

Une épidémie invisible : les implications de l'absence de distinction entre les sexes pour la gestion du VIH/sida dans les pays à faible incidence

Barbara Clow, Centre d'excellence de l'Atlantique pour la santé des femmes

Compte tenu de l'évolution de l'épidémie de VIH/sida et des changements que celle-ci a connus au cours des quinze dernières années, la communauté internationale a eu de plus en plus tendance à se concentrer sur les régions les plus durement touchées par la pandémie, ce qui signifie avant tout l'Afrique sub-saharienne. Les organismes internationaux, les bailleurs de fonds et les chercheurs, les entreprises, les gouvernements nationaux et locaux ainsi que la société civile sont pressés de toutes parts de trouver des réponses et des solutions à la dévastation causée par le VIH/sida. Toutefois, très peu d'attention a été portée aux sexospécificités dans l'évolution de la pandémie ou à la vulnérabilité et aux souffrances accrues vécues par les femmes et les filles. Si cette indifférence face aux rapports sociaux entre les sexes montre des signes de diminution dans le cas des régions à incidence élevée, elle continue de compromettre la gestion du VIH/sida dans de nombreux pays, dont le Canada, où l'incidence de la maladie est faible. Si nous persistons dans notre refus de reconnaître les rapports sociaux entre les sexes comme un facteur déterminant dans la transmission du VIH, les pays à faible incidence pourraient bientôt se transformer en pays à forte incidence.

Il existe de nombreuses raisons expliquant pourquoi le VIH/sida demeure invisible dans les pays à faible incidence comme le Canada. Premièrement, nous avons tendance à ne pas prêter attention au VIH précisément parce que son incidence est faible; seule une infime proportion de notre population – moins de 0,3 % – vit présentement avec le VIH. Deuxièmement, les taux de VIH/sida paraissent dérisoires en comparaison de ceux de nombreuses autres maladies chroniques. En effet, étant donné que les Canadiens et les Canadiennes sont plus susceptibles d'être aux prises avec des maladies autres que le VIH et d'en mourir, les politiques et les programmes ont tendance à privilégier les maladies telles que le cancer, les troubles cardiovasculaires et le diabète. Troisièmement, il se peut que

nous nous intéressions si peu à l'épidémie parce qu'elle semble confinée à certains groupes spécifiques de notre société : les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HRSH) et les utilisateurs de drogues injectables (UDI) représentaient 70 % des cas de sida rapportés au Canada entre 1999 et 2003. Les Canadiens croient peut-être que le VIH/sida ne constitue une menace que pour la petite portion de la population qui s'adonne à certains « comportements à risque », ou sont d'avis que nous possédons déjà tous les moyens nécessaires pour faire face à l'épidémie. Par conséquent, les gens ont l'impression que le VIH/sida ne présentera jamais la même menace chez eux que dans les pays à incidence élevée. Mais les changements récents dans l'évolution des infections au VIH devraient constituer un signal d'alarme pour la population canadienne.

Entre 1995 et 2001, le taux de transmission du virus par des relations hétérosexuelles a augmenté de façon alarmante, passant de 7,5 à 30 %. De même, les diagnostics de sida attribués aux contacts hétérosexuels sont passés de 10,6 à 44,7 %¹ au cours de la même période. Si ces tendances affectent tant les hommes que les femmes, elles ont eu un impact plus profond sur ces dernières. En 1998, environ un tiers des femmes ayant reçu un diagnostic de VIH avaient contracté le virus lors de contacts hétérosexuels. Cinq ans plus tard, en 2003, cette proportion était passée à 65 %. Par conséquent, si les personnes vivant avec le VIH et le sida au Canada sont encore aujourd'hui le plus souvent des HRSH et/ou des UDI, les personnes nouvellement infectées sont de plus en plus susceptibles d'être des femmes hétérosexuelles.

En même temps, on constate une augmentation des taux d'infection parmi les femmes de tous âges. Chez les adultes ayant reçu un diagnostic de VIH entre 1997 et 2001, la proportion de femmes, la proportion de femmes est passée

de 12 à presque 25 %, tandis que la proportion de femmes adultes vivant avec le sida est passée de 6,1 % en 1994 à 16,5 % en 2002¹. Le changement le plus important a été constaté chez les femmes âgées entre 15 et 29 ans. Au début des années 1990, les femmes représentaient 12 % de toutes les nouvelles infections dans ce groupe d'âge, mais ce pourcentage avait atteint presque 50 % en 2004.

Non seulement les femmes présentent-elles une plus grande vulnérabilité ainsi que de nouveaux types de vulnérabilités au VIH, mais elles ont aussi tendance à avoir « un taux de survie [...] inférieur à celui des hommes [qui s'explique par les facteurs suivants] : la difficulté de diagnostiquer et de traiter précocement la maladie en raison de la méconnaissance des premiers symptômes chez les femmes; l'exclusion de ce groupe des essais de médicaments et l'inaccessibilité des traitements antirétroviraux; l'absence de recherches sur l'histoire naturelle du VIH chez la femme; les taux de pauvreté supérieurs parmi les femmes et la difficulté d'obtenir des soins de santé adéquats et, enfin, la tendance de nombreuses femmes à accorder moins d'importance à leur propre santé qu'à celle de leurs enfants et de leur famille² ».

