibles.
- Des données ont révélé que 42 % des femmes lesbiennes de 65 ans et plus vivent dans la pauvreté, alors que ce pourcentage parmi les hommes gais est de 14 %.
- Parmi les Autochtones hors réserve, 44 % vivent dans la pauvreté; 47 % des Autochtones qui vivent sur une réserve ont un revenu annuel inférieur à 10 000 \$<sup>9</sup>.



se concentrer sur les effets à moyen et à long terme de ces déterminants, tout en favorisant la création de relations entre secteurs, communautés et groupes. L'un des défis de ce virage, toutefois, est que l'accent sur la prise de décision fondée sur des données quantitatives rend plus difficile de rendre compte de tendances et expériences omises dans les statistiques<sup>10</sup>. Il est aussi important de reconnaître la validité de la recherche qualitative et le rôle de l'expertise communautaire, pour éclairer des actions immédiates pendant que se déroulent des recherches à long terme pour examiner les indicateurs mesurables<sup>11</sup>. Certains chercheurs, au Canada, signalent qu'il est difficile de procéder à des recherches sur la pauvreté et le VIH, étant donné que le revenu est si étroitement lié à d'autres déterminants de la santé, comme le soutien social, l'éducation, l'alphabétisme ou le sexe<sup>12</sup>. L'absence d'une mesure adéquate de la pauvreté a été identifiée expressément comme un obstacle à la tâche de rehausser la priorité accordée à la recherche sur le revenu et sur la pauvreté. Cela pourrait expliquer en partie pourquoi on dispose de peu de données sur le sujet, au Canada.

## RESSOURCES

*Les déterminants sociaux de la santé : les faits* (2<sup>e</sup> éd.), sous la direction de Richard Wilkinson et de Michael Marmot, Danemark, Organisation mondiale de la santé.  
([www.euro.who.int/document/e82519.pdf](http://www.euro.who.int/document/e82519.pdf))

*Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* (1986), Ottawa, Organisation mondiale de la santé, Santé et Bien-être social Canada et Association canadienne de santé publique.  
(Téléchargeable via [www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/docs/chartre/](http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/docs/chartre/))

*Qu'est-ce l'approche axée sur la santé de la population?*, Santé de la population, Santé Canada.  
([www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/approche/index.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/approche/index.html))

Martin Spigelman Research Associates (2002), *Le VIH/sida et la santé de la population: Leçons pour la coordination de l'action et des politiques*, Ottawa, Conseil ministériel sur le VIH/sida, Gouvernement du Canada.  
(Accessible à [www.hc-sc.gc.ca/hppb/vih\\_sida/strat\\_can/ministeriel/document\\_discussions/index.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/vih_sida/strat_can/ministeriel/document_discussions/index.html))

Lia DePauw (2004), *Behind the Pandemic: Uncovering the Links Between Social Inequity and HIV/AIDS*, USC Canada, AIDS Vancouver et Coalition interagence sida et développement.  
([www.aidsvancouver.org/pdf/usc-behindthepandemic.pdf](http://www.aidsvancouver.org/pdf/usc-behindthepandemic.pdf))

---

## QUE PUIS-JE FAIRE?

### Organismes communautaires

- Travailler avec le personnel, des clients et le conseil d'administration, à l'identification des facteurs *économiques* qui accroissent la vulnérabilité de vos clients à des activités à risque élevé.
- Bâtir des alliances avec d'autres organismes qui s'occupent de VIH, de handicaps et/ou de pauvreté, dans votre communauté, afin d'identifier les facteurs *économiques* qui s'observent dans diverses communautés et divers groupes de clients.
- Intégrer des stratégies pour reconnaître les facteurs *économiques* qui accroissent la vulnérabilité au VIH, et y réagir dans le cadre de campagnes de prévention du VIH.
- Examiner les aspects de vos programmes et de votre fourniture de services où pourraient se manifester des éléments de stigmatisation et des préjugés.
- Examiner dans quelle mesure vos programmes et services appuient l'autonomie de l'individu dans ses décisions financières, et identifier les moyens d'apporter les changements nécessaires pour donner à votre clientèle un plus grand contrôle sur son recours à des services d'ordre financier auprès de votre organisme.
- Placer les questions de pauvreté en lien avec le VIH sur l'ordre du jour de la recherche. Des recherches communautaires par des communautés ethniques, révélant les liens complexes entre la pauvreté et le VIH, contribueront à mettre au point des outils, des initiatives et des politiques propices à la prévention, aux soins, aux traitements et au soutien, en lien avec le VIH.

### Chercheurs

- Intensifier la collecte de données quantitatives et qualitatives, relativement au revenu et au statut social en lien avec la prévention du VIH.
- Valider l'utilisation de données qualitatives, de la recherche communautaire et des récits d'expérience, dans la réalisation de la recherche.
- Rehausser la participation d'organismes communautaires aux projets de recherche.

- 
- Placer les questions de pauvreté et de VIH sur votre ordre du jour pour la recherche. Des recherches communautaires solidement fondées sur les principes éthiques, révélant l'interaction complexe entre la pauvreté et le VIH, seront utiles à la mise au point d'outils, d'initiatives et de politiques propices à améliorer la prévention, les soins, les traitements et le soutien en lien avec le VIH.

### **Responsables et analystes des politiques / gouvernement**

- Valider l'utilisation de données qualitatives, de la recherche communautaire et des récits d'expérience, dans l'élaboration de politiques et de programmes fondés sur des données.
- Intégrer des stratégies pour reconnaître les facteurs économiques qui accroissent la vulnérabilité au VIH, et y réagir dans le cadre de campagnes de prévention du VIH.
- Examiner les aspects de vos programmes et de votre fourniture de services où pourraient se manifester des éléments de stigmatisation et des préjugés.
- Examiner dans quelle mesure vos programmes et services appuient l'autonomie de l'individu dans ses décisions financières, et identifier les moyens d'apporter les changements nécessaires pour donner aux individus un plus grand contrôle sur leur recours à des services d'ordre financier.
- Placer les questions de pauvreté et de VIH sur votre ordre du jour pour la recherche. Des recherches communautaires solidement fondées sur les principes éthiques, révélant l'interaction complexe entre la pauvreté et le VIH, seront utiles à la mise au point d'outils, d'initiatives et de politiques propices à améliorer la prévention, les soins, les traitements et le soutien en lien avec le VIH.
- Des ressources doivent être accessibles aux divers dépositaires d'enjeux impliqués dans le travail sur le VIH, la prévention de la pauvreté et l'intégration sociale, incluant :
  - organismes communautaires et organismes de lutte contre le VIH/sida
  - initiatives de recherche universitaire et communautaire qui contribuent au progrès des connaissances sur la pauvreté et le VIH
  - disciplines médicales et de la santé
  - programmes gouvernementaux axés sur l'éradication de la pauvreté.

1 DePauw, Lia (2004), *Behind the Pandemic: Uncovering the Links Between Social Inequity and HIV/AIDS*, USC Canada, AIDS Vancouver et Coalition interagence sida et développement.

2 Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population (1999), *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne et Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*, Ottawa, ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux du Canada.

3 Martin Spigelman Research Associates (2002), *Le VIH/sida et la santé de la population: Leçons pour la coordination de l'action et des politiques*, Ottawa, Conseil ministériel sur le VIH/sida, Gouvernement du Canada.

4 Shaw, Mary, Danny Dorling et George Davey Smith (1999), *Determinants of Health*; Michael Marmot et Richard G. Wilkinson (dir.), New York, Oxford University Press.5 Ibid.

6 Ibid.

7 Ibid.

8 Ibid.

9 Morris, Marika (2002), *Feuilleton d'information – Les femmes et la pauvreté*, Ottawa, Institut canadien de recherche sur les femmes.

10 Ryan, Bill (2000), *Framing Gay Men's Health in a Population Health Discourse*, Saskatoon, Gay and Lesbian Health Services of Saskatoon.

11 Wong, Chris (1997), *Paradigmes perdus : Étude sur l'effet d'un virage de la promotion de la santé vers la santé de la population sur les politiques et programmes en matière de VIH/sida au Canada*, Ottawa, Société canadienne du sida.

12 Chapman, Ainsley et Nichole Downer (2004), enquête auprès de chercheurs canadiens dans le domaine du VIH, Ottawa, Société canadienne du sida.

La série de feuillets d'information sur le VIH et la pauvreté est une publication de la Société canadienne du sida. Ce projet est financé par le Programme de partenariats pour le développement social du gouvernement du Canada. Les opinions et les interprétations figurant dans la présente publication sont celles de l'auteur et ne représentent pas nécessairement celles du gouvernement du Canada.

La Société canadienne du sida est une coalition nationale de plus de 115 organismes communautaires de lutte contre le sida, des quatre coins du pays. La SCS travaille à rehausser la réponse au VIH/sida dans tous les secteurs de la société et à enrichir la vie des personnes et des communautés qui vivent avec le VIH/sida.

*Pour plus d'information ou pour télécharger ce feuillet d'information :*

**Société canadienne du sida**

309, rue Cooper (4<sup>e</sup> étage)  
Ottawa, Ontario  
K2P 0G5

Téléphone : (613) 230 3580

Télécopie : (613) 563 4998

Courriel : [casinfo@cdnaids.ca](mailto:casinfo@cdnaids.ca)

Internet : [www.cdnaids.ca](http://www.cdnaids.ca)

This document is also available in English.

.....

*On peut se procurer d'autres exemplaires de ce document auprès de l'organisme suivant :*

Le Centre canadien d'information sur le VIH/sida

[www.aidssida.cpha.ca](http://www.aidssida.cpha.ca)

Téléphone : 1-877-999-7740

Courriel : [aidssida@cpha.ca](mailto:aidssida@cpha.ca)

Télécopie : (613) 563 4998

**Auteur :** Ainsley Chapman

**Révision :** Jennifer Carmichael

**Graphisme :** Marida Waters

**Traduction :** Jean Dussault

Remerciements : pour leur passion et leur créativité, merci à tous les membres du Comité consultatif national.

*Tous droits réservés. La reproduction ou la transmission d'une partie ou de l'ensemble de ce document à des fins commerciales, que ce soit par des moyens électroniques ou mécaniques, y compris par la photocopie, l'enregistrement ou toute autre méthode actuelle ou à venir de stockage de l'information ou extraction de données, sont interdites à moins d'obtenir la permission écrite préalable de l'éditeur.*

*Ce document peut être reproduit à des fins non commerciales.*

Société canadienne du sida

Le VIH et la pauvreté – Feuillet d'information (2004)

# Feuillet #4

## VIVRE AVEC LES COÛTS D'UN HANDICAP

### L'INFECTION À VIH EN TANT QUE HANDICAP

À partir des années 1990, des progrès thérapeutiques ont permis de ralentir la progression de l'infection à VIH et de donner aux personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH/sida) la chance de vivre plus longtemps et, dans certains cas, une vie plus saine. Malheureusement, en 2004, le régime de traitement est encore loin de la perfection. Le traitement antirétroviral fortement actif (HAART) s'accompagne souvent d'effets secondaires graves et débilitants (comme la nausée chronique, la diarrhée et des douleurs) qui contraignent des PVVIH/sida à modifier leur routine, leur horaire et leurs priorités. Ce régime nécessite la fidélité à un horaire strict pour la prise de nombreuses pilules, au cours d'une journée, et il peut impliquer de nombreuses restrictions alimentaires. Entreprendre un tel traitement nécessite d'adopter un mode de vie différent, ce qui affectera les habitudes alimentaires et de sommeil, et influencera les tâches et horaires du quotidien. L'infection à VIH est reconnue comme un handicap; les PVVIH/sida sont protégées contre la discrimination fondée sur le handicap, en vertu de la Charte canadienne des droits et libertés, de la Loi canadienne sur les droits de la personne ainsi que des lois provinciales sur les droits de la personne.

