

LES FEMMES ET LA PRÉVENTION DU VIH AU CANADA :

LE PASSÉ, LE PRÉSENT ET L'AVENIR

IMPLICATIONS POUR LA RECHERCHE, LES POLITIQUES ET LES PRATIQUES

18^E CONGRÈS CANADIEN ANNUEL SUR LA RECHERCHE SUR LE VIH/SIDA

LE 23 AVRIL 2009

VANCOUVER, COLOMBIE-BRITANNIQUE

Remerciements

Co-animatrice :

Zena Sharman, IRSC-ISFH

Conférenciers :

Chris Archibald, ASPC

Marc-André Gaudreau et Clare Jackson, ASPC

Tracey Prentice, Université d'Ottawa

Ruthann Tucker, ROTV

Saara Greene, Université McMaster

Greta Bauer, Université de Western Ontario

Kevin Barlow, RCAS

Dionne Falconer

Mark Tyndall, Université de la Colombie-Britannique/ACRV

Louise Binder, Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements

Shari Margolese, Voices of Positive Women

Mona Loufty, Université de Toronto

Anne Marie DiCenso, PASAN

Marcie Summers, Positive Women's Network

Doris Peltier, RCAS

Wangari Tharao, Women's Health in Women's Hands

Evin Jones, Pacific AIDS Network

Commanditaires :

Réseau canadien autochtone du sida

IRSC - Institut de la santé des femmes et des hommes

Réseau ontarien de traitement du VIH

Nova Scotia Advisory Commission on AIDS

Réseau canadien d'info-traitements sida (CATIE)

Pfizer

GlaxoSmithKline, en partenariat avec Shire BioChem

Université Dalhousie – Faculté des professions de la santé

AIRN – Atlantic Interdisciplinary Research Network

Comité organisateur :

Jacqueline Gahagan, présidente

Ellen Sweeney
Tim Rogers
Ruthann Tucker
Louise Binder
Randy Jackson
Wangari Tharao

Autres :

Wylie Thomas
Positive Women's Network
Matt Numer
Christina Ricci
Tsegaye Bekele, ROTV
IRSC
ACRV et Mark Tyndall
Sea to Sky (Ian Holliday et Sandy Haertling)



partenaires
in partnership with



Aperçu de la séance

En collaboration avec une variété de chercheurs, analystes des politiques et intervenants communautaires canadiens du VIH/sida intéressés aux femmes et à la prévention du VIH, aux soins, au traitement et au soutien accordés aux personnes vivant avec le VIH, la D^{re} Jacqueline Gahagan, de l'Université Dalhousie, et ses partenaires de recherche ont été les hôtes d'une séance satellite d'une journée complète dans le cadre de la 18^e conférence annuelle de l'Association canadienne de recherche sur le VIH (ACRV). La séance, tenue à Vancouver le 23 avril 2009, reproduisait le thème de la conférence de l'ACRV, *Une épidémie en évolution, de nouveaux défis à relever*, qui capturerait les défis à relever en matière de prévention du VIH, de soins, de traitement et de soutien aux personnes vivant avec le VIH.

Cette séance d'une journée, intitulée *Les femmes et la prévention du VIH au Canada : le passé, le présent et l'avenir — Implications pour la recherche, les politiques et les pratiques*, a permis de communiquer les résultats d'importants projets nationaux liés aux femmes et au VIH au Canada et d'identifier les lacunes pour guider la recherche, les politiques et les pratiques dans l'avenir. Plus de 90 personnes des secteurs de la recherche, des politiques et communautaire étaient présents.

Mot de bienvenue et objectifs de la séance

La D^{re} Jacqueline Gahagan, professeure en promotion de la santé à la Faculté de santé et de performance humaine de l'Université Dalhousie, a accueilli les participants et souligné les objectifs de la séance, notamment ceux de :

- ❖ discuter de l'état actuel des questions entourant les femmes et le VIH au Canada dans la recherche, les politiques et les pratiques;
- ❖ discuter des défis d'évaluer et de saisir la complexité des questions entourant les femmes et la prévention du VIH au Canada dans la recherche, les politiques et les pratiques; et
- ❖ identifier les lacunes et implications potentielles pour l'avenir de la recherche, des politiques et des pratiques concernant les femmes et le VIH au Canada.

La D^{re} Gahagan a passé en revue l'ordre du jour et a accueilli Zena Sharman, directrice adjointe de l'Institut de la santé des femmes et des hommes des Instituts de recherche en santé du Canada, qui co-animaient la séance. Elle a également remercié les commanditaires de la réunion de leurs généreuses contributions et les membres du

comité organisateur et de l'équipe de recherche pour leur travail acharné.

1 État actuel des questions entourant les femmes et le VIH au Canada dans la recherche, les politiques et les pratiques

1.1 Aperçu de l'épidémiologie de VIH/sida au Canada—Chris Archibald, Agence de la santé publique du Canada

Le D^r Chris Archibald, directeur de la Division de la surveillance et de l'évaluation des risques de l'Agence de la santé publique du Canada, a fourni un aperçu des statistiques canadiennes sur le VIH chez les femmes et les a comparées aux statistiques dans l'ensemble de la population et dans les populations vulnérables. Il a mis l'accent sur la différence entre la *surveillance*, qui est basée sur le nombre réel de cas ayant reçu un diagnostic de séropositivité, officiellement signalés aux gouvernements, et les *estimations*, produites à l'aide de modèles mathématiques qui se basent sur la surveillance et sur d'autres données pour arriver au nombre de personnes vivant avec le VIH (prévalence) et au nombre de personnes nouvellement infectées dans une année donnée (incidence).

À la fin de 2005, le nombre de Canadiens vivant avec le VIH/sida était estimé à 58 000, soit une augmentation de 16 % depuis 2002. Le prochain ensemble d'estimations est actuellement en cours de développement pour la période se terminant le 31 décembre 2008, et il devrait être disponible en automne 2009.

Parmi les quelque 2 500 personnes qui reçoivent un diagnostic de séropositivité chaque année, environ 25 % sont des femmes, une proportion qui a considérablement augmenté depuis le début de l'épidémie. Toutefois, cette proportion est considérablement plus élevée dans certaines populations. Par exemple :

- ❖ Les femmes représentent plus de la moitié de tous les nouveaux tests de séropositivité au sein de la population autochtone canadienne.
- ❖ Les femmes âgées de 15 à 19 ans représentaient 60 % de tous les diagnostics de séropositivité dans ce groupe d'âges en 2007, et 35 % dans le groupe des 20 à 29 ans. Parmi les Autochtones du Canada, ces proportions étaient de 80 % chez les 15 à 19 ans et de 60 % chez les 20 à 29 ans.
- ❖ Les femmes autochtones, qui représentent environ 4 % de la population canadienne féminine totale, comptaient pour environ 45 % de tous les cas de séropositivité chez les femmes en 2007.
- ❖ Les femmes noires, qui représentent un peu plus de 2 % de la population

LES FEMMES ET LA PRÉVENTION DU VIH AU CANADA : LE PASSÉ, LE PRÉSENT ET L'AVENIR
IMPLICATIONS POUR LA RECHERCHE, LES POLITIQUES ET LES PRATIQUES

canadienne féminine, comptaient pour environ 20 % de tous les cas de séropositivité chez les femmes en 2007.

- ❖ Dans les catégories d'exposition connues, environ 35 % des infections au VIH étaient associées à l'usage de drogues injectables, une proportion qui augmente chez les femmes autochtones, où l'on rapporte 63 % des infections au VIH dans cette catégorie particulière.

Le nombre de bébés nés de femmes séropositives a augmenté de façon constante au cours des 10 dernières années. Toutefois, une grande proportion de ces femmes ont reçu un traitement antirétroviral, qui a largement contribué à diminuer le risque de transmission de la mère à son enfant.

Le D^r Archibald a mis en lumière les lacunes suivantes dans les données de surveillance :

- ❖ Les données sur l'ethnicité ne sont pas complètes (actuellement les deux plus importantes provinces du Canada, l'Ontario et le Québec, ne fournissent pas de données sur l'ethnicité).
- ❖ On a besoin de meilleures informations sur l'exposition dans le cas des hétérosexuels, ainsi que de meilleures définitions. Actuellement, il existe trois sous-catégories pour les hétérosexuels.

Période de questions

Pendant la période de questions qui a suivi la présentation du D^r Archibald, les points suivants ont été soulevés :

- ❖ Il y a 20 ans, les femmes comptaient pour moins de 3 % des nouvelles infections. À l'époque, les porte-parole communautaires demandaient à ce qu'on investisse dans des programmes de prévention du VIH à l'intention des femmes, afin de prévenir une éventuelle recrudescence de l'épidémie, mais on leur avait répondu que le chiffre était trop bas pour justifier les ressources requises. Aujourd'hui, ce chiffre est passé à 25 %. On aurait pu éviter cette augmentation si les gouvernements avaient réagi avant que les chiffres n'atteignent des proportions épidémiques.
- ❖ Le système de surveillance doit clairement distinguer entre la morbidité et la mortalité. Un nombre important de personnes séropositives meurent en raison de la toxicité des cocktails de traitements qui leur sont prescrits. Les données en matière de surveillance doivent faire la distinction entre ces personnes et celles qui meurent de complications liées au sida.
- ❖ Les données de surveillance sont essentielles pour informer la réponse à l'épidémie au Canada. Les programmes de surveillance du gouvernement doivent travailler en

LES FEMMES ET LA PRÉVENTION DU VIH AU CANADA : LE PASSÉ, LE PRÉSENT ET L'AVENIR
IMPLICATIONS POUR LA RECHERCHE, LES POLITIQUES ET LES PRATIQUES

étroite collaboration avec les travailleurs de première ligne et autres intervenants pour s'assurer que les données recueillies sont utiles pour guider la réponse au VIH/sida.

- ❖ Les taux de prévalence du VIH sont plus élevés chez les femmes en prison que chez les hommes (environ 4 % par rapport à 1 à 2 % chez les hommes); les taux de VHC sont également plus élevés chez ces femmes. Ceci est dû en partie à la plus grande proportion de femmes en prison qui ont des antécédents de consommation de drogues injectables. En prison, on offre du counselling en prévention du VIH aux femmes qui s'appêtent à être libérées ou dans le cadre d'un programme de préparation à la mise en liberté.
- ❖ Il existe deux sources de données sur la mortalité attribuable au sida : 1) les décès parmi les cas de sida signalés à l'ASPC; et 2) les décès attribués au VIH qui sont signalés à Statistique Canada. L'ASPC reconnaît qu'en raison des différentes définitions attribuées à la cause de décès utilisées dans les deux bases de données, des écarts existent inmanquablement. L'ASPC travaille avec les provinces et les territoires pour établir un lien entre les bases de données sur les soins et les bases de données sur les diagnostics afin de se faire une meilleure idée de la mortalité et de la morbidité liées au VIH.