Les populations vulnérables dans les pays à faible incidence

Certains Canadiens et certaines Canadiennes sont plus vulnérables que d'autres aux infections au VIH. Les taux d'infection parmi les Canadiens de race blanche ont diminué de façon continue au cours des dernières années, mais on constate une augmentation disproportionnée de ces taux chez les Canadiens de race noire et les Autochtones. Ceux-ci, par exemple, représentent environ 5 % de la population totale du Canada, mais en 2004, 16 % de tous les nouveaux cas d'infection au VIH se trouvaient parmi la population autochtone. Les femmes autochtones sont également affectées de façon disproportionnée par le VIH comparativement aux femmes non autochtones. Elles sont plus susceptibles d'être infectées en raison de l'usage de drogues injectables (les rapports hétérosexuels suivent de près en deuxième place) et ont tendance à contracter le virus à un plus jeune âge que les femmes non autochtones.

Ces tendances peuvent en partie être attribuées au fait que les autochtones sont surreprésentés dans les groupes à haut risque comme les UDI, les travailleuses et travailleurs du sexe

et les détenus. Par exemple, une femme autochtone assujettie à un traité est 131 fois plus susceptible d'être incarcérée qu'une non-autochtone³. De même, dans une étude portant sur les UDI effectuée à Regina en 2000, 90 % des répondants s'identifiaient comme Autochtones⁴. Et si les Autochtones *sont* surreprésentés dans les groupes à risque, c'est principalement en raison des conditions sociales, économiques et culturelles dans lesquelles ils vivent. Les femmes autochtones, encore une fois, sont plus susceptibles de se trouver dans une situation inadéquate ou instable au chapitre du logement ou d'être sans-abri; elles sont également plus susceptibles d'être sans-emploi ou sous-employées et de vivre dans la pauvreté, d'avoir été victime de violence sexuelle ou physique avant l'âge de 12 ans, de se trouver dans une situation de violence familiale et d'être isolées de multiples façons. L'ensemble de ces facteurs entraînent un accroissement de la privation, de la dépendance et du risque d'exposition à l'infection au VIH.

La recherche, les politiques et les pratiques en matière de VIH/sida

Au Canada, malgré les implications de ces tendances observées chez les femmes, la recherche, les politiques et les programmes font encore, en grande majorité, abstraction des différences entre les sexes. Les problèmes auxquels font face les femmes et les filles sont sous-représentés dans la recherche. Par exemple, une analyse des récentes rencontres annuelles de l'Association canadienne de recherche sur le VIH (ACRV) révèle que moins de 10 % des exposés présentés portaient sur les femmes, les filles ou le genre.

Dans un pays comme le Canada, qui possède un système de santé public et dont le niveau de vie est l'un des plus élevés au monde, nous semblons croire que nous n'avons pas grand-chose à craindre du VIH/sida. Nous menons des campagnes actives de prévention et d'éducation et nous sommes en mesure, en théorie, d'offrir des soins, des traitements et du soutien à toutes les personnes infectées et affectées par la pandémie. Mais nous aurions avantage à nous débarrasser de ces illusions et à porter une plus grande attention aux expériences de pays ravagés par le VIH/sida tels que l'Afrique du Sud.

En Afrique du Sud, le premier cas de VIH a été diagnostiqué en 1982. Au début, la maladie frappait

principalement les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. Mais au début des années 1990, les choses ont commencé à changer rapidement dans ce pays : le nombre d'infections attribuées aux contacts hétérosexuels est devenu égal à celui des cas de transmission homosexuelle et la proportion de femmes infectées par le virus s'est mise à monter en flèche. Selon la D^{re} Olive Shisana, présidente du Human Sciences Research Council d'Afrique du Sud, l'absence d'une approche intégrée de l'égalité entre les sexes dans l'élaboration des politiques et des programmes est responsable, dans une large mesure, de la situation lamentable dans laquelle se trouvent aujourd'hui les femmes et les filles en Afrique subsaharienne⁵.

Au Canada, l'évolution de l'épidémie rappelle ce qui s'est produit en Afrique du Sud. Le premier cas de VIH a été diagnostiqué en 1982, et pendant de nombreuses années, la maladie frappait surtout les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. Si l'augmentation de la proportion de nouveaux cas dépistés chez les hétérosexuels et l'accroissement de la vulnérabilité des femmes et des filles ont été plus lents à survenir au Canada, les tendances qui se dessinent au pays ressemblent tout de même fortement à celles de l'Afrique du Sud. Il est grand temps que nous reconnaissons l'importance du genre dans la pandémie de VIH/sida et que nous corrigions le tir afin d'adapter nos stratégies aux besoins et aux expériences tant des femmes que des hommes, des filles que des garçons.

NOTES

1. Agence de santé publique du Canada (2004). *Le VIH et le sida au Canada*, Ottawa, Imprimeur de la Reine.
2. Bureau pour la santé des femmes, Santé Canada (1999). *Les femmes et le VIH/sida*, fiche d'information, Ottawa, Imprimeur de la Reine.
3. Réseau juridique canadien VIH/sida (2002). *La lutte au VIH/sida dans nos prisons : trop peu, trop tard – Un rapport d'étape*, Toronto, Aids Law. Voir www.aidslaw.ca/publications/publicationsdocFR.php?ref=180.
4. Findlater, R., E. Young et autres (2000). *The Regina Seroprevalence study: A profile of injection drug use in a prairie city*, rapport inédit, cité dans Agence de santé publique du Canada. *L'infection à VIH et le sida chez les peuples autochtones du Canada : un problème toujours préoccupant*. Voir www.phac-aspc.gc.ca/publicat/epiu-aepi/epi_update_may_04/9_f.html.
5. Shisana, O. (2004). *Gender and HIV/AIDS: Focus on Southern Africa*, discours d'ouverture présenté à l'occasion de l'inauguration de l'International Institute on Gender and HIV/AIDS, Afrique du Sud. Voir www.hsra.ac.za/research/programmes/SAHA/news/20040607Paper.pdf.