### L'INFECTION À VIH EN TANT QUE MALADIE ÉPISODIQUE

Pour plusieurs, vivre avec le VIH entraîne de vivre avec des épisodes de maladie qui sont récurrents et imprévisibles, en alternance avec des périodes de bonne santé. La nature « épisodique » de la maladie à VIH en rend la gestion plus difficile. Avec l'avènement du HAART et l'allongement de leur espérance de vie, plusieurs PVVIH/sida se trouvent devant un besoin de reprendre le contrôle sur leur vie et de regagner leur place dans la société. Cela n'est toutefois pas facile. Souvent, elles doivent rebâtir des relations, surmonter la stigmatisation à leur égard qui vient de proches ou de collègues, et, si elles avaient quitté le monde du travail ou changé de carrière, il leur faut trouver d'autres manières de prendre part à la société. Cela doit se faire en

Pour découvrir d'autres aspects de la pauvreté et du VIH, consultez le reste de cette série de feuillets :

Feuillet #1 – Le lien entre la pauvreté et le VIH

Feuillet #2 – Comment on identifie la pauvreté, au Canada

Feuillet #3 – Perspective économique sur le risque

Feuillet #4 – Vivre avec les coûts d'un handicap

Feuillet #5 – Le VIH et la descente vers la pauvreté

Feuillet #6 – L'impact de la pauvreté dans la vie d'une personne vivant avec le VIH

Feuillet #7 – Les prestations publiques en matière de revenu et de santé

conjonction avec la gestion des traitements, des symptômes imprévisibles et de plusieurs autres facteurs qui s'associent au fait de vivre avec une maladie chronique<sup>1</sup>.

## L'INFECTION À VIH ET L'EMPLOI RÉMUNÉRÉ

Trois besoins fondamentaux doivent être satisfaits, pour l'emploi puisse être une avenue envisageable pour une PVVIH/sida.

- **Besoins financiers** – L'emploi doit être *profitable*. La rémunération et les avantages sociaux qui accompagnent l'emploi doivent couvrir les coûts accrus qui s'associent au VIH, y compris le coût élevé des médicaments.
- **Besoins de santé** – Les conditions de travail doivent être *flexibles*. Elles doivent permettre d'accommoder les problèmes de santé et les limites aux activités qui accompagnent le VIH et les régimes de traitement.
- **Besoins psychologiques** – L'emploi doit être *significatif*. Les PVVIH/sida, les personnes qui vivent avec d'autres handicaps et les personnes qui vivent dans la pauvreté devraient avoir la possibilité d'accès à un emploi qui correspond à leur expérience, à leurs compétences et à leurs capacités, et qui offre des occasions de développement professionnel continu.

### Stigmatisation, discrimination et tendances en milieu de travail

Bien que la discrimination au motif de l'infection à VIH soit illégale, elle demeure un obstacle à un emploi adéquat et significatif. Pour les PVVIH/sida qui sont sur le marché du travail, la divulgation de leur séropositivité à un employeur (de manière accidentelle ou autre) peut avoir de graves répercussions<sup>2</sup>. Pour certaines, les effets secondaires de médicaments donnent lieu à des symptômes physiques visibles, comme la lipodystrophie (un déplacement de la masse grasseuse vers diverses parties du corps). Les PVVIH/sida qui sont considérées par d'autres personnes comme ayant des symptômes apparents sont confrontées à un risque accru de stigmatisation, d'étiquetage, et de ne pas être embauchées. Si elles parviennent à dénicher un emploi, il existe un risque que des rumeurs se mettent à circuler, au lieu de travail, à propos de leur séropositivité. La discrimination, vécue ou pressentie, empêche de nombreuses PVVIH/sida d'avoir recours à du soutien, de négocier des conditions de travail particulières (comme un horaire flexible ou des semaines allégées) ou de chercher d'autres avenues d'emploi.

## BREF COUP D'ŒIL SUR LES FAITS

Dans une enquête de 1998 auprès de PVVIH/sida, au Canada, 50 % des répondants qui travaillaient n'avaient pas divulgué leur séropositivité, et 45 % ont dit qu'ils s'attendraient à de la discrimination de la part de leur employeur ou de leurs collègues s'ils le faisaient. Parmi les répondants qui n'avaient pas d'emploi, 65 % ont affirmé qu'ils ne révéleraient pas leur séropositivité à un éventuel employeurs ou à des collègues, par crainte de discrimination<sup>3</sup>.

Les tendances, au sein du marché de l'emploi, ne sont pas favorables aux PVVIH/sida. Le type d'emploi qui a connu la plus forte croissance, au Canada, depuis 1990, est l'emploi à contrat à faible revenu, le travail autonome et l'emploi temporaire. Or, en 1996, 45 % des travailleurs autonomes gagnaient moins de 20 000 \$ par année<sup>4</sup>.

---

Dans la quête d'un emploi, les PVVIH/sida ne sont pas seulement devant les obstacles physiques que pose leur maladie et la stigmatisation de la part d'employeurs potentiels : elles constatent également que le marché du travail ne satisfait pas même les besoins financiers d'une personne qui n'a pas de maladie ou de handicap.

## Évaluer les bienfaits et risques liés au fait de travailler

Plusieurs employeurs n'offrent pas de régime d'assurance santé, d'assurance médicaments ou d'assurance dentaire. Les témoignages, au sein de la communauté du VIH, indiquent que plusieurs organismes et sociétés ne peuvent pas offrir de régime collectif d'assurance, à des employés vivant avec le VIH/sida, parce que le coût pour l'employeur serait excessif. Malheureusement, le coût des nécessités élémentaires de la vie, associé au coût élevé des médicaments et de certaines mesures de soutien, peut être trop élevé pour le salaire que gagnent plusieurs PVVIH/sida. Pour plusieurs de ces personnes, l'admissibilité aux régimes publics d'assistance sociale est le seul moyen de couvrir ces coûts médicaux, même si les programmes ne sont pas à la hauteur du coût élémentaire de la vie (i.e. loyer et alimentation). Les travailleurs autonomes ne sont pas généralement admissibles à des régimes privés, s'ils sont séropositifs. D'autres, qui sont en bonne santé et/ou qui ont un régime adéquat d'assurance santé, doivent évaluer les possibles répercussions financières qu'elles rencontreraient si elles quittaient leur emploi.

Dans l'analyse des implications d'un départ, permanent ou temporaire, de leur emploi pour cause de maladie (prévue ou non), les PVVIH/sida éprouvent diverses craintes :

- la non-admissibilité aux régimes publics de soutien du revenu et de prestations d'invalidité;
- l'incapacité à recouvrer leurs avantages sociaux après un congé temporaire;
- l'utilisation, par les payeurs de prestations (p. ex. une compagnie d'assurance), de résultats de leurs tests cliniques (numération des cellules CD4+) comme seul critère pour révoquer des prestations;
- le risque d'être contraint de retourner au travail en raison d'attentes irréalistes de la part des payeurs de prestations;
- la perte d'une assurance médicaments;
- la perte d'un régime élargi d'assurance santé
- la perte d'accès à des services de gardiennage d'enfants.

La complexité des programmes de soutien du revenu, couplée à la gravité possible des répercussions financières et sur la santé, d'une décision de quitter ou de reprendre le travail, fait de cette démarche un énorme défi. Le degré élevé de connaissances techniques et d'accès à des renseignements à jour, à propos de toutes les politiques pertinentes, nécessite une expertise spécialisée et une formation qui se situent au-delà de la capacité de la plupart des Canadien-nes. En conséquence, plusieurs organismes de lutte contre le sida (OLS) et d'organismes communautaires (OC) offrent des « services conseils en matière de prestations ». Un conseiller en matière de prestations est un membre du personnel (ou un bénévole) qui détient une formation et de l'expérience en lien avec ces politiques. Ces conseillers aident les clients à comprendre les options qui s'offrent à eux ainsi que les risques et les avantages de chaque décision possible.

---

Une recherche réalisée par la Société canadienne du sida, en 1998, a identifié les défis suivants pour les PVVIH/sida qui tentent de calculer les risques et avantages liés à l'amorce d'un travail ou au retour sur le marché de l'emploi<sup>5</sup> :

- la nécessité de protéger leur confidentialité, lorsqu'elles font des demandes ou des recherches d'information à propos de divers régimes privés et publics de prestations (sans risque de soulever des soupçons et de déclencher une révision de leur dossier);
- un besoin d'aide à peser les divers pour et contre, et à comprendre les implications financières de chaque option;
- le besoin de personnes qualifiées et formées qui ont accès à une information exacte et à jour, pour les aider dans leurs décisions.

## LA LUTTE DE LA COMMUNAUTÉ POUR SOUTENIR LES PVVIH/SIDA

La capacité des OLS et des fournisseurs de services à fournir ce soutien constitue elle aussi un défi, en raison d'un certain nombre d'obstacles<sup>6</sup> :

- le counselling en matière de prestations nécessite un niveau élevé d'expertise, de formation et/ou d'expérience;
- d'éventuelles erreurs dans l'information et les avis qu'ils donnent pourraient les exposer à des poursuites en responsabilité;
- la complexité et la diversité des programmes de soutien nécessite un degré élevé de connaissances, de ressources et un soutien technique continu;
- un manque de sensibilisation et de connaissances sur le VIH s'observe parmi les administrateurs et employés de programmes, de même qu'en milieu de travail;
- des interventions sont nécessaires auprès des régimes d'assurance actuels, de même que le développement d'alliances avec d'autres groupes impliqués dans le travail auprès de personnes qui vivent avec un handicap, afin d'assurer qu'ils satisfont les besoins de ces personnes. Malheureusement, les organismes locaux n'ont souvent pas le temps, les ressources ou l'expertise pour ce faire.

La communauté du VIH/sida est aux prises avec un financement inadéquat qui conduit à un manque de capacité de soutenir des PVVIH/sida qui vivent dans la pauvreté ou qui y sont vulnérables<sup>7</sup>. Des témoignages de membres de la Société canadienne du sida ont révélé que des OLS ont aboli d'importants postes au sein de leur personnel (p. ex. à la coordination des bénévoles ou des activités éducatives), qu'ils ont vu réduire leurs fonds d'opération et, dans certains cas, ont complètement perdu leur financement. Les structures actuelles de l'allocation de fonds favorisent des projets à court terme, non durables, qui nécessitent une administration et une gestion excessives. Un roulement rapide au sein du personnel et les préoccupations de santé des employés (stress, salaires moindres, régimes de pension et de prestations à la santé) ont aussi été identifiés comme des problèmes majeurs. Le besoin de services et de sensibilisation à propos du VIH/sida, en général, est à la hausse; les organismes ploient sous la demande et certains envisagent de rétrécir leur mandat. Ces obstacles, en plus de nuire à la capacité de la communauté du VIH/sida de réagir à la pauvreté parmi les personnes touchées, affecte aussi la capacité d'autres personnes vulnérables à l'infection.