1.2 Aperçu des résultats clés du rapport d'étape sur le VIH/sida portant sur les femmes — Clare Jackson, Agence de la santé publique du Canada

Clare Jackson, analyste des politiques (populations), Division des politiques de la coordination et des programmes sur le VIH/sida (Division VIH/sida), Agence de la santé publique du Canada (ASPC), a décrit le travail de développement des rapports d'étape sur le VIH/sida pour les populations clés identifiées dans l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada. Elle a brièvement résumé certains résultats tirés de deux rapports d'étape préliminaires : 1) pour les femmes; et 2) pour les Autochtones. Immédiatement suite à sa présentation, son collègue **Marc-André Gaudreau**, gestionnaire, Élaboration de programmes et démarches fondées sur des données probantes, à la Division du VIH/sida de l'ASPC, a résumé le travail en cours visant à développer un cadre exhaustif pour guider le dépistage du VIH et le counselling en matière de VIH au Canada.

Rapports d'étape

Il y aura huit rapports d'étape, un pour chaque population clé identifiée dans l'initiative fédérale. Ces rapports sont à différents points de leur développement; les deux rapports finaux seront publiés en 2010. Les rapports fournissent un aperçu détaillé et une analyse de l'information et des données probantes disponibles sur le VIH/sida publiées au Canada depuis 2002. Chaque rapport comprendra des données à jour sur le profil

LES FEMMES ET LA PRÉVENTION DU VIH AU CANADA : LE PASSÉ, LE PRÉSENT ET L'AVENIR
IMPLICATIONS POUR LA RECHERCHE, LES POLITIQUES ET LES PRATIQUES

démographique de la population, l'état des infections au VIH et des cas de sida, la recherche sur les facteurs qui augmentent la vulnérabilité au VIH/sida, la recherche actuellement financée et une analyse des réponses au VIH/sida dans ces populations. Ces rapports seront utilisés par l'ASPC pour guider les politiques, les programmes et la recherche sur le VIH/sida dans l'avenir, ainsi que par d'autres intervenants. Il est important de noter que tous les rapports d'étape, à l'exception du rapport pour les homosexuels et les autres hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes (HRSH), incluront une discussion sur les femmes.

Biologiquement, les femmes sont plus susceptibles à être infectées par le VIH dans leurs relations hétérosexuelles que les hommes. En plus de la vulnérabilité biologique des femmes à l'infection par le VIH, les inégalités de genre sont un agent moteur clé de l'épidémie de VIH/sida chez les femmes. Les normes fondées sur le genre et les relations de pouvoir sont reflétées dans les catégories d'exposition au VIH, et les comportements à risque chez les femmes sont souvent liés à des déséquilibres de pouvoir dans les relations sociales. Par exemple, les femmes dans des relations hétérosexuelles peuvent être incapables de négocier le recours aux préservatifs et celles qui s'injectent des drogues peuvent recevoir leurs injections d'autres personnes, les rendant incapables de contrôler la quantité injectée et d'assurer la propreté de l'équipement utilisé.

Les inégalités de genre sont également évidentes en termes de niveaux de revenu et de statut social, lesquelles à leur tour affectent la vulnérabilité des femmes à l'infection au VIH. Les gains moyens des femmes employées sont inférieurs à ceux des hommes – et certains groupes de femmes, comme les femmes autochtones, gagnent moins que leurs homologues blanches. Un faible statut socioéconomique force souvent les femmes à s'engager dans des comportements qui augmentent leur risque d'infection par le VIH. Par exemple, la pauvreté peut se manifester dans les relations dépendantes, l'inaptitude à trouver un logement stable ou le besoin d'offrir son corps pour pouvoir manger et se loger.

Des antécédents d'abus sexuel sont associés à des comportements entraînant des risques à l'âge adulte, ce qui signifie que les enfants qui sont victimes d'abus sexuel sont plus susceptibles d'adopter des comportements qui les mettent à risque de contracter le VIH. Plus de femmes que d'hommes ont survécu à des abus sexuels dans leur enfance, et la recherche au Canada donnent à penser que les personnes qui ont survécu à de la violence sexuelle sont plus susceptibles de contracter le VIH.

Pour ce qui est des femmes autochtones, le phénomène à travers les générations du placement dans des écoles résidentielles, les perturbations culturelles, la violence, le racisme et la pauvreté sont tous des facteurs qui augmentent la vulnérabilité à l'infection par le VIH. L'usage de drogues injectables est associé à la majorité des diagnostics de séropositivité chez les femmes autochtones, comptant pour 64 % des tests positifs entre 1998 et 2006. Les femmes autochtones qui utilisent des drogues injectables sont

LES FEMMES ET LA PRÉVENTION DU VIH AU CANADA : LE PASSÉ, LE PRÉSENT ET L'AVENIR
IMPLICATIONS POUR LA RECHERCHE, LES POLITIQUES ET LES PRATIQUES

également souvent des survivantes d'abus sexuel dans l'enfance.

Des études donnent à penser que les femmes autochtones sont surreprésentées parmi les travailleuses du sexe de la rue. La participation au sein de l'industrie du sexe ou le sexe de survie peuvent augmenter le risque d'infection par le VIH pour un certain nombre de raisons, dont notamment les rapports sexuels non protégés avec des clients ou des partenaires sexuels autres que des clients, l'usage de drogues injectables et l'instabilité au niveau du logement ou le sans-abrisme. Le fait qu'une femme dépende de la prostitution pour survivre peut réduire son aptitude à faire usage des stratégies de prévention du VIH.

L'analyse documentaire pour le rapport d'étape concernant les Autochtones a également identifié des sources de résilience clés pour les femmes autochtones. Celles-ci incluent une interdépendance entre la culture et la spiritualité, la famille et les enfants, et l'accès aux soutiens sociaux culturellement appropriés.

Le dépistage du VIH est une composante clé de la réduction de la propagation du VIH et de l'amélioration de l'accès aux soins médicaux pour les personnes qui vivent avec le VIH. Les femmes se heurtent à une variété d'obstacles lorsqu'il s'agit d'accéder au dépistage. Ces obstacles incluent la discrimination, la crainte de représailles, la stigmatisation du VIH/sida et les obstacles culturels entourant la sexualité. La décision d'accéder au dépistage du VIH est une question complexe pour les femmes autochtones, qui craignent d'être jugées et de perdre leurs enfants après avoir dû révéler des comportements à risque ou avoir découvert un diagnostic de positivité.

Counselling en matière de VIH, directives en matière de dépistage et cadre stratégique

L'ASPC est à la tête du développement d'un cadre stratégique exhaustif de counselling et de dépistage du VIH pour le Canada, lequel inclura des directives renouvelées en matière de counselling. L'ASPC est en pourparlers continus avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et avec d'autres intervenants, et a mis sur pied un groupe de travail pour la conseiller sur le développement des directives et du cadre stratégique. Le groupe de travail est composé de membres d'associations professionnelles, de fournisseurs de soins, de travailleurs de première ligne (santé publique et sensibilisation), de membres des populations à risque d'infection par le VIH, d'organismes communautaires, de gouvernements provinciaux, de chercheurs et d'experts juridiques/de l'éthique. Le groupe de travail a entre autre fourni les directives suivantes à l'ASPC en ce qui concerne le développement du cadre stratégique et des directives.

- ❖ Le cadre stratégique devrait tenir compte des « 3 C » du dépistage (confidentialité, counselling et consentement).
- ❖ Le counselling préalable au test peut varier, en fonction des circonstances et du milieu.

LES FEMMES ET LA PRÉVENTION DU VIH AU CANADA : LE PASSÉ, LE PRÉSENT ET L'AVENIR
IMPLICATIONS POUR LA RECHERCHE, LES POLITIQUES ET LES PRATIQUES

- ❖ Le counselling post-test est essentiel pour communiquer le message de la prévention et recommander un traitement à la patiente.
- ❖ Les approches doivent être adaptées aux populations et milieux particuliers (c.-à-d., les directives doivent être adaptables et persistantes).
- ❖ Une approche plus intégrée au dépistage des maladies infectieuses est nécessaire, reconnaissant la nature spécifique du VIH.
- ❖ La diffusion et la formation appropriées sont importantes, une fois les directives publiées.
- ❖ Un plan pour évaluer l'application, la mise en œuvre et l'impact du cadre stratégique et des directives doit être dressé dès le début.

On a fait remarquer que les directives doivent assurer que les programmes de dépistage offrent un milieu sûr et confidentiel et adaptent le counselling pré-test et post-test aux besoins et antécédents culturels particuliers des femmes. Le counselling doit également tenir compte des conséquences d'un test de grossesse positif et des soins prénataux, et renvoyer les femmes aux services appropriés. L'importance du consentement éclairé est primordiale.

Monsieur Gaudreau a fait savoir que des consultations publiques auraient lieu en ligne aux mois de mai et juin, et il a invité tous les participants dans la pièce à y participer. Les personnes qui n'ont pas accès à Internet pourront commander des exemplaires imprimés du sondage en composant un numéro d'appel sans frais. Les directives renouvelées seront publiées en décembre 2009.

Période de questions

Pendant la période de questions qui a suivi les présentations de Madame Jackson et de Monsieur Gaudreau, les points suivants ont été soulevés :

- ❖ Une consultation en ligne peut exclure certaines femmes parmi les plus vulnérables de la société, y compris celles qui n'ont pas accès à Internet.
- ❖ Il existe une stratégie uniformisée pour encourager les femmes à consulter pour un dépistage du VIH. Les programmes de dépistage ont par conséquent besoin d'être créatifs, par exemple lorsqu'il s'agit de rejoindre les femmes qui n'ont le droit de sortir de chez elles que pour des raisons bien spécifiques. À Toronto, par exemple, le dépistage du VIH et le counselling en matière de VIH sont offerts dans des cuisines communautaires, un des rares endroits que les femmes de certaines communautés peuvent fréquenter sans être accompagnées d'un ou d'une membre de leur famille.
- ❖ Des programmes sont nécessaires pour éduquer les médecins relativement aux conséquences négatives potentielles du dépistage nominal, qui peut exposer

certaines femmes à la violence, vu que leur mari ou partenaire sera informé de leur séropositivité par l'entremise du système de santé publique. Les directives en matière de counselling doivent faire en sorte que les femmes soient conscientes des conséquences d'un diagnostic de séropositivité et soient mises au courant des solutions de rechange à leur disposition (p. ex., les endroits où le dépistage est anonyme).

- ❖ La formation et les ressources sont essentielles à la mise en œuvre des programmes de dépistage du VIH et pour éviter d'enfreindre les droits d'autrui dans le cadre du diagnostic des cas non encore diagnostiqués.

- ❖ Étant donné que les directives sont développées par le gouvernement fédéral mais mises en œuvre par les provinces et les territoires, il est possible qu'il existe des lacunes entre leur utilisation prévue et la façon dont elles sont mises en œuvre à travers le pays. Des ressources et une formation devront être fournies pour assurer la mise en œuvre uniforme à travers le pays.

2 Défis entourant l'évaluation et la compréhension des questions entourant les femmes et la prévention du VIH au Canada dans le cadre de la recherche, des politiques et des pratiques

2.1 Positive Places, Healthy Spaces : Principaux résultats — Ruthann Tucker, Réseau ontarien de traitement du VIH

Ruthann Tucker, directrice principale des Initiatives communautaires et développement organisationnel au Réseau ontarien de traitement du VIH (ROTV), et **Saara Greene**, professeure adjointe à la Faculté de travail social de l'Université McMaster, ont rapporté des constatations clés relativement aux femmes séropositives participant à l'étude Positive Spaces, Healthy Places, un projet de recherche communautaire qui examine les questions entourant le VIH, le logement et la santé. L'étude avait recruté 605 personnes vivant avec le VIH dans des communautés à travers l'Ontario et les avait suivies sur une période d'un an par l'entremise d'enquêtes de santé quantitatives et d'entrevues qualitatives conduites par des assistants de recherche choisis par des pairs. Parmi les 605 participants, 142 étaient des femmes, 456 étaient des hommes et 7 étaient transgenres. La majorité des femmes participant à l'étude étaient hétérosexuelles (90 %) et avaient des enfants (78 %). Près de la moitié des participants venaient de communautés africaines/caribéennes ou autochtones. Alors que l'étude mettait l'accent sur le logement et la santé, elle a permis de recueillir

LES FEMMES ET LA PRÉVENTION DU VIH AU CANADA : LE PASSÉ, LE PRÉSENT ET L'AVENIR
IMPLICATIONS POUR LA RECHERCHE, LES POLITIQUES ET LES PRATIQUES

des données sur une vaste gamme de facteurs déterminants sociaux qui affectent le logement et la santé, tels que le revenu, la consommation de drogues, l'expérience du système de justice pénale, etc.

Les principaux résultats de l'étude étaient les suivants :

- ❖ Une majorité des femmes ayant participé à l'étude ont mentionné avoir des difficultés à acheter de la nourriture (2/3) et des vêtements (72%).
- ❖ Comparativement aux hommes, les femmes ont rapporté un coût de la vie plus élevé et étaient trois fois plus susceptibles de changer fréquemment de logement. Toutefois, 40 % ont indiqué qu'elles avaient moins tendance à déménager en raison d'options limitées. Un tiers ont avoué avoir été sans abri au moins une fois dans leur vie.
- ❖ Les taux de sans-abrisme étaient deux fois plus élevés chez les femmes participant à l'étude que chez les hommes (12,7 % c. 5,6 %).
- ❖ Les femmes s'inquiètent plus facilement que les hommes d'être forcées à déménager, et ce, plus particulièrement lorsqu'elles ont des enfants.
- ❖ Quarante pour cent des femmes participant à l'étude ont indiqué avoir été victimes de discrimination alors qu'elles cherchaient un logement, par rapport à 30 % pour l'ensemble du groupe. Les trois raisons principales données étaient : 1) la discrimination basée sur le nombre de personnes dans leur foyer; 2) la discrimination raciale; et 3) la discrimination sexuelle. Ces raisons différaient de celles de l'ensemble du groupe, où la race, la source de revenu et la séropositivité représentaient les trois principales sources de discrimination.
- ❖ Les femmes sont plus souvent victimes de dépression grave et leur santé mentale générale est moins bonne que celle des autres participants dans l'étude. Les femmes ont moins tendance à consommer de l'alcool et des drogues d'une manière qui soit nuisible à la santé.
- ❖ Les femmes ont nettement moins tendance à se dire satisfaites avec tous les aspects de leur logement et quartier, et 50 % plus susceptibles que les hommes de dire qu'elles détestent être à la maison.
- ❖ Les quatre principaux services que les femmes ont identifiés comme étant nécessaires sont : 1) soins de relève (3 fois plus souvent); 2) garde d'enfants (2,8 fois plus souvent); 3) massothérapie (2,8 fois plus souvent); et 4) formation en dynamique de la vie, cuisine et budgétisation.

En termes de leçons apprises, l'étude a permis de découvrir ce qui suit :

LES FEMMES ET LA PRÉVENTION DU VIH AU CANADA : LE PASSÉ, LE PRÉSENT ET L'AVENIR
IMPLICATIONS POUR LA RECHERCHE, LES POLITIQUES ET LES PRATIQUES

- ❖ les solutions de logement pour les femmes doivent tenir compte du contexte dans lequel elles vivent;
- ❖ le fait qu'une femme ne déménage pas ne signifie pas forcément que ses conditions de logement soient appropriées;
- ❖ les femmes séropositives ont besoin d'avoir accès à des options de traitement qui sont adaptées à leur vie quotidienne;
- ❖ un type de logement et de soutien au logement particulier ne convient pas nécessairement à toutes les femmes séropositives.

Des phases de suivi de l'étude sont en cours ou en voie d'être développées; elles incorporeront des questions sur la prévention, la criminalisation et les pratiques sexuelles. La phase 4 s'intéressera aux populations séronégatives à risque et étudiera les liens entre le logement, les déterminants sociaux de la santé et les risques d'infection par le VIH. Les participants qui avaient des questions ont été invités à envoyer un courriel aux présentateurs ou à communiquer d'une autre façon avec eux.

Période de questions

Pendant la période de questions qui a suivi la présentation, les points suivants ont été soulevés :

- ❖ Les femmes assument de nombreuses responsabilités, comme celles de prendre soin des autres personnes dans leur foyer, de cuisiner, de payer le loyer et les services publics, en plus de s'occuper de leur propre santé. C'est quelque chose qu'on entend de plus en plus souvent lorsqu'on travaille avec des femmes vivant avec le VIH. Cette situation souligne le besoin urgent de programmes et politiques sociaux qui aident les femmes à assumer ces responsabilités.
- ❖ Les femmes ont besoin de soutien avant de tomber malade, pas seulement une fois qu'elles le sont.
- ❖ Les services communautaires et sociaux représentent une source importante d'insécurité et de crainte pour certaines femmes. Les femmes qui tombent malades sont parfois obligées de sortir leurs enfants de l'école pour qu'ils puissent les aider à la maison, ce qui peut entraîner un besoin de services d'aide sociale à l'enfance. C'est un exemple du besoin de travailler avec d'autres ministères et services hors du cercle traditionnel de la santé afin d'aborder les besoins critiques des femmes qui vivent avec le VIH.

2.2 La prévention du VIH au Canada : Une synthèse méta-ethnographique des connaissances courantes—Jacqueline Gahagan et Tracey Prentice

Tracey Prentice, de l'Université d'Ottawa, et **Jacqueline Gahagan**, de l'Université Dalhousie, ont présenté un aperçu des résultats préliminaires de l'étude financée par les IRSC visant à examiner systématiquement la documentation sur la prévention du VIH liée aux femmes autochtones et non autochtones au Canada publiée entre 1996 et 2008. Les objectifs de l'étude consistaient à identifier où des connaissances spécifiques sur les besoins en matière de prévention du VIH manquent ou où un consensus manque, à créer une compréhension généralisée des cadres conceptuels exprimés dans la documentation, à établir un lien entre les résultats et les mesures stratégiques aux niveaux fédéral, provinciaux et territoriaux, et à produire des connaissances nouvelles et identifier les pratiques intelligentes et les lacunes dans les connaissances actuelles, que l'on peut utiliser pour guider la recherche future. L'étude examinait et analysait 38 articles sur la base d'un ensemble de critères d'inclusion préétablis. Les documents s'intéressaient surtout aux questions ethnoculturelles, et une grande partie (40 %) examinait des questions liées aux femmes autochtones et au VIH. Une constatation clé tirée de cet examen est que la plupart des articles traitaient les femmes comme un groupe homogène et ne contenaient pas assez de détails sur la diversité des expériences féminines en matière de prévention du VIH. Un nombre limité d'articles abordaient les questions d'orientation sexuelle et la dynamique sexuelle selon le genre.

L'analyse préliminaire des données suggère ce qui suit :

- ❖ En dépit de l'augmentation du nombre d'infections par le VIH chez les Canadiennes, on met très peu l'accent sur la diversité des questions liées à la prévention du VIH qui sont spécifiques aux femmes;
- ❖ On ne s'intéresse pas suffisamment aux femmes en dehors des contextes normatifs (c.-à-d., les soins prénataux) ou des contextes de risque (c.-à-d., l'utilisation de drogues injectables);
- ❖ On s'intéresse peu aux autres populations de femmes, telles que les femmes qui ont des enfants, les femmes plus âgées, celles qui viennent d'autres pays, les GLBTI;
- ❖ La plupart des études ne parlent pas des partenaires sexuels hétérosexuels/du sexe opposé dans la prévention du VIH ou de la dynamique des sexes comme de facteurs clés dans la compréhension de la prévention du VIH;
- ❖ On s'intéresse avant tout à habiliter les femmes et à accroître la formation en matière de prévention, sans tenir compte des facteurs structureaux politiques et économiques;

LES FEMMES ET LA PRÉVENTION DU VIH AU CANADA : LE PASSÉ, LE PRÉSENT ET L'AVENIR
IMPLICATIONS POUR LA RECHERCHE, LES POLITIQUES ET LES PRATIQUES

- ❖ On manque de surveillance et d'évaluation systématiques des efforts de prévention du VIH.

Ces résultats préliminaires guident la recherche, les politiques et les pratiques futures en ce qui concerne les femmes et la prévention du VIH :

- ❖ Pour la **recherche**, les résultats révèlent le besoin de :
 - mettre davantage l'accent sur la diversité des expériences féminines dans la recherche sur la prévention du VIH;
 - impliquer activement les femmes séropositives et séronégatives dans l'élaboration des questions, méthodes, etc. liées à la recherche;
 - établir davantage de liens avec les mécanismes existants dans le secteur des ONG pour formuler les priorités de recherche.
- ❖ Pour les **politiques**, les résultats révèlent le besoin de :
 - reformuler les politiques sur la prévention du VIH de façon à ce qu'elles tiennent davantage compte des expériences féminines uniques, et plus particulièrement en ce qui concerne les questions de logement, de garde d'enfants, etc.;
 - reconnaître davantage la complexité de la vie et de l'identité d'une femme et l'impact cumulatif de la race, de la classe, de l'âge et du colonialisme sur la distribution inégale de la maladie;
 - financer l'analyse et l'évaluation systématiques différenciées selon les sexes du VIH/sida aux niveaux local, provincial et national.
- ❖ Pour les **pratiques et les programmes**, les résultats révèlent le besoin de :
 - modèles d'habilitation et d'éducation de rechange, distincts du « modèle déficitaire » de la prévention;
 - mettre davantage l'accent sur les façons dont les femmes résistent à l'oppression dans le cadre des programmes de prévention du VIH;
 - évaluations systématiques de ce qui fonctionne et de ce qui ne fonctionne pas;
 - un accent accru sur le caractère unique et la diversité des expériences et des besoins des femmes en matière de prévention du VIH;
 - aborder le recours soutenu aux messages de prévention génériques ciblant les « femmes ».