## Des préoccupations communes

On a maintes fois insisté sur l'importance de la collaboration et des partenariats multisectoriels, entre organismes communautaires œuvrant dans divers domaines. Les alliances entre des organismes de lutte contre le sida et des organismes impliqués relativement à d'autres handicaps sont de plus en plus fructueuses. Plusieurs des personnes qui font partie de leurs bassins de clientèle ont des préoccupations en commun<sup>8</sup>. À l'heure actuelle, la SCS encourage et soutient des alliances avec le mouvement canadien de lutte contre la pauvreté, puisque celui-ci et le mouvement de lutte contre le VIH/sida ont en commun plusieurs préoccupations. Cependant, le manque de ressources n'est pas le lot unique de la communauté du VIH/sida; il affecte aussi les mouvements communautaires de lutte contre d'autres handicaps et contre la pauvreté. Un manque de fonds d'opération et d'infrastructures, dans une communauté, affectera la capacité d'autres communautés de satisfaire les besoins des clients et populations cibles qu'elles ont en commun. Les OLS n'ont ni les ressources ni l'expertise pour répondre à tous les besoins de leurs clients en ce qui a trait à la pauvreté ou à l'invalidité; ils ont besoin de l'appui d'autres communautés. Par ailleurs, les autres communautés ne peuvent pas satisfaire tous les besoins de leurs clients, en ce qui touche la prévention, les soins, les traitements et le soutien pertinents au VIH, sans l'assistance de la communauté du VIH/sida. Les trois communautés ont donc besoin de ressources pour soutenir leurs propres clients et pour bâtir des collaborations et partenariats durables et significatifs avec d'autres organismes et agences.

## BREF COUP D'ŒIL SUR LES FAITS

Une enquête auprès de 44 OLS demandait d'énumérer les services qu'ils offrent, en réponse aux besoins de leurs clients en matière de revenu<sup>9</sup> :

- 71% offrent du counselling en matière de prestations; 30% donnent des ateliers sur les prestations; et 48%, des services de planification financière.
- Seulement 16% fournissent des prêts d'urgence, mais 68% de ceux-ci offrent aussi des fonds d'urgence sans remboursement requis.
- 46% offrent une banque alimentaire et 14%, un jardin communautaire.
- 18% font de l'intervention/sensibilisation en milieu de travail et 18% offrent une formation liée au travail.
- 68% fournissent du soutien à la recherche de logement.
- 75% font du plaidoyer pour accroître l'accès aux traitements.
- 68% font des activités générales de défense des droits et intérêts, tandis que 82% défendent les droits de leurs clients.
- 86% offrent du soutien pour remplir des formulaires de demande d'adhésion à des programmes gouvernementaux, et 66% accompagnent des clients à des rendez-vous et comparutions.
- Seulement 56% des organismes ont affirmé que les besoins de leur organisme étaient satisfaits, tandis que 34% ont dit qu'ils ne l'étaient que partiellement, ou pas du tout.

Lorsqu'on leur a demandé pourquoi leurs besoins programmatiques n'étaient pas satisfaits, 92% des répondants ont invoqué un manque de financement et 45%, un manque de personnel. De plus, 11% ont indiqué qu'ils n'étaient pas en mesure de répondre à la demande engendrée par l'insuffisance des programmes gouvernementaux de soutien du revenu.

---

## QUE PUIS-JE FAIRE?

### Organismes communautaires

- Initier ou élargir des partenariats, alliances et collaborations avec des organismes et mouvements communautaires afin d'inclure les OLS, les organismes anti-pauvreté et les organismes qui soutiennent les personnes vivant avec un handicap. Identifier les problématiques communes, partager les connaissances et compétences et se soutenir mutuellement.
- Faire des besoins de revenu des PVVIH/sida une priorité de votre travail ainsi que de celui de partenaires gouvernementaux, communautaires et du secteur de la recherche.
- Veiller à ce que la voix et l'expérience des PVVIH/sida se reflète dans tout votre travail relatif à la sécurité du revenu.

### Chercheurs

- Initier ou élargir des partenariats, alliances et collaborations avec des organismes et des chercheurs afin d'inclure les OLS, les organismes anti-pauvreté et les organismes qui soutiennent les personnes vivant avec un handicap. Identifier les préoccupations communes, partager les connaissances et compétences et se soutenir mutuellement.
- Faire des besoins de revenu des PVVIH/sida une priorité de votre travail ainsi que de celui de partenaires gouvernementaux, communautaires et du secteur de la recherche communautaire.
- Veiller à ce que la voix et l'expérience des PVVIH/sida se reflète dans tout votre travail relatif à la sécurité du revenu.

### Responsables et analystes des politiques / gouvernement

- Initier des alliances avec des organismes et des mouvements communautaires qui travaillent à éradiquer la pauvreté et la discrimination à l'égard des personnes marginalisées économiquement.
- Faire des besoins de revenu des PVVIH/sida une priorité de votre travail ainsi que de celui de partenaires gouvernementaux, communautaires et du secteur de la recherche communautaire.
- Veiller à ce que la voix et l'expérience des PVVIH/sida se reflète dans tout votre travail relatif à la sécurité du revenu.

- Accroître les ressources octroyées aux mouvements anti-pauvreté et d'aide aux personnes handicapées, en soutenant les infrastructures et opérations, aux paliers local, provincial et régional, de même que les organismes communautaires nationaux.
- Fournir des ressources financières au soutien de partenariats entre les mouvements de lutte contre le sida, les handicaps et la pauvreté. Le manque de ressources humaines est l'un des principaux obstacles à des collaborations significatives et durables.

## RESOURCE LIST:

Zamprelli, Jim, (2004), *Fournir du counselling en matière de prestations à des PVVIH/sida : manuel de référence et de formation des formateurs*, Ottawa, Société canadienne du sida.

(Téléchargeable via [www.cdnaids.ca](http://www.cdnaids.ca))

Proctor, Peggy (2002), *Au-delà des œillères : Questions relatives à l'incapacité dans le contexte du VIH et autres états épisodiques se poursuivant toute la vie*, Toronto, Groupe de travail canadien sur le VIH et la réinsertion sociale.

(Téléchargeable via [www.hivandrehab.ca](http://www.hivandrehab.ca))

Zamprelli, Jim (1998), *Force de renouveau : Participation des personnes vivant avec le VIH/sida au marché du travail*, Ottawa, Société canadienne du sida.

(Téléchargeable via [www.cdnaids.ca](http://www.cdnaids.ca))

Bacon, Jean (2004), *Votre politique sur le VIH en milieu de travail est-elle à jour?*, Ottawa, Société canadienne du sida.

(Téléchargeable via [www.cdnaids.ca](http://www.cdnaids.ca))

*Charte canadienne des droits et libertés*, édictée comme l'annexe B de la Loi de 1982 sur le Canada, 1982, ch. 11 (R.-U.), entrée en vigueur le 17 avril 1982.

(<http://laws.justice.gc.ca/fr/charte/>)

Commission canadienne des droits de la personne. ([www.chrc-ccdp.ca](http://www.chrc-ccdp.ca))



- 1 Weir, Robin, Joan Crook et Christine Vanditelli-Chapman (2003), *Épisodes imprévisibles de maladie dans l'expérience des personnes vivant avec le VIH/sida : une étude qualitative*, Toronto, Groupe de travail canadien sur le VIH et la réinsertion sociale.
- 2 De Bruyn, Theodore (1998), *VIH/sida et discrimination : un document de travail*, Société canadienne du sida et Réseau juridique canadien VIH/sida.
- 3 Zamprelli, Jim (1998), *Force de renouveau*, Ottawa, Société canadienne du sida.
- 4 De Wolff, Alice (2000), « The face of Globalization: Women Working », *les cahiers de la femme*, 54-59.
- 5 Zack, Elisse (1998), *Benefits Counselling Issues for People Living with HIV and AIDS who are Considering Entering or Re-entering the Workforce: A report on current work on these issues and strategy for future work in Canadian AIDS Service Organizations*, Ottawa, Société canadienne du sida.
- 6 *Ibid.*
- 7 Martin Spigelman Research Associates (2003), *Devancer l'épidémie du VIH/sida : Le rôle du gouvernement fédéral dans la Stratégie canadienne sur le VIH/sida 1998-2003*, rapport préparé pour Santé Canada et l'examen quinquennal de la SCVS.
- 8 Proctor, Peggy (2002), *Au-delà des œillères : Questions relatives à l'incapacité dans le contexte du VIH et autres états épisodiques se poursuivant toute la vie*, Toronto, Groupe de travail canadien sur le VIH et la réinsertion sociale.
- 9 L'enquête a été réalisée en 2004 par la Société canadienne du sida, dans le cadre du projet sur le soutien du revenu, 2003-2006.

La série de feuillets d'information sur le VIH et la pauvreté est une publication de la Société canadienne du sida. Ce projet est financé par le Programme de partenariats pour le développement social du gouvernement du Canada. Les opinions et les interprétations figurant dans la présente publication sont celles de l'auteur et ne représentent pas nécessairement celles du gouvernement du Canada.

La Société canadienne du sida est une coalition nationale de plus de 115 organismes communautaires de lutte contre le sida, des quatre coins du pays. La SCS travaille à rehausser la réponse au VIH/sida dans tous les secteurs de la société et à enrichir la vie des personnes et des communautés qui vivent avec le VIH/sida.

*Pour plus d'information ou pour télécharger ce feuillet d'information :*

**Société canadienne du sida**

309, rue Cooper (4<sup>e</sup> étage)  
Ottawa, Ontario  
K2P 0G5

Téléphone : (613) 230 3580  
Télocopie : (613) 563 4998  
Courriel : [casinfo@cdnaids.ca](mailto:casinfo@cdnaids.ca)  
Internet : [www.cdnaids.ca](http://www.cdnaids.ca)

This document is also available in English.

.....

*On peut se procurer d'autres exemplaires de ce document auprès de l'organisme suivant :*

Le Centre canadien d'information sur le VIH/sida  
[www.aidssida.cpha.ca](http://www.aidssida.cpha.ca)  
Téléphone : 1-877-999-7740  
Courriel : [aidssida@cpha.ca](mailto:aidssida@cpha.ca)  
Télocopie : (613) 563 4998

**Auteure :** Ainsley Chapman  
**Révision :** Jennifer Carmichael  
**Graphisme :** Marida Waters  
**Traduction :** Jean Dussault

Remerciements : pour leur passion et leur créativité, merci à tous les membres du Comité consultatif national.

*Tous droits réservés. La reproduction ou la transmission d'une partie ou de l'ensemble de ce document à des fins commerciales, que ce soit par des moyens électroniques ou mécaniques, y compris par la photocopie, l'enregistrement ou toute autre méthode actuelle ou à venir de stockage de l'information ou extraction de données, sont interdites à moins d'obtenir la permission écrite préalable de l'éditeur.*

*Ce document peut être reproduit à des fins non commerciales.*

Société canadienne du sida

Le VIH et la pauvreté – Feuillet d'information (2004)

# Feuillet #5

## LE VIH ET LA DESCENTE VERS LA PAUVRETÉ

### QUELS SONT LES NIVEAUX DE REVENU PARMI LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH AU CANADA?

Il n'existe pas, à l'heure actuelle, de méthode standardisée pour identifier les niveaux de revenu des personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH/sida), au Canada. Chaque projet de recherche et organisme de lutte contre le sida (OLS) utilise sa propre méthode de collecte d'information. Comme il n'y a pas de base de données ou de mécanisme national pour recueillir ou emmagasiner ces renseignements, il n'existe pas de statistiques pour l'ensemble du pays. Alors comment sait-on que la pauvreté est un problème parmi les PVVIH/sida? L'information présentée ci-dessous est un aperçu succinct de certaines données compilées par des OLS et des projets de recherche, à divers endroits. Bien que ces données ne puissent servir à dégager une tendance nationale ou des généralisations à propos d'une population, elles illustrent bel et bien que la pauvreté est présente parmi les PVVIH/sida, au Canada, et que l'infection à VIH peut être un important facteur de descente dans la pauvreté.

### Projets longitudinaux

Un ensemble de projets de recherche, au Canada, sur la base de partenariats entre le monde universitaire et le secteur communautaire, rassemblent des renseignements sur le revenu et l'emploi, entre autres données démographiques. Ces projets sont des recherches à long terme qui procèdent à un suivi des indicateurs mesurables du risque. Ils tendent à porter sur un plus grand échantillon de participants (entre 500 et 1 200) et se concentrent

Pour découvrir d'autres aspects de la pauvreté et du VIH, consultez le reste de cette série de feuillets :

Feuillet #1 – Le lien entre la pauvreté et le VIH

Feuillet #2 – Comment on identifie la pauvreté, au Canada

Feuillet #3 – Perspective économique sur le risque

Feuillet #4 – Vivre avec les coûts d'un handicap

Feuillet #5 – Le VIH et la descente vers la pauvreté

Feuillet #6 – L'impact de la pauvreté dans la vie d'une personne vivant avec le VIH

Feuillet #7 – Les prestations publiques en matière de revenu et de santé

---

habituellement sur une population de grande ville, ou sont partenaires d'un autre projet et procèdent à des comparaisons de données d'une ville avec une autre.

### **Recherche qualitative et évaluations de besoins**

Certaines études portent sur un nombre beaucoup plus limité de participants (entre 10 et 499) et explorent comment certains facteurs, comme le revenu, se répercutent sur la qualité de vie. Ces projets procèdent habituellement par entrevues, groupes de discussion et sondages; ils sont souvent utilisés au palier local dans l'élaboration de programmes et la fourniture de services. Ils peuvent être réalisés par des chercheurs universitaires, dans le cadre de recherches communautaires ou d'évaluation de besoins et de rapports d'évaluation de programmes.

### **Formulaires à l'admission et récits de vie**

Plusieurs OLS collectent des renseignements relatifs au revenu, lorsque de nouveaux clients sont invités à remplir un « formulaire d'admission ». Ces formulaires permettent à chaque organisme de mieux comprendre sa clientèle et adapter ses programmes à ses besoins. De telles données ne sont pas recueillies par tous les OLS; là où l'on en recueille, elles sont habituellement marquées au sceau de la confidentialité et ne peuvent pas être partagées hors de l'organisme. Un OLS peut utiliser cette information lorsqu'il prépare des demandes de financement de projets portant sur la pauvreté parmi sa clientèle, ou il peut partager et combiner les données avec d'autres OLS dans sa communauté, pour rehausser leur profil.

Les récits d'expérience et les témoignages, bien qu'ils ne soient pas significatifs sur le plan statistique, sont un aspect très important à la compréhension de la relation entre le VIH et la pauvreté. Il est essentiel que les statistiques soient accompagnées par l'expression du vécu. Une description personnelle de la vie dans la pauvreté, ou de l'expérience de présenter une demande à un programme de soutien du revenu, peut illustrer certaines manières dissimulées par lesquelles des valeurs sociales et culturelles, des structures bureaucratiques ou des dispositions du droit affectent la capacité d'un individu de sécuriser sa situation financière.

- Écoutez les personnes raconter leur histoire; et prenez en note (avec leur permission) les incidents discriminatoires dont vous êtes mis au courant.
- Consignez la date, l'heure et le nom de l'administrateur du programme, s'il s'agit d'une plainte spécifique à propos de l'interaction du client avec un programme gouvernemental.
- Une occasion de plaidoyer peut se manifester, si plus d'un client rencontre la même situation ou des problèmes avec le même individu.

- Un compte-rendu verbal est en soi un acte de plaidoyer. Cela donne une voix à l'expérience, afin qu'elle ne soit pas étouffée, oubliée ou laissée pour compte par les dédales des structures bureaucratiques ou la recherche « objective ».

## QUELS SONT LES CONSTATS?

Une étude réalisée au Nouveau-Brunswick auprès de (57) PVVIH/sida a comparé leurs niveaux de revenus au moment de leur diagnostic, puis au moment de l'étude<sup>1</sup>. On a noté une augmentation, de 10 à 17, du nombre de foyers dont le revenu annuel était inférieur à 9 999 \$ depuis le diagnostic de séropositivité.

- Parmi le groupe à faible revenu, 47 % ont indiqué qu'il y avait eu un changement à leur statut financier à cause de leur infection à VIH; et 27 % de ceux du groupe à revenu élevé ont fait la même affirmation.
- Les participants du groupe à faible revenu étaient plus susceptibles que ceux du groupe à revenu élevé de se décrire comme étant trop handicapés pour travailler (56 % contre 20 %) ou comme étant sans emploi et à la recherche de travail (22 % contre 3 %).
- La moitié du groupe à revenu élevé était des personnes ayant un emploi à temps plein, alors que seulement 6 % du groupe à faible revenu avaient un emploi à temps plein.
- Les participants à faible revenu comptaient plus sur l'aide sociale que sur un revenu d'emploi. Parmi eux, 67 % recevaient des prestations provinciales d'aide sociale et 22 % touchaient des prestations du RPC.
- Invitées à évaluer à quel degré leur revenu était adéquat à leurs besoins, les personnes du groupe à faible revenu étaient plus susceptibles de signaler une situation financière généralement ou totalement inadéquate (75 % contre 18 %).
- Parmi le groupe aux prises avec l'instabilité financière, 20 % recevaient des prestations du RPC et 20 % touchaient des prestations de l'assurance emploi – ce qui fait foi de lacunes de ces programmes de revenu à soutenir adéquatement des PVVIH/sida.

Une étude réalisée en 2002 a révélé que 50 % des PVVIH/sida en Colombie-Britannique vivent dans la pauvreté (d'après la mesure du seuil de faible revenu)<sup>2</sup>.

Ces études montrent non seulement la nécessité de soutenir les PVVIH/sida dans l'accès à des emplois adéquatement rémunérés, mais aussi de veiller à ce que les programmes publics de soutien du revenu soient capables de satisfaire leurs besoins et ne contribuent pas à les rendre vulnérables à la pauvreté<sup>3</sup>.

---

## QUE PUIS-JE FAIRE?

### Organismes communautaires

- Identifier et utiliser plus d'instruments de collecte d'information sur le revenu et le vécu de la pauvreté, en demandant du soutien à un technicien en recherche communautaire, dans leur région, ou à la Société canadienne du sida.
- Augmenter le volume de données collectées et consignées, à propos du vécu économique des PVVIH/sida une fois qu'elles reçoivent leur sérodiagnostic.
- Veiller à ce que votre organisme dispose d'une politique des ressources humaines qui aborde la maladie chronique, le VIH et la discrimination. Partager votre politique avec vos organismes partenaires.

### Chercheurs

- Augmenter le volume de recherche sur le vécu économique des PVVIH/sida une fois qu'elles reçoivent leur sérodiagnostic.
- Travailler avec des OLS et des PVVIH/sida pour identifier quelles méthodes de recherche sur le revenu sont acceptables et qui satisfont les normes éthiques communautaires. Consulter la communauté lorsque vous développez des certificats d'éthique, élaborer des projets ou des formulaires de consentement.
- Augmenter le volume de recherche sur les obstacles ou les adjuvants à un milieu de travail sain, et sur les politiques de ressources humaines.
- Rendre les comptes-rendus et conclusions de recherche plus « conviviaux » et plus accessibles pour les organismes communautaires.

### Responsables et analystes des politiques / gouvernement

- Soutenir et favoriser des recherches sur le vécu économique des PVVIH/sida une fois qu'elles reçoivent leur sérodiagnostic.
- Faire connaître les lois fédérales et provinciales en matière de travail, d'une manière qui soit appropriée à la culture des divers groupes d'individus (en tenant compte du niveau d'alphabétisation et de scolarisation, de la culture, de l'accès aux technologies de l'information et à un ordinateur, etc.).



- Travailler à faire en sorte que le caractère inadéquat du marché du travail actuel à satisfaire les besoins financiers et professionnels des Canadiens (en particulier de ceux qui vivent avec une maladie ou un handicap, et de ceux qui sont marginalisés sur le plan social et économique), fasse partie des facteurs pris en compte dans l'évaluation de l'admissibilité aux programmes publics de soutien du revenu, jusqu'à ce que le marché corresponde à ces besoins.

## BREF COUP D'ŒIL SUR LES FAITS

### Enquêtes nationales

À notre connaissance, une seule étude nationale avait pour objet de recueillir de l'information sur le revenu des PVVIH/sida. Elle a été réalisée en 1998 par la Société canadienne du sida, qui a distribué 9 000 questionnaires dont 1 400 ont été complétés et lui ont été retournés<sup>4</sup>.

Parmi les répondants, 74 % avaient un revenu annuel brut inférieur à 29 000 \$; 45 % ont déclaré un revenu annuel de moins de 12 000 \$. C'est un constat marquant, compte tenu que le seuil de faible revenu établi par Statistique Canada pour 1997 était de 16 565 \$. Un très grand nombre de PVVIH/sida ont signalé vivre en deçà du seuil de la pauvreté. Approximativement 42 % touchaient des prestations d'aide sociale, alors que seulement 11 % recevaient des revenus de compagnies d'assurances privées. Seulement 33 % des répondants ont déclaré avoir un revenu composé de rémunération, d'épargnes ou d'un salaire.

## RESSOURCES

Zamprelli, Jim (1998), *Force de renouveau : Participation des personnes vivant avec le VIH/sida au marché du travail*, Ottawa, Société canadienne du sida. (Téléchargeable via [www.cdnaids.ca](http://www.cdnaids.ca))

Réseau de la recherche communautaire sur le VIH [www.hiv-cbr.net](http://www.hiv-cbr.net)

Association canadienne de recherche sur le VIH [www.cahr-acrv.ca](http://www.cahr-acrv.ca)



La série de feuillets d'information sur le VIH et la pauvreté est une publication de la Société canadienne du sida. Ce projet est financé par le Programme de partenariats pour le développement social du gouvernement du Canada. Les opinions et les interprétations figurant dans la présente publication sont celles de l'auteur et ne représentent pas nécessairement celles du gouvernement du Canada.

La Société canadienne du sida est une coalition nationale de plus de 115 organismes communautaires de lutte contre le sida, des quatre coins du pays. La SCS travaille à rehausser la réponse au VIH/sida dans tous les secteurs de la société et à enrichir la vie des personnes et des communautés qui vivent avec le VIH/sida.

*Pour plus d'information ou pour télécharger ce feuillet d'information :*

**Société canadienne du sida**  
309, rue Cooper (4<sup>e</sup> étage)  
Ottawa, Ontario  
K2P 0G5

Téléphone : (613) 230 3580  
Télécopie : (613) 563 4998  
Courriel : [casinfo@cdnaids.ca](mailto:casinfo@cdnaids.ca)  
Internet : [www.cdnaids.ca](http://www.cdnaids.ca)

This document is also available in English.

.....