LES FEMMES ET LA PRÉVENTION DU VIH AU CANADA : LE PASSÉ, LE PRÉSENT ET L'AVENIR
IMPLICATIONS POUR LA RECHERCHE, LES POLITIQUES ET LES PRATIQUES

Les présentatrices ont souligné que la présentation d'aujourd'hui mettait l'accent sur les résultats préliminaires et que des analyses supplémentaires étaient prévues. Elles ont indiqué qu'un volume révisé des principaux sujets liés aux femmes et au VIH au Canada serait éventuellement développé, et ont invité les participants à communiquer avec elles pour en apprendre plus sur les étapes à venir.

Période de questions

Pendant la période de questions qui a suivi la présentation, les points suivants ont été soulevés :

- ❖ Les organismes de base populaire et les ONG ne sont pas égaux en termes de ressources et d'influence. Une façon d'habiliter les femmes est de donner aux femmes séropositives un rôle payé dans la recherche.
- ❖ On a déterminé que les femmes contractaient le VHC avant le VIH. Cela veut dire que les directives en matière de dépistage et de counselling actuellement développées par l'ASPC devraient parler du VHC en plus de parler du VIH.
- ❖ Les stratégies de prévention doivent prendre en compte l'âge. Elles ont toujours eu tendance à s'intéresser aux femmes plus jeunes et aux femmes en âge d'avoir des enfants.

***2.3 Les utilisateurs de drogues injectables, l'industrie du sexe et les femmes—
Mark Tyndall, Université de la Colombie-Britannique***

Mark Tyndall, professeur agrégé de médecine, Université de la Colombie-Britannique, et chef du Service des maladies infectieuses à l'Hôpital St-Paul, a fourni un aperçu des défis à relever en ce qui concerne les soins aux personnes vivant avec le VIH et le traitement des femmes marginalisées dans le quartier Downtown Eastside de Vancouver, où les taux d'infection parmi les femmes sont les plus élevés au Canada. Il a passé en revue les résultats d'un certain nombre d'études qui examinaient les facteurs de risque associés à la séroconversion du VIH chez les travailleuses de l'industrie du sexe et un modèle de traitement et de soutien pour les femmes qui autrement pourraient ne pas recevoir de traitement.

Le projet MAKKA est un partenariat communautaire entre le BC Centre for Excellence in HIV/AIDS et le WISH Drop-In Centre qui examine les vulnérabilités et obstacles aux soins liés au VIH chez les femmes qui recourent au sexe de survie et l'impact des stratégies courantes de prévention et de réduction des préjudices sur cette population. Il cherche aussi à impliquer ces femmes dans le développement de programmes de prévention du VIH durables et adaptés aux différences culturelles. Parmi les participantes, on a découvert que l'infection au VIH était associée à ce qui suit :

LES FEMMES ET LA PRÉVENTION DU VIH AU CANADA : LE PASSÉ, LE PRÉSENT ET L'AVENIR
IMPLICATIONS POUR LA RECHERCHE, LES POLITIQUES ET LES PRATIQUES

1) relations sexuelles non protégées; 2) utilisation quotidienne de cocaïne épurée (crack); 3) injection quotidienne de cocaïne; 4) ethnicité autochtone; et 5) initiation à la prostitution à un jeune âge (moins de 18 ans).

Le D^r Tyndall a passé en revue un certain nombre d'études qui démontrent que les traitements antirétroviraux réussissent mieux s'ils sont instaurés avant que la numération des CD4 tombe à moins de 250 cellules/ μ l. D'autres études suggèrent qu'en abaissant la charge virale d'une personne, on peut réduire le risque qu'elle en infecte d'autres. Ces découvertes nous encouragent à augmenter le nombre de personnes qui suivent un traitement préventif pour mettre un frein à l'épidémie. Toutefois, il est essentiel d'observer le schéma thérapeutique pour maintenir les charges virales basses et prévenir le développement de nouvelles souches résistantes au traitement. Un nouveau traitement simplifié, sous forme d'une seule pilule par jour, est désormais disponible et semble prometteur pour améliorer l'observance. Toutefois, ces nouveaux traitements ne conviennent pas à toutes les femmes. Le paradoxe demeure que les personnes les plus enclines à transmettre le VIH sont celles qui ont le plus de difficultés à obtenir des soins et traitements réguliers.

Une intervention des pairs parmi 20 femmes dans le quartier Downtown Eastside de Vancouver s'est avérée prometteuse pour les femmes qui pourraient autrement ne pas bénéficier du tout d'un traitement. Dès janvier 2007, 20 femmes séropositives (naïves envers les antirétroviraux et celles qui n'avaient pas été capables d'observer leur traitement antirétroviral précédent) ont participé à l'intervention des pairs. Le programme est divisé en quatre parties : 1) réunions hebdomadaires de groupes de soutien mutuel dans le cadre desquelles les femmes participent à des modules sur les soins aux personnes vivant avec le VIH et la stabilisation du VIH traitant d'une vaste gamme de questions, notamment le VIH et la nutrition, les interactions médicamenteuses/avec les antirétroviraux, les effets secondaires, la planification budgétaire, etc.; 2) le système de surveillance mutuelle; 3) l'entraide; et 4) les soins infirmiers sur place. L'observance a été mesurée sur place au moyen de rapports individuels hebdomadaires et vérifiée avec les dossiers de la pharmacie. Dans l'ensemble, l'intervention a entraîné des taux élevés d'observance thérapeutique.

En résumé, les femmes travaillant dans l'industrie du sexe et/ou souffrant de dépendance à l'égard de drogues illicites sont affectées de façon disproportionnée par le VIH. En raison de facteurs sociaux et structurels divers, l'accès aux soins et au traitement du VIH est médiocre. Des programmes novateurs et complets peuvent avoir un impact, mais sont sous-utilisés. Dans les cinq à dix prochaines années, le quartier Downtown Eastside de Vancouver sera embourgeoisé suite à l'accélération des processus attribuable aux Jeux Olympiques d'hiver de 2010. Les femmes marginalisées devront donc se déplacer dans d'autres quartiers de Vancouver. Le gouvernement continuera vraisemblablement de s'opposer à la réduction des préjudices et aux réformes judiciaires. Il faudra élargir la portée des traitements antirétroviraux (et des traitements anti-VHC) parmi les utilisateurs de drogues.

Période de questions

Pendant la période de questions qui a suivi la présentation, les points suivants ont été soulevés :

- ❖ Toute initiative qui vise à promouvoir le traitement des personnes séropositives afin de prévenir les infections s'accompagne de problèmes d'ordre moral. Les coûts individuels du traitement liés aux effets secondaires et à la morbidité sont considérables. Trop peu de données appuient la notion qu'une telle stratégie de prévention puisse être efficace. L'étude suisse s'intéressait aux concentrations sanguines de VIH, mais pas aux concentrations de VIH dans le sperme, par exemple.
- ❖ Nous devons déterminer comment présenter le concept d'intervention des pairs à d'autres groupes de femmes et comment aller au-delà du traitement antirétroviral. Nous avons besoin d'un plus grand nombre de programmes de soutien par les pairs pour aborder les déterminants sociaux de la santé chez les femmes. Des femmes peuvent aider d'autres femmes à dresser un budget pour leur logement, à apprendre à négocier une sexualité sans risque, à vivre des vies plus saines, etc.

2.4 Les politiques de la pauvreté : Répondre aux besoins des femmes autochtones vivant avec le VIH — Kevin Barlow, Réseau canadien autochtone du sida

Kevin Barlow, agent en chef, Politiques et recherche, Réseau canadien autochtone du sida (RCAS), décrit les causes primordiales de l'épidémie de VIH/sida parmi les femmes autochtones au Canada, ainsi que la réponse nécessaire. En 2005, l'ASPC estimait qu'entre 3 600 et 5 100 Autochtones vivaient avec le VIH/sida au Canada, dont environ la moitié était des femmes (48,1 %). Selon *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida 2007*, les autres aspects uniques de l'épidémie de VIH/sida chez les femmes autochtones incluent :

- ❖ Plus de femmes autochtones séropositives s'injectent des drogues que de femmes non autochtones;
- ❖ Les femmes autochtones ont tendance à se faire diagnostiquer au stade sida, manquant les possibilités de recevoir et de bénéficier des thérapies anti-VIH capables de prolonger la vie.

Il va sans dire que la pauvreté est un facteur clé de l'épidémie de VIH/sida dans la population autochtone. Les nombreuses études réalisées par le RCAS révèlent comment de simples besoins essentiels, comme la nourriture et le logement, ne sont pas satisfaits. Si on combine cette problématique aux questions d'abus dans l'enfance

LES FEMMES ET LA PRÉVENTION DU VIH AU CANADA : LE PASSÉ, LE PRÉSENT ET L'AVENIR
IMPLICATIONS POUR LA RECHERCHE, LES POLITIQUES ET LES PRATIQUES

et à l'influence du traumatisme historique, il ne faut pas s'étonner si certains Autochtones se tournent vers les drogues et l'alcool pour tenir le coup. À cela s'ajoute les expériences négatives et le mauvais traitement que reçoivent les Autochtones aux prises avec certaines personnes au sein des services de santé. En fin de compte, les femmes autochtones n'ont pas grande envie d'avoir quoi que ce soit à voir avec les services qui sont là pour elles.

Les femmes autochtones qui se sont confiées au RCAS ont permis d'identifier un certain nombre de besoins. Parmi ceux-ci, celui d'avoir un endroit sûr où les femmes autochtones séropositives, avec ou sans enfants, peuvent se rencontrer pour s'entraider et parler en groupes de leurs problèmes et de leurs besoins en toute confiance. Le besoin d'accès aux aînés et aux cérémonies a également été mentionné.

Pour donner suite à ces besoins, le RCAS a créé un poste de coordonnatrice des femmes autochtones et de leadership et élabore un plan d'action à l'intention des femmes autochtones. Une rencontre de femmes autochtones est prévue pour cette année. Il est important de créer des alliances entre les hommes et les femmes pour commencer à réparer les dommages créés par le colonialisme et pour changer véritablement la façon dont les Autochtones vivent.

Période de questions

Nous n'avons pas eu de temps pour des questions à la fin de la présentation.

2.5 Passer à l'action devant le VIH et le sida dans les communautés noires du Canada—Dionne A. Falconer.

Dionne A. Falconer, DA Falconer & Associates Inc., et auteure de *Passer à l'action devant le VIH et le sida dans les communautés noires du Canada : une ressource pour aller de l'avant*, a proposé un survol des stratégies mises en œuvre afin de mieux assurer la planification et la prestation des programmes et services pour les femmes de la communauté noire du Canada aux prises avec le VIH/sida.

Au Canada, les femmes de race noire sont surreprésentées dans les groupes touchés par le VIH/sida. Selon les estimations de l'ASPC, 16 % des nouveaux cas d'infection au VIH et 12 % de toutes les infections au VIH étaient assignés à la catégorie d'exposition dite « VIH endémique » en 2005. Toutefois, Madame Falconer a fait remarquer que l'utilisation de la catégorie « endémique », historiquement associée à certaines contrées particulièrement touchées, comme les Antilles et l'Afrique subsaharienne, dont les populations sont majoritairement noires, pose un problème, puisqu'elle ne fait pas le relevé exact des individus infectés, et le problème s'accroît particulièrement du fait que la liste des pays « VIH endémiques » inclut désormais des pays comme le Cambodge, le Myanmar et certains pays d'Amérique latine.