*On peut se procurer d'autres exemplaires de ce document auprès de l'organisme suivant :*

Le Centre canadien d'information sur le VIH/sida  
[www.aidssida.cpha.ca](http://www.aidssida.cpha.ca)  
Téléphone : 1-877-999-7740  
Courriel : [aidssida@cpha.ca](mailto:aidssida@cpha.ca)  
Télécopie : (613) 563 4998

**Auteure :** Ainsley Chapman  
**Révision :** Jennifer Carmichael  
**Graphisme :** Marida Waters  
**Traduction :** Jean Dussault

Remerciements : pour leur passion et leur créativité, merci à tous les membres du Comité consultatif national.

*Tous droits réservés. La reproduction ou la transmission d'une partie ou de l'ensemble de ce document à des fins commerciales, que ce soit par des moyens électroniques ou mécaniques, y compris par la photocopie, l'enregistrement ou toute autre méthode actuelle ou à venir de stockage de l'information ou extraction de données, sont interdites à moins d'obtenir la permission écrite préalable de l'éditeur.*

*Ce document peut être reproduit à des fins non commerciales.*

1 Olivier, Claude (2001), « Les rapports entre le revenu et les soins de santé, le bien-être social et la santé mentale chez les personnes vivant avec le VIH/sida », *Travail social canadien*, numéro spécial, 3 (1) : 51-66.

2 Gallo, Lisa (1er septembre 2004), « News release – Almost 50 Per Cent of HIV-Positive British Columbians Living in Poverty », Vancouver, BC Persons With AIDS Society.

3 Olivier, Claude (2001), « Les rapports entre le revenu et les soins de santé, le bien-être social et la santé mentale chez les personnes vivant avec le VIH/sida », *Travail social canadien*, numéro spécial, 3 (1) : 51-66.

4 Zamprelli, Jim, (2004), *Fournir du counselling en matière de prestations à des PVVIH/sida : manuel de référence et de formation des formateurs*, Ottawa, Société canadienne du sida. (Téléchargeable via [www.cdnaids.ca](http://www.cdnaids.ca))

Société canadienne du sida

Le VIH et la pauvreté – Feuillet d'information (2004)

# Feuillet #6

## L'IMPACT DE LA PAUVRETÉ DANS LA VIE D'UNE PERSONNE VIVANT AVEC LE VIH

### UNE DIMINUTION DE LA QUALITÉ DE VIE

La « qualité de vie » se définit et se mesure de diverses manières, dont chacune décrit notamment les sentiments personnels d'une personne à l'égard de sa vie. C'est une mesure importante, puisque la qualité de vie d'une personne qui vit avec le VIH/sida (PVVIH/sida) est directement liée à son degré de pauvreté.

La qualité de vie a été définie notamment comme « le degré auquel une personne jouit d'importantes possibilités de sa vie dans trois grandes sphères – l'être, l'appartenance et le devenir »<sup>1</sup> [trad.]. Il s'agit de se demander à quel point une personne peut participer à diverses expériences de la vie et en bénéficier. Cela peut inclure le vécu lié aux diverses dimensions de l'existence, le physique, le psychologique et le spirituel. Une personne qui a une qualité de vie élevée est capable de jouir de son corps, de son état psychologique et de sa spiritualité. La qualité de vie d'un individu concerne aussi le degré auquel il est capable de bénéficier d'activités qui l'aident à cheminer vers ses buts, espoirs et souhaits personnels. L'une des facettes les plus importantes, dans la qualité de vie et le bien-être, est l'« appartenance », ou le fait de cadrer, d'avoir une place, dans son milieu. Les PVVIH/sida n'ont pas seulement des limites physiques qui affectent leur expérience de vie : elles rencontrent aussi des stigmates et de la discrimination qui contribuent à ces limites. On peut vivre mieux avec une maladie et un handicap si l'on dispose d'une vaste gamme d'options d'emploi, d'un revenu sûr et d'un réseau de soutien formé de membres de la famille, d'amis et d'autres personnes de la communauté. En revanche, l'expérience de la maladie et/ou du handicap devient beaucoup plus ardue en présence de stigmates et de discrimination qui réduisent ou éliminent ce soutien.

Dans une étude auprès de (110) femmes vivant avec le VIH, en Colombie-Britannique, 30 % ont signalé un revenu inférieur à 10 000 \$ et 21 % ont déclaré un revenu entre 10 000 et 19 000 \$<sup>2</sup>. L'impact de l'instabilité économique parmi ce groupe de femmes illustre à quel point la pauvreté joue un rôle

Pour découvrir d'autres aspects de la pauvreté et du VIH, consultez le reste de cette série de feuillets :

Feuillet #1 – Le lien entre la pauvreté et le VIH

Feuillet #2 – Comment on identifie la pauvreté, au Canada

Feuillet #3 – Perspective économique sur le risque

Feuillet #4 – Vivre avec les coûts d'un handicap

Feuillet #5 – Le VIH et la descente vers la pauvreté

Feuillet #6 – L'impact de la pauvreté dans la vie d'une personne vivant avec le VIH

Feuillet #7 – Les prestations publiques en matière de revenu et de santé

---

important parmi les facteurs psychosociaux du stress qui affectent la qualité de vie d'une personne. Par exemple, parmi une liste de 14 possibles facteurs psychosociaux du stress qui étaient vécus « assez souvent ou la plupart du temps », six étaient directement liés à la pauvreté ou à l'insécurité économique. Le premier facteur de stress, signalé par 61 % des participantes, était de « ne pas avoir assez d'argent ». Parmi les autres facteurs de stress pertinents au revenu, qu'ont déclarés les participantes :

- 40 % craignaient de manquer d'argent pour acheter leurs médicaments ou thérapies
- 38 % se préoccupaient du manque de logements abordables
- 34 % se préoccupaient d'un manque de transport
- 24 % craignaient de perdre leur emploi (*alors que seulement 25 % avaient un emploi*)
- 13 % s'inquiétaient du manque de services adéquats pour la garde d'enfants (*seulement 51 % étaient mères*).

Un certain nombre d'autres problématiques ont été associées indirectement à la pauvreté. Plusieurs résultaient d'un manque de ressources dans le système de santé, pouvant entraîner d'éventuels problèmes financiers pour les femmes :

- 52 % craignaient le rejet ou la discrimination
- 41 % étaient préoccupées par leurs problèmes médicaux ou de santé
- 30 % étaient préoccupées par la maladie dans leur famille
- 29 % étaient préoccupées par un manque de soutien émotionnel.

Des expériences semblables ont été décrites par des participantes à une étude de 1998 auprès de 57 PVVIH/sida au Nouveau-Brunswick<sup>3</sup>. De ce groupe, 33 % ont déclaré un revenu annuel inférieur à 14 999 \$ (qui était le seuil de faible revenu établi par Statistique Canada, pour 1998), tandis que 53 % se déclaraient dans une catégorie de revenu plus élevé (de 15 000 \$ ou plus). Dans cette étude, la principale différence entre le groupe à faible revenu et celui à revenu plus élevé résidait dans la qualité de vie et l'expérience de la vie avec le VIH<sup>4</sup>. D'une liste de 23 problèmes et sentiments, le groupe à faible revenu a signalé rencontrer tous les éléments, sauf trois, plus fréquemment que le groupe à revenu plus élevé. Les cinq items d'importance particulière étaient :

- un sentiment de dépression et de désespoir
- la discrimination liée au VIH
- des tensions familiales dues au VIH/sida
- l'usage d'alcool ou d'autres drogues
- le rejet de la part de membres de la famille ou d'amis.

## UNE PROGRESSION PLUS RAPIDE DE LA MALADIE

Des données portent à croire que le fait de vivre dans la pauvreté est non seulement susceptible de causer une perte de qualité de vie, mais aussi d'accélérer la progression de l'infection ou de la maladie à VIH. Dans une étude auprès d'hommes vivant avec le VIH, au Canada, ceux qui vivaient dans la pauvreté sont devenus plus malades et sont décédés plus rapidement – en dépit d'un système universel de soins de santé où les individus ont accès à des services diagnostics et des soins médicaux d'urgence, des services de spécialistes et, dans le cas en l'espèce, à un accès et un recours égaux aux traitements pour le VIH<sup>5</sup>.

---

## QUE PUIS-JE FAIRE?

### Organismes communautaires

- Initier ou élargir des partenariats, alliances et collaborations avec des organismes et mouvements communautaires afin d'inclure les OLS, les organismes anti-pauvreté et les organismes qui soutiennent les personnes qui vivent avec un handicap. Identifier les problématiques communes, partager les connaissances et compétences et se soutenir mutuellement.
- Faire des besoins de revenu des PVVIH/sida une priorité de votre travail ainsi que de celui de partenaires gouvernementaux, communautaires et du secteur de la recherche.

### Chercheurs

- Augmenter le volume de recherche sur la relation entre le VIH, la qualité de vie et la progression de la maladie, au Canada.
- Initier ou élargir des partenariats, alliances et collaborations avec des organismes et chercheurs, afin d'inclure les OLS, les organismes anti-pauvreté et les organismes qui soutiennent les personnes qui vivent avec un handicap. Identifier les problématiques communes, partager les connaissances et compétences et se soutenir mutuellement.
- Faire des besoins de revenu des PVVIH/sida une priorité de votre travail ainsi que de celui de partenaires gouvernementaux, communautaires et du secteur de la recherche.

### Responsables et analystes des politiques / gouvernement

- Reconnaître que le système de soins de santé, à lui seul, ne suffit pas à créer la santé au Canada.
- Intégrer des discussions plus poussées sur le rôle de la pauvreté en tant que facteur crucial à aborder pour améliorer la santé des Canadien-nes, en particulier de celles et ceux qui vivent avec une affection ou un handicap.
- Élaborer des stratégies pour s'attaquer à la pauvreté dans le cadre du continuum des soins publics de santé et de la prévention de la maladie.
- Le gouvernement canadien doit faire preuve de leadership et respecter son engagement aux traités, déclarations et engagements internationaux dont il est signataire en qualité de membre des Nations Unies :
  - la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida (2001)
  - les Directives internationales sur le VIH/sida et les droits de la personne (1998) et la Directive 6 révisée (2002)
  - la Déclaration universelle des droits de l'homme (1948)
  - le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et politiques (1976)
  - la Convention internationale relative aux droits de l'enfant (1989)
  - la Déclaration des droits des personnes handicapées (1975)
- Le gouvernement canadien doit s'engager à réduire les disparités économiques (la pauvreté absolue et relative) au Canada, et de faire en sorte que la richesse soit redistribuée plus également, au pays.

1 Raphael, Dennis (2001), « From Increasing Poverty to Societal Disintegration: How economic inequality affects the health of individuals and communities », dans Pat Armstrong, Hugh Armstrong et David Coburn (dir.), *Unhealthy Times: Political Economy Perspectives on Health and Care*, Toronto, Oxford University Press.

2 Kirkham, Colleen, et Daphne J. Lobb, « The British Columbia Positive Women's Survey: a detailed profile of 110 HIV-infected women », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 158(3) :317-323.

3 Olivier, Claude (2001), « Les rapports entre le revenu et les soins de santé, le bien-être social et la santé mentale chez les personnes vivant avec le VIH/sida », *Travail social canadien*, numéro spécial, 3 (1) : 51-66.

4 *Ibid.*

5 Schechter, Martin T., Robert S. Hogg, Bruce Aylward, Kevin J.P. Craib, Thinh N. Le et Julio S.G. Montaner, « Higher Socioeconomic Status is associated with Slower Progression of HIV Infection Independent of Access to Health Care », *Journal of Clinical Epidemiology*, 1994, 47(1) : 59-67.

La série de feuillets d'information sur le VIH et la pauvreté est une publication de la Société canadienne du sida. Ce projet est financé par le Programme de partenariats pour le développement social du gouvernement du Canada. Les opinions et les interprétations figurant dans la présente publication sont celles de l'auteur et ne représentent pas nécessairement celles du gouvernement du Canada.

La Société canadienne du sida est une coalition nationale de plus de 115 organismes communautaires de lutte contre le sida, des quatre coins du pays. La SCS travaille à rehausser la réponse au VIH/sida dans tous les secteurs de la société et à enrichir la vie des personnes et des communautés qui vivent avec le VIH/sida.

*Pour plus d'information ou pour télécharger ce feuillet d'information :*

**Société canadienne du sida**  
309, rue Cooper (4<sup>e</sup> étage)  
Ottawa, Ontario  
K2P 0G5

Téléphone : (613) 230 3580  
Télécopie : (613) 563 4998  
Courriel : [casinfo@cdnaids.ca](mailto:casinfo@cdnaids.ca)  
Internet : [www.cdnaids.ca](http://www.cdnaids.ca)

This document is also available in English.

.....

*On peut se procurer d'autres exemplaires de ce document auprès de l'organisme suivant :*

Le Centre canadien d'information sur le VIH/sida  
[www.aidssida.cpha.ca](http://www.aidssida.cpha.ca)  
Téléphone : 1-877-999-7740  
Courriel : [aidssida@cpha.ca](mailto:aidssida@cpha.ca)  
Télécopie : (613) 563 4998

**Auteure :** Ainsley Chapman  
**Révision :** Jennifer Carmichael  
**Graphisme :** Marida Waters  
**Traduction :** Jean Dussault

Remerciements : pour leur passion et leur créativité, merci à tous les membres du Comité consultatif national.

*Tous droits réservés. La reproduction ou la transmission d'une partie ou de l'ensemble de ce document à des fins commerciales, que ce soit par des moyens électroniques ou mécaniques, y compris par la photocopie, l'enregistrement ou toute autre méthode actuelle ou à venir de stockage de l'information ou extraction de données, sont interdites à moins d'obtenir la permission écrite préalable de l'éditeur.*

*Ce document peut être reproduit à des fins non commerciales.*

Société canadienne du sida

Le VIH et la pauvreté – Feuillet d'information (2004)

# Feuillet #7

## LES PRESTATIONS PUBLIQUES EN MATIÈRE DE REVENU ET DE SANTÉ

### L'INCAPACITÉ ET LE FILET ACTUEL DE SÉCURITÉ SOCIALE AU CANADA

L'incapacité et ses répercussions sociales et physiques sont considérées selon diverses perspectives par divers groupes et communautés (p. ex. les personnes qui ont un handicap, les groupes de plaidoyer, les médecins et le grand public)<sup>1</sup>. La perception de l'incapacité affectera sa définition, l'élaboration des programmes ainsi que leurs méthodes pour établir l'admissibilité. Cela peut influencer les buts, les définitions et les critères d'admissibilité, pour ces groupes. Leurs perspectives ne concordent toutefois pas nécessairement avec celles que mettent de l'avant le secteur communautaire et les personnes qui plaident pour les personnes qui vivent avec le VIH/sida (PVVIH/sida) ou avec d'autres handicaps.

### DÉFINIR LES CHOSES

La compréhension de la définition de l'incapacité met en lumière les raisons pour lesquelles le système actuel de soutien du revenu existe dans sa forme actuelle, et comment les organismes communautaires peuvent faire valoir la nécessité de le modifier. Voici trois manières de considérer l'incapacité<sup>2</sup>.

### La perspective de la déficience

Ce modèle médical identifie l'incapacité comme un problème de santé. Les critiques à son égard portent sur l'emphase qu'il place sur une notion de « défaut » physique ou

Pour découvrir d'autres aspects de la pauvreté et du VIH, consultez le reste de cette série de feuillets :

Feuillet #1 – Le lien entre la pauvreté et le VIH

Feuillet #2 – Comment on identifie la pauvreté, au Canada

Feuillet #3 – Perspective économique sur le risque

Feuillet #4 – Vivre avec les coûts d'un handicap

Feuillet #5 – Le VIH et la descente vers la pauvreté

Feuillet #6 – L'impact de la pauvreté dans la vie d'une personne vivant avec le VIH

Feuillet #7 – Les prestations publiques en matière de revenu et de santé

---

mental, et sur le fait qu'il serve de toile de fond aux arguments d'après lesquels une personne qui vit avec une incapacité serait anormale ou inférieure. Jusqu'en 2001, c'était l'approche en vigueur à l'Organisation mondiale de la santé; elle a influencé plusieurs modèles de soins et de soutien.

### **La perspective des limitations fonctionnelles**

Cette perspective vise à élargir le modèle médical afin d'inclure le milieu social et physique. Elle mesure l'incapacité en calculant le nombre de limites ou de restrictions, chez une personne, en comparaison avec ce qui est considéré être « standard » chez les humains. Les limites prises en compte incluent celles qui restreignent la capacité de conformité à un rôle social (p. ex. prendre un enfant et le porter).

### **La perspective des droits sociaux et humains<sup>3</sup>**

Cette perspective ne considère pas l'incapacité en soi, mais plutôt comment elle affecte l'interaction de la personne avec son environnement social ou physique (p. ex. le travail, le foyer ou l'école). Les définitions qui cadrent dans cette perspective tendent à considérer l'incapacité d'une personne comme un résultat de l'échec de son milieu à s'adapter à ses besoins. L'incapacité est ainsi considérée comme un concept social, un reflet de l'incapacité de la société à tenir compte de ces besoins et à s'y adapter. Le modèle des droits humains considère qu'une personne qui vit avec une incapacité est un être humain qui, en raison de son état médical, ne jouit pas des mêmes droits légaux et sociaux que les autres. La définition actuelle de la Classification internationale des déficiences, des incapacités et des handicaps (CIDIH), adoptée par l'Organisation mondiale de la santé, qui illustre cette perspective, n'est en vigueur que depuis mai 2001.

## **COMMENT SITUER LA MALADIE À VIH DANS LES MODÈLES ET DÉFINITIONS DE HANDICAP/INVALIDITÉ?**

Le modèle actuellement en essor, dans la communauté médicale et le secteur de la réhabilitation, ainsi que parmi les PVVIH/sida et les organismes communautaires, est celui de la CIDIH. L'approche d'équipe, ou multisectorielle, pour la compréhension de l'incapacité liée au VIH, intègre la santé de l'individu ainsi que son environnement social.

Le mouvement communautaire de lutte contre le sida, au Canada, fait aussi la promotion du modèle des droits humains, en lien avec l'incapacité et le VIH. Cette approche reconnaît que les PVVIH/sida forment un groupe social stigmatisé, marginalisé et exposé à la discrimination en raison de son handicap. L'une des réactions de cette approche, devant les conséquences sociales de la séropositivité au VIH, mise sur des garanties de la Charte canadienne des droits et libertés.



---

## LES PROGRAMMES FÉDÉRAUX DE SOUTIEN DU REVENU POUR PERSONNES HANDICAPÉES

Les gouvernements (fédéral, provinciaux/territoriaux et municipaux) fournissent divers types de prestations et services. Chaque programme, doté de ses propres buts et mandats, peut être coordonné (ou non) pour fonctionner en conjonction avec d'autres. Ces mesures peuvent être classées en trois principaux types.

1. **Les paiements monétaires et allocations mensuelles** : des paiements sont fournis mensuellement ou aux deux semaines, généralement pour la nourriture, le logement et les dépenses de la vie courante. Certains peuvent fournir des bons d'une certaine valeur d'échange, mais il s'agit généralement d'argent que le bénéficiaire peut utiliser à sa discrétion. Le montant versé est habituellement calculé au moyen d'une formule générale élaborée par l'instance qui gère le programme, et qui dans bien des cas ne tient pas compte de la situation unique de chaque individu, sur le plan social et financier.
2. **L'allégement fiscal** : certains programmes versent des remises (mensuelles, trimestrielles ou annuelles) d'une partie des taxes ou impôts payés par l'individu; d'autres accordent diverses déductions ou exemptions aux individus admissibles.
3. **Mesures d'assistance** : ces programmes fournissent des prêts ou d'autres ressources pour aider à soutenir la formation professionnelle; des mesures de soutien à la vie et à la santé; et du soutien à domicile pour améliorer les conditions élémentaires de la vie.

## QU'EN EST-IL DES RÉGIMES PROVINCIAUX ET PRIVÉS?

Chaque province a son propre ensemble de programmes, qui fonctionnent en conjonction avec les programmes fédéraux. Les programmes et services provinciaux peuvent aussi inclure des programmes d'« allocations » monétaires pour les personnes qui ont un faible revenu et une incapacité, de même que des ressources financières pour payer des soutiens médicaux et à la réhabilitation, la résidence assistée, certaines thérapies complémentaires et parallèles ainsi que des médicaments.

Certaines personnes ont accès à des programmes privés (parfois appelés programmes d'invalidité prolongée), dans le cadre d'un régime collectif d'assurance ou d'une assurance personnelle souscrite avant d'avoir été diagnostiqué séropositives au VIH. Ces régimes fournissent aussi diverses sommes en allocations monétaires et des prestations de santé. La plupart des régimes privés et certains programmes provinciaux considèrent que les programmes fédéraux comme le Régime de pensions du Canada (volet Invalidité) et la Prestation fiscale canadienne pour enfants sont les « premiers payeurs ». En conséquence, les régimes privés et provinciaux décident dans plusieurs cas de « récupérer » (c'est-à-dire déduire) une partie ou la totalité du paiement fédéral, dans leur calcul du montant de prestation auquel a droit le requérant. Bref, certains requérants reçoivent des prestations provinciales moindres, lorsque combinées à d'autres sources de revenu.

---

## AVEC TOUT CE SOUTIEN AU REVENU, POURQUOI DES PERSONNES SÉROPOSITIVES VIVENT-ELLES ENCORE DANS LA PAUVRETÉ?

Le système de soutien du revenu (ou filet de sécurité sociale) canadien semble miné par un certain nombre de problèmes qui empêchent plusieurs PVVIH/sida d'avoir accès à des programmes de soutien du revenu. Puisque chaque programme a ses propres politiques législatives et administratives, chacun comporte des éléments plutôt souples et progressifs, et d'autres qui sont plus rigides et problématiques. Cependant, certaines tendances s'observent, dans les lacunes des programmes. Certains des problèmes que rencontrent régulièrement des PVVIH/sida et d'autres personnes qui vivent avec une maladie épisodique, dans la tentative d'accès à des programmes de soutien du revenu, sont abordées ci-dessous.

### Accessibilité

Un exemple de problème que rencontrent des PVVIH/sida, dans la tentative d'accès à des programmes sociaux, est la dépendance à l'égard du niveau de connaissances de la part de l'administrateur de programme. Les administrateurs qui sont au fait des détails des programmes et qui ont des connaissances adéquates du VIH/sida semblent capables d'adapter le montant des prestations en fonction des besoins du requérant, et être disposés à le faire<sup>4</sup>. L'accès à du personnel doté de ces connaissances n'est cependant pas garanti – comme il reste encore une grande proportion de gens qui n'ont pas même une information élémentaire sur le VIH. La stigmatisation et la discrimination sont d'ailleurs encore une réalité pour bien des Canadien-nes.