LES FEMMES ET LA PRÉVENTION DU VIH AU CANADA : LE PASSÉ, LE PRÉSENT ET L'AVENIR
IMPLICATIONS POUR LA RECHERCHE, LES POLITIQUES ET LES PRATIQUES

L'un des principaux obstacles qui nous empêchent de bien comprendre l'épidémie qui affecte les femmes de race noire repose sur le caractère incomplet des données relatives à l'ethnicité. Entre 1998 et 2006, les femmes représentaient 54,2 % de tous les cas de séropositivité et 41,8 % de tous les cas de sida signalés à l'ASPC pour la catégorie VIH endémique. Or, ces chiffres n'incluent pas l'Ontario et le Québec, qui ensemble abritent 85 % de la population noire au Canada.

Autrefois, la problématique des femmes noires touchées par le VIH/sida recevait peu d'attention, mais cette situation a changé graduellement depuis quelques années, avec la publication d'un certain nombre d'études et de rapports d'évaluation des besoins. La plus récente de ces publications est *Passer à l'action devant le VIH et le sida dans les communautés noires du Canada : une ressource pour aller de l'avant*, la seconde phase du *Projet pour donner l'élan à une stratégie nationale sur le VIH/sida pour les communautés canadiennes noires, africaines et caraïbes*. L'étude *Passer à l'action* a été élaborée à partir d'une revue de la littérature complétée par des entrevues et des discussions de groupes menées dans six villes canadiennes. La recherche a révélé une absence de visibilité et de priorisation en ce qui concerne le VIH et le sida dans les communautés noires du Canada, qui ont la particularité d'être très hétérogènes et géographiquement dispersées. De même, le financement des initiatives à l'intention des communautés noires est fragmenté, limité et difficile d'accès. La peur, la stigmatisation et la discrimination liées au VIH affectent négativement les personnes de race noire, qui consultent pour des renseignements concernant la prévention du VIH, des soins, un traitement et du soutien. Les enjeux entourant l'immigration et l'établissement des nouveaux arrivants viennent se surimposer aux problèmes qui affectent déjà ces populations. Tout cela a des répercussions sur les femmes de race noire, et plus spécifiquement :

- ❖ On note un impact différent selon le sexe et cela se reflète dans les taux disproportionnés de VIH et de sida.
- ❖ L'interaction entre différents facteurs comme le sexe, la race, le statut socioéconomique, la religion et l'orientation sexuelle influe sur le comportement sexuel, accroît le risque et compromet l'aptitude à composer avec le VIH/sida.
- ❖ Bien que les rapports existants et le rapport d'étape sur le VIH/sida dans la communauté noire commandité par l'ASPC soient un bon début, il faut accumuler davantage de preuves et proposer d'autres initiatives ciblées.
- ❖ Les femmes noires doivent s'impliquer, se faire entendre et participer aux décisions et aux mesures entourant la recherche, les politiques et leur application.

Les recommandations clés de *Passer à l'action* sont les suivantes :

- ❖ Les gouvernements doivent investir davantage et offrir un soutien économique ciblé pour s'attaquer à la surreprésentativité des communautés noires dans l'épidémie de

LES FEMMES ET LA PRÉVENTION DU VIH AU CANADA : LE PASSÉ, LE PRÉSENT ET L'AVENIR
IMPLICATIONS POUR LA RECHERCHE, LES POLITIQUES ET LES PRATIQUES

VIH et de sida.

- ❖ Les décideurs doivent s'engager auprès des communautés noires pour réviser et formuler les politiques qui exerceront un impact positif sur la prévention de la propagation du VIH dans la communauté noire et qui répondront aux besoins de la communauté noire aux prises avec le VIH en matière de soins, de traitements et de soutien.
- ❖ Les membres de la communauté noire, y compris ceux qui vivent avec le VIH, doivent se serrer les coudes, élaborer une stratégie, se doter d'un plan et passer à l'action.
- ❖ Les professionnels de la santé doivent développer leur capacité de répondre plus efficacement aux besoins de la communauté.
- ❖ Les chercheurs doivent entreprendre tous les types de recherche sur le VIH et le sida susceptibles d'être bénéfiques à la communauté noire.

Période de questions

Pendant la période de questions qui a suivi la présentation, les points suivants ont été soulevés :

- ❖ Les entrevues et les discussions de groupes sur l'étude *Passer à l'action* ont été menées en anglais ou en français. Par contre, on reconnaît que la communauté noire s'exprime en de nombreuses autres langues que simplement l'anglais ou le français.
- ❖ La confidentialité est un enjeu important pour les groupes d'immigrants. Le *Guide et manuel de prévention du VIH : Outil pour les fournisseurs de services servant les communautés africaines et africaines caribéennes vivant au Canada* (2006) et l'étude de recherche *VIH/sida, la stigmatisation, le déni, la peur et la discrimination* (2006) sont de bonnes ressources à ce sujet.
- ❖ On a reconnu la nécessité de travailler avec les églises pour sensibiliser les communautés noires à la problématique du VIH/sida. Le Bureau de lutte contre le sida de l'Ontario travaille avec une coalition d'églises noires de Toronto pour lancer un programme de dépistage et de sensibilisation au VIH. Une adresse au diocèse anglican à l'occasion de la Journée mondiale du sida a permis un certain travail de suivi.

2.6 *Projet Trans PULSE — Greta Bauer, Université de Western Ontario*

Greta Bauer, professeure adjointe d'épidémiologie et de biostatistique à l'Université de

LES FEMMES ET LA PRÉVENTION DU VIH AU CANADA : LE PASSÉ, LE PRÉSENT ET L'AVENIR
IMPLICATIONS POUR LA RECHERCHE, LES POLITIQUES ET LES PRATIQUES

Western Ontario, a présenté un survol des résultats préliminaires du projet Trans PULSE, une étude basée dans la communauté qui a pour objet de mesurer les effets de l'exclusion sociale sur la santé des communautés transgenres en Ontario et la situation de vulnérabilité dans laquelle elles se trouvent par rapport au VIH. En raison des données et des recherches limitées sur les populations transgenres, on ignore quelle est la prévalence réelle du VIH dans ces groupes. Toutefois, deux récentes méta-analyses réalisées aux États-Unis et outre-mer donnent à penser que ces taux seraient élevés (environ 27 % pour les femmes transgenres aux États-Unis). Le projet Trans PULSE sera réalisé en trois phases, soit des sondages auprès de la communauté, des enquêtes auprès de jusqu'à 1 000 individus et des entrevues pour ajouter de la profondeur aux réponses du sondage. On a relevé les neuf facteurs suivants qui contribuent à la vulnérabilité au VIH chez les femmes transgenres dans les travaux de recherche publiés et les sondages réalisés auprès des communautés; ils seront approfondis au moyen des enquêtes et des entrevues :

- ❖ Difficulté à trouver ou à conserver un emploi;
- ❖ Coûts financiers et sociaux élevés de la transition;
- ❖ Demande établie pour le commerce sexuel;
- ❖ Périodes de piètre estime de soi, de dépression, d'anxiété et d'image corporelle négative;
- ❖ Difficultés — ou crainte de difficultés — à établir de saines relations sexuelles ou intimes;
- ❖ Exploration ou validation sexuelle après la chirurgie;
- ❖ Absence de messages, de programmes et d'information adaptés au sujet de la prévention (p. ex., aiguille du mauvais calibre pour hormones obtenues illégalement);
- ❖ Soins de santé inappropriés pour les transgenres;
- ❖ Absence de recherche et d'information sur le VIH, les facteurs de vulnérabilité, les effets de la stigmatisation sous diverses formes et les traitements pour le VIH et le changement de sexe.

Un élément d'importance affecte la santé des individus transgenres et c'est le phénomène d'« effacement » des identités et des expériences transgenres qui contribue à entretenir des idées fausses à leur sujet et renforce la stigmatisation et la discrimination dont ils font l'objet. L'effacement « institutionnel » des individus transgenres se manifeste par le manque de politiques adaptées aux individus ou aux corps transgenres en matière de soins de santé, de formation ou d'embauche, ce qui

LES FEMMES ET LA PRÉVENTION DU VIH AU CANADA : LE PASSÉ, LE PRÉSENT ET L'AVENIR
IMPLICATIONS POUR LA RECHERCHE, LES POLITIQUES ET LES PRATIQUES

comprend le fait qu'un tel besoin n'est pas encore reconnu. L'effacement « gnosique » inclut l'absence de connaissances sur les individus et les problématiques transgenres, de même que l'hypothèse selon laquelle on peut croire erronément qu'une telle information n'existe pas. À la base de tous ces différents types d'effacement se trouve la cisnormativité (croyance selon laquelle les identités ou les corps transgenres sont moins authentiques ou moins « normaux »). Ces processus se renforcent mutuellement de telle sorte qu'une personne transgenre qui se présente comme candidate à un emploi, patiente ou cliente, est perçue comme quelqu'un d'anormal qui ne bénéficie pas de l'appui d'une communauté visible par son nombre ou son poids dans la société. Ainsi, il revient trop souvent aux individus transgenres de devoir tenter par eux-mêmes de remédier aux lacunes et aux politiques déficientes du système et d'acquérir les connaissances nécessaires pour combler leurs besoins.

La **recherche** visant à reconnaître et à atténuer la vulnérabilité au VIH des femmes transgenres doit porter sur les éléments suivants :

- ❖ Analyser la méfiance profondément enracinée à l'égard des chercheurs;
- ❖ Inverser le phénomène d'effacement des personnes transgenres dans la recherche;
- ❖ Retracer le statut des transgenres dans l'épidémiologie du VIH;
- ❖ Mettre au point des mesures appropriées pour évaluer les comportements sexuels à risque;
- ❖ S'attaquer aux multiples formes de stigmatisation dont font l'objet les individus transgenres vivant avec le VIH.

Les **politiques** visant à réduire la vulnérabilité au VIH des femmes transgenres doivent se fonder sur les éléments suivants :

- ❖ Politiques d'emploi qui favorisent l'embauche, la promotion et la rétention des employés transgenres;
- ❖ Protection explicite des droits humains en ce qui a trait à l'identité et à l'expression sexuelles;
- ❖ Élimination de la mention obligatoire d'une chirurgie pour changement de sexe sur les documents d'identité légaux.

Il faut apporter des changements à l'**infrastructure des soins de santé** pour réduire la vulnérabilité au VIH des individus transgenres dans les domaines suivants :

- ❖ Services spécifiques aux « hommes » et aux « femmes » en médecine reproductive et sexuelle;

LES FEMMES ET LA PRÉVENTION DU VIH AU CANADA : LE PASSÉ, LE PRÉSENT ET L'AVENIR
IMPLICATIONS POUR LA RECHERCHE, LES POLITIQUES ET LES PRATIQUES

- ❖ Unités distinctes pour les hommes et les femmes, non seulement dans les établissements de santé, mais également dans d'autres milieux, par exemple les refuges et les prisons;
- ❖ Facturation des interventions selon le sexe;
- ❖ Identification sexuelle sur les fiches de santé;
- ❖ Financement public stable des soins pour changement de sexe.