Un autre défi identifié, en lien avec les programmes publics de soutien du revenu, concerne le fait qu'il n'existe pas de définition standardisée ou utilisée de manière uniforme, pour la notion d'« incapacité » et les critères d'admissibilité correspondants, parmi l'ensemble des programmes gouvernementaux et les ministères. La maladie d'une personne ou son degré d'incapacité a beau faire en sorte qu'elle est admissible à un programme, cela ne garantit pas qu'elle soit admissible à un autre programme, même si les deux sont destinés aux personnes vivant avec une incapacité. Des organismes communautaires ont formulé des recommandations afin que ces définitions soient mieux coordonnées, à la fois pour faciliter les procédures de demande de prestations et pour élargir l'admissibilité<sup>5</sup>. Un rapport préparé par le Gouvernement du Canada, en 2003, visait à identifier les obstacles rencontrés dans la tentative d'unifier les définitions pertinentes à l'incapacité<sup>6</sup>. On y soutient qu'une définition unique pourrait ne pas être possible, ni souhaitable, puisque chaque programme est doté de critères d'admissibilité qui correspondent à un but particulier et qui sont axés sur une population spécifique. Une définition unique et une ligne simplifiée pour établir l'admissibilité nécessiteraient de modifier les buts et fonctions de programmes. En réalité, du point de vue de la Société canadienne du sida, un virage uniformisant les définitions et l'admissibilité entraînerait vraisemblablement une augmentation considérable du nombre de requérants admissibles à bénéficier de chacun des programmes, permettant à plusieurs PVVIH/sida d'avoir accès à plusieurs mesures de soutien qui leur sont actuellement refusées. Il s'agirait donc d'un changement positif.

## Caractère adéquat

Vu le coût accru de la vie avec une affection comme la maladie à VIH, il est peu probable que ces programmes soient à la hauteur des conséquences physiques, psychologiques, sociaux et économiques de la maladie. Le montant versé aux requérants, dans plusieurs programmes, n'a pas augmenté – ou n'a augmenté que de manière minimale – depuis 5 à 15 ans, et ne tient pas compte de l'augmentation du coût de la vie. Le pouvoir d'achat actuel correspondant à ces prestations a chuté. De plus, des programmes tendent à contribuer à la marginalisation et à la stigmatisation des personnes qui vivent avec une incapacité, en perpétuant le stéréotype de « victime » au lieu de réagir au fait que chaque personne est autonome et vit avec ses propres besoins et capacités<sup>7</sup>. On observe un mouvement, parmi les groupes anti-pauvreté et ceux qui défendent les intérêts des personnes handicapées, à tenter de faire en sorte que le système soit orienté sur des politiques de *financement individualisé*<sup>8</sup>.

**Financement individualisé : système de fourniture de services qui appuie l'autodétermination en fournissant des fonds directs aux individus et familles, afin qu'ils identifient les services et le soutien dont ils ont besoin et qu'ils choisissent où et comment se les procurer<sup>9</sup>.**

B.C. Association for Community Living

### Principes orienteurs d'un financement individualisé<sup>10</sup>:

1. Les personnes qui ont une incapacité sur le plan du développement ont le droit, de même que leur famille, de choisir un financement individualisé afin de satisfaire leurs besoins de services et de soutien, et d'atteindre un degré plus élevé d'autodétermination.
2. Il relève de la responsabilité collective du public de fournir les services et le soutien nécessaires à la pleine participation communautaire des personnes qui ont une incapacité sur le plan du développement.
3. Le financement individualisé est tout simplement un mécanisme de versement de fonds publics, et non une manière par laquelle le gouvernement abandonne sa responsabilité publique en matière de soutien et de services, et la relègue au secteur privé.
4. Le financement individualisé doit se fonder sur l'hypothèse raisonnable que les bénéficiaires sont dignes de confiance et négocient de bonne foi le financement.

Le financement individualisé (et le soutien à la planification) doit être souple et s'adapter à la culture, aux valeurs et aux préférences de chaque personne et de sa famille.

---

## Administration

Voici l'un des aspects les plus mélangeants et l'un des plus grands obstacles inhérents aux programmes de soutien du revenu. Le VIH fait partie d'un ensemble de maladies incapacitantes qui sont « épisodiques ». Malheureusement, le filet de sécurité sociale n'est pas conçu adéquatement pour s'adapter aux maladies épisodiques en tant qu'incapacités<sup>11</sup>. Les PVVIH/sida en souffrent, en lien avec divers problèmes qui touchent les manières d'administrer les programmes; entre autres<sup>12</sup>:

- des politiques et règlements qui sont appliqués de manière inconsistante, par chaque employé, bureau ou région;
- des administrateurs dont l'attitude est empreinte de préjugés ou de jugements de valeur à l'égard des jeunes, des jeunes de la rue, des utilisateurs de drogue ou des personnes de minorités visibles;
- des administrateurs qui manquent de connaissances sur le VIH et les problématiques connexes.

Les personnes qui vivent avec le VIH/sida et celles qui vivent avec d'autres maladies épisodiques sont aux prises avec les mêmes conséquences physiques, sociales et économiques que quiconque vivant avec un handicap la majeure partie du temps ou en tout temps. À la différence près qu'elles ne sont cependant pas traitées de manière égale par les programmes.

Le Gouvernement du Canada a lui aussi indiqué que certains défis se manifestent dans l'administration des programmes<sup>13</sup> :

- Des intervenants médicaux ont signalé des difficultés à remplir les formulaires et à comprendre les divers critères d'admissibilité. Ils ont aussi signalé des difficultés à déterminer le type et la gravité des incapacités des patients.
- Les formulaires et procédures d'évaluation ne mesurent pas efficacement les incapacités associées à la maladie mentale.
- Il est nécessaire, tant pour les employés que pour les requérants, de clarifier les critères d'admissibilité des programmes.

## POLITIQUES, LÉGISLATION ET ADMINISTRATION

Lorsqu'un gouvernement (fédéral ou provincial) établit un programme de substitution au revenu, il crée une « loi » qui a force d'application après son adoption par l'instance de réglementation pertinente (p. ex. une législature provinciale). Cette loi définit les obligations légales du gouvernement en question et des utilisateurs du programme. Le ministère responsable d'appliquer cette loi établit alors un ensemble de politiques qui décrivent comment la loi doit être appliquée. Les employés ministériels utilisent ces politiques pour prendre des décisions quant aux personnes qui sont considérées admissibles au programme et quant au montant qu'elles ont le droit de recevoir. Les

---

employés (ou « administrateurs ») deviennent alors les intervenants de première ligne, pour les requérants, et ils appliquent les politiques. Or des témoignages de personnes qui vivent avec le VIH, ainsi que de conseillers en matière de prestations, semblent indiquer en quelque sorte que ce qui est écrit dans la loi ne correspond pas toujours à ce que l'on décide d'appliquer. Des personnes qui semblent légalement admissibles à un programme sont déclarées non admissibles, ou doivent tenter des procédures d'appel afin de faire reconnaître leur admissibilité. À l'heure actuelle, personne ne sait exactement pourquoi cela se produit. Voici certaines raisons possibles :

- un nombre insuffisant d'employés, dans les programmes, pour gérer le nombre de requêtes;
- trop d'employés assignés à un même requérant; et des détails de la demande qui sont perdus ou omis;
- de possibles attitudes négatives et porteuse de stigmatisation envers les personnes qui vivent dans la pauvreté, ou avec une incapacité, ou avec le VIH; l'échec à chercher des moyens d'aider ces personnes;
- des politiques mal écrites, que le personnel a du mal à comprendre clairement;
- des politiques rédigées d'une manière qui véhicule une stigmatisation et des attitudes négatives à l'égard des personnes qui vivent dans la pauvreté ou avec une incapacité, ou avec le VIH;
- une formation inadéquate des employés en ce qui a trait à la manière de lire et d'appliquer les politiques; ou une formation empreinte de stigmatisation.

En 2005 et 2006, la SCS s'entretiendra avec des PVVIH/sida, des conseillers en matière de prestations ainsi que des employés ou administrateurs de programmes, à propos de l'application des politiques à l'échelle nationale. Les constats de cette recherche seront rendus publics et seront communiqués aux PVVIH/sida et aux conseillers en matière de prestations. La recherche contribuera aussi à éclairer l'élaboration d'une stratégie pancanadienne de défense et de promotion des droits, visant l'avènement d'une mise en œuvre transparente et équitable des programmes de soutien du revenu.

## **COMMENT POURRAIT-ON AMÉLIORER LES PROGRAMMES PUBLICS DE SOUTIEN DU REVENU?**

Certes, des centaines de recommandations ont été formulées depuis une décennie pour expliquer des manières concrètes par lesquelles on pourrait rendre les programmes plus flexibles, inclusifs et pertinents – mais peu d'entre elles ont porté sur la philosophie sous-jacente et la structure du filet de sécurité sociale. Par exemple<sup>14</sup> :

- 
- remplacer l'approche de « charité », dans la sécurité sociale, par un modèle fondé sur les droits humains; et mettre fin à la marginalisation et à la stigmatisation des clients;
  - remplacer le modèle médical par une approche holistique à l'incapacité, qui tienne compte des besoins sociaux, psychologiques, développementaux et physiques des clients;
  - remplacer le système d'admissibilité fondé sur la cause (la raison de l'incapacité) par une définition inclusive fondée sur les besoins concrets des clients.

Une autre stratégie mise de l'avant par des organismes de plaidoyer (B.C. Association for Community Living, B.C. Coalition of PWD, le chapitre de la Colombie-Britannique de l'Association canadienne pour la santé mentale) consiste à remplacer un système fragmenté et inégal, par un régime national du revenu en cas d'incapacité,<sup>15</sup> dont les seuils de revenus seraient établis d'après les réalités, et dont le coût serait partagé avec les gouvernements provinciaux/territoriaux. Le plan consisterait à :

établir des seuils minima de sécurité du revenu (possiblement liés au seuil de pauvreté dans chaque région) et un supplément correspondant au « coût de l'incapacité » afin de couvrir les dépenses additionnelles de l'incapacité – p. ex. logement, transport, services de soutien personnel, instruments médicaux, médicaments<sup>16</sup>. [trad.]

D'autres caractéristiques qui sont nécessaires au système actuel de prestation sont notamment :

- la planification indépendante
- le choix des services et la souplesse
- le contrôle sur la manière dont le soutien et les services sont fournis
- la transférabilité (capacité de conserver l'admissibilité et l'accès aux prestations en cas de relocalisation dans la même province ou vers une autre province).

Jusqu'à ce qu'il y ait place à une pleine intégration des populations qui sont actuellement marginalisées, et que les personnes vivant avec le VIH/sida et d'autres incapacités fassent partie de la force de travail, le gouvernement canadien doit reconnaître les conséquences qui accompagnent la vie avec une incapacité au Canada. Des individus sont punis par la discrimination en milieu de travail, puis de nouveau par des programmes de sécurité sociale qui les excluent parce qu'elles ne parviennent pas à trouver un emploi qui correspond à leurs besoins de santé et d'ordre financier.