Les **pratiques** en matière de prévention du VIH doivent tenir compte des éléments suivants pour réduire la vulnérabilité au VIH des individus transgenres :

- ❖ Adapter tous les programmes de prévention du VIH aux individus transgenres, y compris les programmes qui s'adressent aux communautés autochtones, métisses et inuites, de même qu'aux nouveaux arrivants, aux jeunes, aux gens âgés, aux individus gais, bisexuels et autres HRSH; prévention pour les séropositifs;
- ❖ Élaboration et application de programmes de prévention du VIH spécifiques aux individus transgenres.

Période de questions

Pendant la période de questions qui a suivi la présentation, les points suivants ont été soulevés :

- ❖ La catégorisation d'une personne transgenre peut avoir de graves conséquences sur sa santé et sa sécurité. Par exemple, dans les prisons où le sexe est assigné en fonction des organes génitaux, une femme transgenre peut se retrouver dans un établissement carcéral pour hommes et être victime de violence et d'abus.
- ❖ Il est difficile de fournir une répartition démographique des individus transgenres parce que les données n'ont pas été recueillies.
- ❖ Le traitement des individus transgenres varie d'un pays à l'autre. Même dans les pays qui disposent de politiques et de services de soutien progressistes pour les individus transgenres, on note des forces et des faiblesses. La Thaïlande est plus ouverte aux individus transgenres hommes-femmes et fournit de bons soins de santé à ceux qui peuvent se les permettre. Les Pays-Bas offrent des soins de santé à tous. Le Royaume-Uni est en avance sur le plan des enjeux légaux ayant trait au changement d'identité. Toutefois, on note des problèmes associés à sa Loi sur l'identité sexuelle qui exige d'une personne subissant une chirurgie pour changement de sexe qu'elle obtienne un divorce en bonne et due forme.

3 Lacunes et implications potentielles pour l'avenir de la recherche, des politiques et des pratiques concernant les femmes et le VIH au Canada

3.1 Implications pour le Plan intégral d'action sur le VIH/sida et les femmes — Louise Binder

Louise Binder, présidente du Conseil canadien de surveillance et d'accès au traitement (CCSAT) et vice-présidente de Voices of Positive Women, a animé un atelier dont le but était d'identifier les trois domaines d'intervention prioritaires du *Plan intégral d'action sur le VIH/sida et les femmes*. Le *Plan intégral* est une stratégie globale en vue d'enrayer l'épidémie de VIH/sida chez les femmes et les filles (y compris les femmes transgenres). Le plan d'action énumère six domaines élargis nécessitant un financement et un soutien adéquats de la part de tous les intervenants, de même que leur engagement à long terme. Le texte complet du *Plan intégral* peut être téléchargé à partir de l'adresse womensblueprint.org.

On a distribué aux participants des exemplaires du *Plan intégral* et une liste des six champs d'action qu'il comporte; on les a ensuite invités à choisir les trois principaux en les classant de 1 à 3 (du plus au moins important). On leur a ensuite demandé d'identifier l'enjeu prioritaire par excellence à l'intérieur des trois champs retenus. On a ensuite compilé ces classements lors d'une plénière. Douze participants ont aussi remis leur liste lors de la plénière et ont fourni des renseignements additionnels sur les enjeux prioritaires à l'intérieur de chaque champ d'action. En voici un résumé :

1. Diagnostic et traitement, incluant le dépistage :

- Confidentialité du dépistage pour lequel les médecins doivent être formés afin de comprendre les vulnérabilités et les risques auxquels les femmes font face vis-à-vis du dépistage et de mieux conseiller leurs patientes quant aux options et aux conséquences;
- Assurance médicaments pour tous;
- Dépistage « sécuritaire » (socialement sécuritaire en ce qui a trait à la protection des renseignements personnels et à la prévention de la violence);
- Directives de dépistage claires et culturellement adaptées (X2);
- Formation sur les options de dépistage et de tests de grossesse;
- Études plus nombreuses sur les femmes;
- Accès au traitement, abolition des obstacles dans les centres de santé et accessibilité;

LES FEMMES ET LA PRÉVENTION DU VIH AU CANADA : LE PASSÉ, LE PRÉSENT ET L'AVENIR
IMPLICATIONS POUR LA RECHERCHE, LES POLITIQUES ET LES PRATIQUES

- Accès élargi aux traitements et aux tests dans les régions rurales et chez les populations à risque (p. ex., grâce au dépistage rapide).

2. Stigmatisation et discrimination :

- Racisme et discrimination → Accès aux services;
- Services culturellement et socialement adaptés pour les soins de santé et l'intégration communautaire;
- Leadership du secteur privé;
- Enjeux et effets de la colonisation sur les peuples autochtones;
- Criminalisation du VIH;
- Besoins en matière de formation et campagnes de sensibilisation pour promouvoir une meilleure compréhension.

3. Prévention et éducation :

- Promotion des microbiocides (X2);
- Ateliers / formation des pairs aidants / programmes de mentorat;
- Appui à des stratégies de prévention et d'éducation culturellement et linguistiquement adaptées pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis;
- Centres de dépistage;
- Accès aux messages sur la prévention adaptés à la situation particulière des femmes (outre les condoms masculins) dans les endroits où les femmes s'assemblent;
- Nouveaux messages à l'intention des jeunes (par l'entremise des écoles), promouvoir l'utilisation du condom, rappel des messages sur les comportements sexuels à risque;
- Adaptation des messages et de l'approche préventive pour atteindre des populations spécifiques.

4. Soins et soutien :

- Programmes d'intervention;
- Financement accéléré pour les groupes d'entraide et de défense et pour leur accessibilité dans les régions rurales et vulnérables au Canada;
- Leadership à tous les échelons gouvernementaux et dans le secteur privé pour mettre au point des plans complets et culturellement et linguistiquement appropriés afin de corriger les inégalités auxquelles les femmes et les filles font face vis-à-vis des déterminants sociaux de la santé.

5. Recherche :

- Aucun paramètre identifié.

6. Droits légaux, éthiques et humains :

- Décriminalisation du travail sexuel (X2);
- Criminalisation du VIH;
- Violence faite aux femmes.

3.2 Directives nationales sur la planification des naissances et la fertilité en présence du VIH — Shari Margolese, Voices of Positive Women, et D^{re} Mona Loufty, Université de Toronto.

Mona Loufty, infectiologue et chercheuse clinique à l'Université de Toronto, et **Shari Margolese**, Voices of Positive Women, ont donné un aperçu des travaux réalisés pour la création de directives nationales sur la planification des naissances dans le contexte du VIH, en réponse à la prévalence croissante du virus chez les femmes en âge de procréer au Canada. En 2004, les femmes représentaient 27,7 % des nouveaux cas de VIH et la majorité d'entre elles (82,8 %) étaient âgées de 20 à 40 ans. Ce phénomène, allié à l'augmentation de l'espérance de vie, à l'amélioration de la qualité de vie chez les individus séropositifs et à l'avènement de nouveaux traitements qui ont ramené la transmission du VIH de la mère à l'enfant à moins de 1 %, a donné lieu à une augmentation du nombre de femmes cherchant à devenir enceintes et à fonder une famille. Ces directives font partie du programme canadien sur la fertilité et le VIH (Canadian HIV Fertility Program), qui vise à orienter et à aider les personnes vivant avec le VIH au Canada au chapitre de la fertilité et de la planification des naissances d'une façon holistique, éthique, aidante et médicalement éprouvée. Le projet se déroulera en quatre phases et débutera par une évaluation des besoins et l'identification des lacunes à combler, le développement de liens avec les principaux intervenants nationaux, la création et la publication de directives, suivis de la mise au point d'outils de transfert des connaissances et de renforcement des capacités pour accroître la sensibilisation et éventuellement, évaluer l'impact des directives.

En avril 2009, une ébauche des directives a été préparée et soumise à l'examen d'une équipe de rédaction comportant plus de 30 experts, dont des spécialistes du VIH clinique et de la fertilité, des obstétriciens, des sages-femmes, des pédiatres, des chercheurs, des membres de la communauté et des décideurs. L'équipe s'est réunie à plusieurs reprises par téléconférence et une fois face à face. L'ébauche finale des directives sera prête en mai-juin et soumise pour publication en juillet-août 2009. Les présentatrices ont invité les participants à communiquer avec elles s'ils souhaitaient se

joindre à l'équipe de rédaction.

Période de questions

Pendant la période de questions qui a suivi la présentation, les points suivants ont été soulevés :

- ❖ Reconnaisant le lien important entre le counselling post-test et la planification des naissances, le projet compte aussi des membres qui font partie du groupe de travail ad hoc sur le dépistage et le counselling entourant le VIH élaboré par l'ASPC.

3.3 Femmes, VIH/VHC et réduction des préjudices dans les prisons fédérales — Anne Marie DiCenso, Prisoners HIV/AIDS Support Action Network

Anne Marie DiCenso, directrice administrative de Prisoners' HIV/AIDS Support Action Network (PASAN), a parlé de la population féminine dans les prisons fédérales, des taux d'infection par le VIH et le VHC et des défis liés à l'application d'un programme de réduction des préjudices et de promotion de la santé dans cette population.

Quatre cent quarante-neuf femmes sont actuellement incarcérées dans les prisons fédérales, ce qui représente une proportion faible mais croissante de la population carcérale totale qui s'élève pour sa part à 12 500 individus. La majorité des détenues dans les prisons fédérales purgent des peines d'emprisonnement pour des crimes non violents ou pour complicité, pour des crimes commis en légitime défense ou découlant de la pauvreté. Une femme incarcérée présentera probablement les caractéristiques suivantes :

- ❖ A subi des sévices émotionnels et sexuels (taux de 82 % dans la population féminine totale, qui passe à 90 % chez les prisonnières d'origine autochtone);
- ❖ Souffre de maladie mentale (le quart des femmes incarcérées dans des prisons fédérales présentaient à l'admission des problèmes de santé mentale, par exemple dépression, bipolarité et troubles de la personnalité, etc.);
- ❖ A survécu à des traumatismes subis durant l'enfance (57 % ont subi un traumatisme majeur durant l'enfance);
- ❖ Est peu scolarisée (20 % n'ont pas terminé leur primaire, 50 % n'ont pas fait leur dixième année et 22 % détiennent un diplôme d'études secondaires);
- ❖ Est sans emploi ou travaille peu et détient une expérience professionnelle minime voire nulle;
- ❖ Consomme de la drogue et de l'alcool (sept prisonnières sur dix admettent

LES FEMMES ET LA PRÉVENTION DU VIH AU CANADA : LE PASSÉ, LE PRÉSENT ET L'AVENIR
IMPLICATIONS POUR LA RECHERCHE, LES POLITIQUES ET LES PRATIQUES

éprouver un problème de toxicomanie qui justifierait un traitement durant leur incarcération);

- ❖ Est pauvre, sans logis ou sans domicile fixe.

Les taux de prévalence des maladies infectieuses sont plus élevés chez les femmes détenues. Environ 4 % ont contracté le VIH et 41,2 % ont contracté le VHC, contre 2 % et 23,2 % chez les hommes, respectivement (statistiques de 2001). Malgré ces taux élevés, on note l'absence d'outils de réduction des préjudices et d'éducation dans les prisons et la promotion de la santé est compromise par des questions de sécurité. Parmi les comportements à haut risque recensés chez les femmes détenues, mentionnons :

- ❖ Tatouage et perçage corporel (environ 25 %);
- ❖ Utilisation de drogues injectables (19 %);
- ❖ Lacération et automutilation (59 % des femmes pratiquent l'automutilation et 92 % affirment s'être déjà infligé des lacérations).

Le problème le plus important auquel les femmes détenues font face est un problème d'accessibilité aux traitements, aux soins, aux suppléments nutritifs pour celles qui prennent des antirétroviraux, au counselling et à des outils de réduction des préjudices, etc.

Parmi les défis auxquels les femmes transgenres / transsexuelles sont confrontées, mentionnons la discrimination, le harcèlement et la violence inhérents au fait qu'on emprisonne les détenues selon la nature de leurs organes génitaux plutôt que selon leur identité sexuelle.

Une étude réalisée en 2001 par PASAN et réunissant des entrevues réalisées auprès de 156 femmes détenues a recommandé au Service correctionnel du Canada (SCC) de fournir des ressources pour faciliter l'accès à des programmes de prévention du VIH et du VHC spécifiques aux femmes à tous les échelons du système et pour que de tels programmes soient mis au point et appliqués par le SCC et les groupes communautaires. Les messages relatifs à la prévention doivent être largement diffusés, sous diverses formes, en langage simple et avec discrétion. Toutefois, on continue d'observer divers obstacles qui nuisent aux efforts des groupes communautaires pour entrer en contact avec les détenues et appliquer les programmes.

Période de questions

Pendant la période de questions qui a suivi la présentation, les points suivants ont été soulevés :

- ❖ Il y a quelques années, le SCC a piloté un projet pour rendre le tatouage plus sécuritaire dans les prisons. Le projet pilote a été annulé par le gouvernement conservateur à la fin de 2006. Une évaluation du projet pilote sera connue sous peu.

4 Discussion de groupe et récapitulatif

Lors de la séance de récapitulation finale, les membres du comité ont offert différents points de vue sur le déroulement de la journée.

4.1 Thème : *Invisibilité des femmes* — *Marcie Summers*

Marcie Summers, directrice administrative, Positive Women's Network, a noté que les thèmes suivants revenaient souvent :

- ❖ *Invisibilité des femmes* dans toutes les populations : femmes séropositives qui sont transgenres, travailleuses du sexe, immigrantes et réfugiées, femmes âgées, femmes détenues, femmes de couleur, femmes d'origine autochtone et femmes des régions rurales et des communautés éloignées. Il a été difficile de faire ajouter les problématiques féminines comme priorité à l'agenda, et encore plus en ce qui concerne les populations à risque à l'égard du VIH. Afin d'accroître la visibilité des femmes et de promouvoir une action réelle, les communautés doivent nommer des leaders pour établir des partenariats efficaces entre les communautés affectées et les femmes vivant avec le VIH. Il faut faire entendre haut et fort le message des divers groupes de femmes et éviter les mesures purement symboliques.
- ❖ *Les femmes ont besoin de leurs propres espaces, agences et programmes* — Le besoin se fait pressant pour que les femmes qui vivent avec le VIH ou qui sont exposées à un risque à cet égard disposent d'endroits où se réunir pour se renseigner sur la prévention du VIH, les soins, le traitement et le soutien, pour établir des réseaux, partager des stratégies et des ressources afin d'améliorer leur qualité de vie, d'acquiescer une plus grande confiance en elles et de développer un leadership qui leur donnera accès à d'autres tribunes. Les femmes séronégatives doivent trouver des façons d'appuyer les femmes séropositives dans le cadre de partenariats.
- ❖ *Modèle de prévention* — Il s'agit d'un outil essentiel pour prévenir le VIH chez les populations à risque. Les programmes existants sont insuffisants.

Période de questions

Au cours de la discussion qui a suivi, d'autres points ont été soulevés :

LES FEMMES ET LA PRÉVENTION DU VIH AU CANADA : LE PASSÉ, LE PRÉSENT ET L'AVENIR
IMPLICATIONS POUR LA RECHERCHE, LES POLITIQUES ET LES PRATIQUES

- ❖ Les retraites pour femmes aux prises avec le VIH ou à risque ont été utiles pour reconnaître les leaders. En général, les femmes qui ont un talent naturel pour le leadership se manifesteront si les conditions sont propices.
- ❖ Il faut plus de ressources et des postes rémunérés pour soutenir la création de tels espaces pour les femmes. Nous ne pouvons continuer de compter indéfiniment sur le bénévolat. Les femmes devraient toujours être rémunérées pour le travail qu'elles font.
- ❖ Pour la clientèle féminine, les approches doivent être adaptées à l'âge et aux particularités culturelles.
- ❖ Certaines populations préfèrent garder l'anonymat pour leur propre sécurité. Promouvoir le leadership est un processus long. Un modèle de mentorat pour le développement du leadership est une approche qui fonctionne mais qui demande du temps.

**4.2 Thème : La nécessité de s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé —
Louise Binder**

Louise Binder a noté qu'un des thèmes sous-jacents de cette session avait été l'interaction entre les différents déterminants sociaux de la santé qui contribuent, à différents niveaux, à entretenir l'épidémie de VIH. Ce phénomène s'observe notamment sur le plan des facteurs sociaux qui nuisent à la santé des populations surreprésentées dans l'épidémie de VIH. Les politiques ou programmes visant à inverser la tendance pour ce qui est de l'épidémie de VIH doivent s'attaquer aux multiples facteurs qui exposent les individus à un risque accru d'infection. Ignorer les déterminants sociaux de la santé est un gage d'échec. Sur le plan des besoins à moyen terme, Louise a noté ce qui suit :

- ❖ Il faut plus de programmes de mentorat, plus de cuisines communautaires et d'endroits sécuritaires où les femmes peuvent se rassembler.
- ❖ Il faut plus de réseaux où les femmes séropositives peuvent partager des renseignements sur les traitements. Cela aidera les femmes à acquérir une plus grande confiance en elles, de même que les connaissances requises pour interagir avec les médecins et les hôpitaux et pour prendre des décisions thérapeutiques éclairées.
- ❖ Il faut offrir des modèles de microfinancement aux femmes pour qu'elles puissent s'attaquer aux problèmes de pauvreté et d'impuissance qui sous-tendent l'épidémie et influent négativement sur la santé.
- ❖ Il faut mettre sur pied plus de programmes à l'intention des femmes, incluant les

LES FEMMES ET LA PRÉVENTION DU VIH AU CANADA : LE PASSÉ, LE PRÉSENT ET L'AVENIR
IMPLICATIONS POUR LA RECHERCHE, LES POLITIQUES ET LES PRATIQUES

femmes séropositives.

- ❖ Il faut établir davantage de politiques et de programmes axés sur le logis social.
- ❖ Il faut plus d'emplois pour les femmes de la communauté touchées par le VIH.
- ❖ Il faut plus d'options pour le dépistage anonyme du VIH afin que les femmes puissent subir les tests sans risque de représailles de la part d'un partenaire ou des familles.
- ❖ Les programmes de prévention et de dépistage du VIH doivent se tourner vers des modèles de prestation novateurs pour être plus accessibles aux femmes de différentes populations. Ils doivent tenir compte du fait que ce qui fonctionne chez un groupe peut ne pas fonctionner chez un autre et que toutes les communautés ne permettent pas le même accès aux programmes pour le VIH qui s'adressent aux femmes.
- ❖ La criminalisation du VIH doit cesser, sinon l'épidémie continuera de couvrir.
- ❖ Les femmes transgenres ont besoin de stratégies pour le VIH/sida qui soient adaptées à leur situation.

4.3 Thème : Les défis des femmes autochtones — Doris Peltier

Doris Peltier, coordonnatrice au Programme de développement des aptitudes de leadership des femmes autochtones, porte-parole auprès de l'ASPC, Réseau canadien autochtone du sida, a relevé les points communs entre la situation des femmes autochtones et celle des autres groupes de femmes, bien que les femmes autochtones aient à composer avec un nombre plus grand de lacunes sur le plan des services et qu'elles présentent des déterminants sociaux particulièrement défavorables pour la santé, ce qui les expose à un risque accru :

- ❖ L'une des causes primordiales de l'épidémie chez les peuples autochtones est la disparition du tissu social et des rôles masculin et féminin traditionnels. Traditionnellement, les hommes représentaient le cercle extérieur protecteur de la communauté, mais ce rôle a disparu au profit d'une plus grande violence et d'une aggravation de la vulnérabilité des femmes à l'égard du VIH.
- ❖ Beaucoup de femmes autochtones ne se soumettent pas au dépistage du VIH par crainte de la stigmatisation et de la discrimination au sein de leur communauté et par crainte que leurs enfants leur soient enlevés.
- ❖ Beaucoup de femmes autochtones vivent avec le VIH ou sont à risque et se trouvent isolées; elles n'ont accès ni aux mesures de prévention, ni aux soins, ni

aux traitements, ni au soutien. La stigmatisation et la discrimination sont d'importants problèmes qui aggravent l'isolement. Dans certains dialectes autochtones, VIH/sida se traduit par « maladie sale ».

- ❖ Les taux d'itinérance sont élevés chez les individus autochtones qui vivent dans les villes. Cela les expose à un risque d'infection par le VIH.
- ❖ La violence sexuelle à l'endroit des enfants représente un problème de taille qui a des répercussions sur les déterminants sociaux de la santé, va de pair avec des comportements à risque et rend les individus plus vulnérables à l'infection.
- ❖ Il faut pour les femmes autochtones séropositives une stratégie économique qui ira au-delà du principe de participation accrue des personnes vivant avec le VIH/sida et qui reconnaîtra la nature épisodique du VIH.
- ❖ Nous devons également valoriser la résilience des femmes autochtones, leur force et leur capacité de survivre et moins insister sur les aspects négatifs. Lors de récentes consultations, on a suggéré de compiler un livre sur le modèle « Bouillon de poulet pour l'âme des femmes autochtones », qui renfermerait des récits de résilience chez les femmes autochtones.