## QUELS AUTRES SOUTIENS SONT NÉCESSAIRES POUR ASSURER LA SÉCURITÉ DU REVENU, LA VIE AUTONOME ET LA QUALITÉ DE VIE?

Le soutien direct du revenu (prestations monétaires) ne représente qu'une facette des mesures nécessaires à ce que les PVVIH/sida aient les ressources pour gérer leur maladie et poursuivre une vie active. Le Canada est fier d'avoir un système public de soins de santé, mais nous avons constaté que divers services et programmes qui sont vitaux à la santé des individus ne sont pas disponibles. L'accès à des spécialistes du VIH et d'autres domaines de la médecine, ainsi qu'à des technologies novatrices en milieu hospitalier, est d'un soutien limité pour une personne qui vit avec une maladie chronique, si la prévention et les médicaments ne sont pas accessibles. Il est nécessaire que les prestations de base à la santé couvrent les coûts des traitements (i.e. les interventions médicales et moyens préventifs) qui ne sont pas couverts par le système canadien des soins de santé. Par exemple, l'assurance médicaments, les soins dentaires et oculaires, la physiothérapie, les thérapies complémentaires et parallèles, l'ergothérapie, les soins à domicile ainsi que les instruments d'assistance sont des éléments administrés au palier provincial. Chaque province a ses propres règlements, politiques et programmes, qui varient donc à travers le pays. La couverture de certains médicaments et d'autres produits de santé est fournie seulement à ceux dont le cas correspond à une définition restrictive du « besoin ». Les services de garde d'enfant et le logement sûr et accessible sont eux aussi des éléments cruciaux à l'amélioration et au maintien de la santé, mais ils sont rarement à l'ordre du jour des discussions sur la prévention de la maladie et les soins de santé.

### RESSOURCES

Pour information sur les programmes fédéraux, ministères et formulaires de demandes, visitez le site Internet Prestations du Canada :  
<http://www.PrestationsduCanada.gc.ca/>

*Définir l'incapacité : une question complexe* (2003), Gatineau, Bureau de la condition des personnes handicapées, Développement des ressources humaines Canada.

([www.dsc.gc.ca/fr/pip/bcph/documents/Definitions/Definitionsx.pdf](http://www.dsc.gc.ca/fr/pip/bcph/documents/Definitions/Definitionsx.pdf))

Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme ([www.ohchr.org](http://www.ohchr.org))  
Droit international, traités, déclarations et autres instruments résidant dans des résolutions de l'Assemblée générale des Nations Unies (depuis 1946) :  
[www.ohchr.org/french/law/](http://www.ohchr.org/french/law/)

Freeman, Janet et Marie Howes (2003), *Hit by an Iceberg : Coping with Disability in Mid Career*, Victoria, Trafford Publishing.

---

## QUE PUIS-JE FAIRE?

### Organismes communautaires

- Identifier les alliés et les défenseurs des droits, dans votre communauté, en ce qui touche la pauvreté et les problèmes de revenu que vous et vos clients rencontrez. Bâissez des relations avec ces intervenants; informez-les de vos problématiques et tenez-les au courant.
- Identifier qui peut s'occuper des problèmes au palier provincial/territorial et/ou national; informez-les de vos problématiques et tenez-les au courant.
- Travailler à faire en sorte que vos programmes et politiques reflètent la définition adoptée en 2001 par l'Organisation mondiale de la santé, en matière d'incapacité et de limites fonctionnelles, et qu'ils abordent l'incapacité en termes de droits humains. Adressez-vous à des organismes qui peuvent vous y aider.
- Promouvoir la valeur du travail bénévole et non rémunéré (y compris l'activisme) comme des contributions utiles à la société.

### Chercheurs

- Travailler à faire en sorte que vos programmes et politiques reflètent la définition adoptée en 2001 par l'Organisation mondiale de la santé, en matière d'incapacité et de limites fonctionnelles, et qu'elles abordent l'incapacité en termes de droits humains.
- Augmenter l'implication d'organismes communautaires dans la planification et la réalisation de vos projets de recherche.
- Augmenter le volume de recherche sur les conséquences des réformes de l'assistance sociale et sur les problèmes associés aux programmes publics de soutien du revenu.
- Augmenter le volume de recherche sur les manières par lesquelles la pauvreté et la marginalisation économique affectent la prévention du VIH ainsi que les soins, les traitements et le soutien en la matière; utiliser cette recherche pour stimuler des changements aux politiques.

### Responsables et analystes des politiques / gouvernement

- Les gouvernements canadiens – fédéral, provinciaux/territoriaux et municipaux – doivent s'efforcer d'octroyer des ressources adéquates à des programmes, des services et des organismes communautaires qui contribuent à prévenir la pauvreté, pour toutes les personnes qui vivent au Canada, notamment celles qui vivent avec une maladie, un handicap et/ou qui sont marginalisées sur le plan économique ou social. Cela est particulièrement crucial, en raison du besoin de



---

compensation rehaussée pour les organismes communautaires qui œuvrent à prévenir ou à alléger la pauvreté, et qui font face à une pression accrue à cause d'un « déchargement de responsabilités » opéré par les gouvernements.

- Les gouvernements fédéral, provinciaux/territoriaux et municipaux doivent faire en sorte que des ressources adéquates soient fournies aux organismes communautaires et de lutte contre le VIH/sida qui, sans avoir reçu de ressources financières plus importantes, ont assumé une augmentation de leur charge de travail afin de répondre à la hausse du nombre de PVVIH/sida, dont plusieurs sont aux prises avec des handicaps concurrents ainsi que des situations financières et sociales d'autant plus complexes.
- Les gouvernements fédéral, provinciaux/territoriaux et municipaux doivent intensifier leurs efforts afin de mieux coordonner, et relier en partenariat, les programmes fédéraux, provinciaux/territoriaux et municipaux dont le mandat est de fournir des fonds, des allègements d'impôt ainsi que des services médicaux et sociaux.
- Travailler à rendre les programmes gouvernementaux conformes aux définitions adoptées par l'Organisation mondiale de la santé, pour la déficience et l'incapacité; ces programmes devraient aussi mettre à profit une approche à l'incapacité qui soit fondée sur les droits de la personne.
- Aligner les régimes d'assistance gouvernementale en matière de revenu et de santé sur des définitions harmonisées, pour la classification du handicap (les définitions de l'OMS), non seulement en vue de faciliter le processus de réquisition, mais aussi pour élargir l'admissibilité.
- Travailler à rehausser considérablement les niveaux de prestations au soutien du revenu, à l'échelle complète des programmes, y compris ceux qui ne sont pas expressément conçus pour les personnes qui vivent avec un handicap.
- Réorienter les programmes relatifs au revenu vers un modèle de « financement individualisé » qui habilite la personne à faire des choix quant à sa manière de dépenser l'argent octroyé, aux soins et services de santé auxquels elle a recours, et aux fournisseurs de ces services.
- Travailler à établir un ensemble de normes élémentaires, notamment quant à l'accès à l'information, au degré de services et au montant des prestations, qui soit applicable à tous les programmes gouvernementaux, quelle que soit l'autorité dont ils relèvent.
- Augmenter les mesures de soutien et de ressources financières et d'autres types, pour les soignants et les aidants familiaux et non familiaux auprès des personnes qui vivent avec un handicap ou une maladie chronique/épisode.
- Augmenter l'implication d'organismes communautaires dans la planification des politiques et programmes gouvernementaux.



- 1 *Définir l'incapacité : une question complexe* (2003), Gatineau, Bureau de la condition des personnes handicapées, Développement des ressources humaines Canada.
- 2 *Définir l'incapacité : une question complexe* (2003), Gatineau, Bureau de la condition des personnes handicapées, Développement des ressources humaines Canada.
- 3 On l'appelle aussi parfois « perspective écologique ».
- 4 SP Research Associates, (1991), *"We have no time to waste fighting..." Meeting the Income Support Needs of Persons Living with HIV and AIDS*, Ottawa, Division des subventions nationales au bien-être, Santé et Bien-être social Canada.
- 5 Chapman, Ainsley, (2003), *HIV and Disability Policy: Evaluating the Disability Tax Credit and Medical Expense Tax Credit*, Ottawa, Société canadienne du sida.
- 6 *Définir l'incapacité : une question complexe* (2003), Gatineau, Bureau de la condition des personnes handicapées, Développement des ressources humaines Canada.
- 7 Thomas, Hilda (1994), *Breaking Down the Barriers: A Paper on Disability Issues as they Pertain to the Proposed Reform of Canada's Social Security System*, B.C. Association for Community Living.
- 8 B.C. Association for Community Living, *Individualised Funding Policy*.
- 9 *Ibid.*
- 10 *Ibid.*
- 11 Proctor, Peggy (2002), *Au-delà des œillères : Questions relatives à l'incapacité dans le contexte du VIH et autres états épisodiques se poursuivant toute la vie*, Toronto, Groupe de travail canadien sur le VIH et la réinsertion sociale.
- 12 Gilmour, J.M. et D.L. Martin (2001), *Women's Poverty, Women's Health: The role of access to justice*, Toronto, Osgood Hall Law School, York University
- 13 *Définir l'incapacité : une question complexe* (2003), Gatineau, Bureau de la condition des personnes handicapées, Développement des ressources humaines Canada.
- 14 Thomas, Hilda(1994), *Breaking Down the Barriers: A Paper on Disability Issues as they Pertain to the Proposed Reform of Canada's Social Security System*, B.C. Association for Community Living.
- 15 *Ibid.*
- 16 *Ibid.*

La série de feuillets d'information sur le VIH et la pauvreté est une publication de la Société canadienne du sida. Ce projet est financé par le Programme de partenariats pour le développement social du gouvernement du Canada. Les opinions et les interprétations figurant dans la présente publication sont celles de l'auteur et ne représentent pas nécessairement celles du gouvernement du Canada.

La Société canadienne du sida est une coalition nationale de plus de 115 organismes communautaires de lutte contre le sida, des quatre coins du pays. La SCS travaille à rehausser la réponse au VIH/sida dans tous les secteurs de la société et à enrichir la vie des personnes et des communautés qui vivent avec le VIH/sida.

*Pour plus d'information ou pour télécharger ce feuillet d'information :*

**Société canadienne du sida**  
309, rue Cooper (4<sup>e</sup> étage)  
Ottawa, Ontario  
K2P 0G5

Téléphone : (613) 230 3580  
Télécopie : (613) 563 4998  
Courriel : [casinfo@cdnaids.ca](mailto:casinfo@cdnaids.ca)  
Internet : [www.cdnaids.ca](http://www.cdnaids.ca)

This document is also available in English.

.....

*On peut se procurer d'autres exemplaires de ce document auprès de l'organisme suivant :*

Le Centre canadien d'information sur le VIH/sida  
[www.aidssida.cpha.ca](http://www.aidssida.cpha.ca)  
Téléphone : 1-877-999-7740  
Courriel : [aidssida@cpha.ca](mailto:aidssida@cpha.ca)  
Télécopie : (613) 563 4998

**Auteure :** Ainsley Chapman  
**Révision :** Jennifer Carmichael  
**Graphisme :** Marida Waters  
**Traduction :** Jean Dussault

Remerciements : pour leur passion et leur créativité, merci à tous les membres du Comité consultatif national.

*Tous droits réservés. La reproduction ou la transmission d'une partie ou de l'ensemble de ce document à des fins commerciales, que ce soit par des moyens électroniques ou mécaniques, y compris par la photocopie, l'enregistrement ou toute autre méthode actuelle ou à venir de stockage de l'information ou extraction de données, sont interdites à moins d'obtenir la permission écrite préalable de l'éditeur.*

*Ce document peut être reproduit à des fins non commerciales.*