4.4 Thème : Rôle de la migration — Wangari Tharao

Wangari Tharao, chef de programme et de recherche, Centre de santé communautaire Women's Health in Women's Hands, a reconnu certaines lacunes dans la recherche et dans les connaissances accumulées sur le VIH et les femmes de certaines populations spécifiques :

- ❖ On déplore l'absence relative de données et de recherches sur le rôle de la migration dans le VIH. On suppose habituellement que les personnes immigreront lorsqu'elles sont déjà infectées. Or, selon des données du Royaume-Uni et de l'Ontario, un nombre substantiel d'individus des communautés noires contractent le virus après leur immigration, lorsqu'ils retournent dans leur pays d'origine.
- ❖ Il est important de s'assurer que la recherche reflète l'impact du « transnationalisme » et de la migration entre les divers lieux fréquentés par les citoyens du globe; comment les déplacements entre différents points où vivent les gens influent-ils sur le diagnostic du VIH, sur la capacité de s'adapter et/ou de limiter la transmission du VIH aux partenaires sexuels? Comment la recherche peut-elle rendre compte de ces expériences?
- ❖ Il faudra approfondir le travail et s'assurer que la recherche se traduise par des gestes concrets et influe sur la pratique. Par exemple, au fil des ans, des travaux ont montré que les directives de dépistage et de counselling s'appliquent différemment

LES FEMMES ET LA PRÉVENTION DU VIH AU CANADA : LE PASSÉ, LE PRÉSENT ET L'AVENIR
IMPLICATIONS POUR LA RECHERCHE, LES POLITIQUES ET LES PRATIQUES

selon les contextes, ce qui a donné lieu à des expériences malheureuses qui ont été documentées. Or, on semble s'être peu inspiré de ces travaux pour veiller à ce que les directives soient appliquées correctement et avec constance.

- ❖ Nous devons élargir la discussion sur la recherche au-delà des sciences sociales, là où le discours sur la femme et le VIH a tendance à se concentrer. Par exemple, les personnes des pays africains ont contracté des souches/sous-types de virus différents de ceux que l'on rencontre communément en Amérique du Nord. Nous devons comprendre si cela occasionne des différences sur les plans de la transmissibilité, de l'issue clinique, de la progression de la maladie, etc.
- ❖ Nous devons déterminer de quelle façon utiliser la recherche pour qu'elle réduise l'impact de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH. On entend beaucoup parler de cadre anti-oppression, mais finalement, très peu de détails filtrent à sujet.
- ❖ Nous devons développer des programmes et des stratégies spécifiques aux populations pour combattre efficacement l'épidémie.
- ❖ Pour mettre en œuvre des programmes culturellement adaptés, les chercheurs et les intervenants de première ligne doivent bien comprendre les risques de transmission du VIH inhérents à certaines pratiques culturelles dont on ne parle pas ouvertement, comme la polygamie, la mutilation génitale des femmes, l'hygiène vaginale, etc.

4.5 Thème : Il faut travailler ensemble — J. Evin Jones

J. Evin Jones, directeur administratif, Pacific AIDS Network, a reconnu la nécessité de multiplier les occasions pour que les travailleurs de première ligne, les fournisseurs de services et les chercheurs de tout le pays mettent en commun les solutions, les pratiques optimales et les programmations novatrices qu'ils ont appliquées avec succès sur le terrain, et évitent ainsi de travailler en vase clos. Plusieurs femmes qui ont assuré le leadership à différents échelons de la lutte contre le VIH en recherche ont enregistré de belles réussites au chapitre des soins primaires et dans les communautés. Nous devons travailler à encourager et à former la prochaine génération de femmes qui seront appelées à prendre la relève, y compris les jeunes et autres groupes sous-représentés à la table, comme les femmes autochtones et transgenres.

Période de questions

Au cours de la discussion qui a suivi, d'autres points ont été soulevés :

- ❖ L'anonymat du dépistage est une arme à deux tranchants. D'un côté, il permet de régler bon nombre des problèmes qui peuvent menacer la protection des

LES FEMMES ET LA PRÉVENTION DU VIH AU CANADA : LE PASSÉ, LE PRÉSENT ET L'AVENIR
IMPLICATIONS POUR LA RECHERCHE, LES POLITIQUES ET LES PRATIQUES

renseignements personnels et empêcher encore beaucoup de gens de se soumettre au test. Et de l'autre côté, il fait en sorte que les individus échappent au système de surveillance et rend plus difficile le suivi des populations les plus durement touchées par l'épidémie. En un certain sens, le fait qu'on demande l'anonymat des tests témoigne de la stigmatisation et de la discrimination entourant le VIH.

- ❖ La migration intérieure est un problème croissant, surtout en période de crise économique; on remarque entre autre un retour vers les Maritimes des personnes qui travaillaient dans les champs de pétrole.
- ❖ Il faut un programme de prévention orienté vers les hommes hétérosexuels qui sont nombreux à vivre l'isolement. S'ils ne parlent pas, ils risquent de ne jamais commencer à utiliser le condom à la maison, ce qui expose les femmes à un risque.
- ❖ Nous devons fournir une aide aux femmes immigrantes afin qu'elles trouvent du travail et exploitent leur plein potentiel.
- ❖ Inspot (www.inspot.org) est un site Internet utilisé par les hommes gais pour informer leurs partenaires sexuels par courriel. Il peut être utilisé par tout le monde au pays, mais n'a été publicisé qu'à Toronto et à Ottawa.

5 Récapitulatif et remerciements

La D^{re} Gahagan a remercié les présentateurs et les participants pour leur contribution au déroulement de la journée en faisant remarquer qu'elle avait permis de tracer un portrait très large de la recherche sociale sur les femmes et le VIH. Elle a informé le groupe que les actes de la réunion allaient éventuellement être disponibles et a demandé aux participants de rester en contact pour fournir leurs suggestions, y compris en ce qui concerne des articles. En terminant, elle a tenu à remercier les commanditaires et organisateurs de la journée.

Annexe 1 : Biographies des présentateurs

Chris Archibald, MDCM, M.Sc.S., FRCPC, directeur, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de la santé publique du Canada. Chris a obtenu son doctorat de l'Université McGill, à Montréal, Canada; il a ensuite étudié la médecine de famille à l'Université de la Colombie-Britannique, à Vancouver. Après avoir exercé en tant qu'omnipraticien pendant un an, il est retourné à l'Université de la Colombie-Britannique pour se spécialiser en médecine communautaire et santé publique. Pendant sa formation, le

LES FEMMES ET LA PRÉVENTION DU VIH AU CANADA : LE PASSÉ, LE PRÉSENT ET L'AVENIR
IMPLICATIONS POUR LA RECHERCHE, LES POLITIQUES ET LES PRATIQUES

D^r Archibald a publié plusieurs articles sur les facteurs de risque de sarcome de Kaposi associé au VIH chez les hommes gais à Vancouver. Après avoir obtenu son accréditation de spécialiste, il a travaillé en Malaisie en surveillance sentinelle du VIH et à Singapour en évaluation des interventions comportementales des travailleurs de l'industrie du sexe. Depuis 1995, il est directeur de la Division de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/sida à l'Agence de la santé publique du Canada, à Ottawa. En plus de ses responsabilités à l'échelle nationale, le D^r Archibald s'est joint à divers projets sur le VIH/sida en Colombie, dans les Caraïbes, en Europe de l'Est et en Asie du Sud pour soutenir le rôle de l'Agence de centre de collaboration du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA).

Greta Bauer, Ph.D., M.H.P., professeure adjointe, Université de Western Ontario. Greta est professeure adjointe en épidémiologie et statistiques biologiques à l'Université de Western Ontario. Elle s'intéresse tout particulièrement à la méthodologie de recherche pour les communautés marginalisées, avec un accent sur le VIH, les infections transmises sexuellement et la santé des communautés des minorités sexuelles et de genre. Son travail sur le VIH a touché la biologie, le comportement et les aspects sociaux de l'infection, avec un accent particulier sur les méthodes de recherche quantitative.

Kevin Barlow, agent en chef, Politiques et recherche, Réseau canadien autochtone du sida. Kevin est un Indien Micmac de la Première nation d'Indian Island, au Nouveau-Brunswick. Il travaille dans le domaine du VIH depuis plus de 17 ans, ayant commencé à titre d'intervenant en toxicomanie sur sa réserve. En tant que conseiller, Monsieur Barlow a développé la stratégie autochtone sur le VIH/sida au Canada. Il a également développé de nombreuses autres ressources sur le VIH pour les prisonniers et les jeunes, en plus, entre autres, de diriger la recherche sur les écoles résidentielles et le savoir-faire culturel.

Louise Binder, présidente du Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements (CCSAT) et vice-présidente de l'organisme Voices of Positive Women. Louise est également membre du Comité consultatif communautaire du Réseau canadien pour les essais VIH; membre fondatrice du Plan intégral d'action sur le VIH/sida et les femmes; présidente du Comité consultatif canadien pour le Ukrainian HIV+ Children's Hospital Project, dirigé par la Société canadienne de santé internationale; et membre du Conseil suprême de la Coalition mondiale sur les femmes et le VIH. Louise a participé à bon nombre d'interventions dans sa communauté au cours des treize dernières années, notamment l'intervention visant à sauver, puis à augmenter, le financement fédéral pour le VIH/sida; l'intervention au niveau des gouvernements fédéral et provincial pour un accès opportun à des médicaments sûrs et efficaces; et l'intervention en vue d'assurer un accès précoce aux médicaments en voie de développement au sein de l'industrie pharmaceutique.

Anne Marie DiCenso, directrice administrative, Prisoners' HIV/AIDS Support Action

LES FEMMES ET LA PRÉVENTION DU VIH AU CANADA : LE PASSÉ, LE PRÉSENT ET L'AVENIR
IMPLICATIONS POUR LA RECHERCHE, LES POLITIQUES ET LES PRATIQUES

Network. Au cours des 17 dernières années, Anne Marie a travaillé sur des questions liées aux personnes détenues au Canada. Son travail découle d'un cadre de réduction des préjudices et d'anti-oppression, et s'intéresse principalement aux femmes, aux marginaux des rues et aux personnes vivant avec le VIH/sida. Anne Marie travaille pour le PASAN (Prisoners' HIV/AIDS Support Action Network) depuis 13 ans et en est la directrice administrative depuis plus de 5 ans. Anne Marie a fait des présentations devant la Commission canadienne des droits de la personne sur les femmes en prison, la criminalisation et la divulgation du VIH chez les femmes, ainsi que devant les auditeurs de la chaîne radiophonique de Radio-Canada, sur la réduction des préjudices et le VIH/sida. Anne Marie a également rédigé de nombreux articles et articles d'opinion sur le VIH/sida et les prisons. Elle siège au Conseil d'administration de la HALCO (HIV/AIDS Legal Clinic of Ontario) et de l'organisme APAA (Africans in Partnership Against AIDS).

Dionne A. Falconer, DA Falconer & Associates Inc., est conseillère dans le domaine du VIH/sida, de la santé et des questions sociales au Canada et sur la scène internationale. Elle est l'auteure de nombreux rapports, notamment du récent rapport intitulé Passer à l'action devant le VIH et le sida dans les communautés noires du Canada : une ressource pour aller de l'avant (Passer à l'action). Elle présentera de l'information tirée d'entrevues et de groupes de discussion nationaux pour Passer à l'action.

Jacqueline Gahagan, Ph.D., professeure en promotion de la santé, Université Dalhousie. La professeure Gahagan enseigne aux étudiants de premier et deuxième cycles universitaires dans les domaines de la promotion de la santé communautaire, de la mesure et de l'évaluation et de la santé des femmes et de l'environnement. Jacqueline fonde ses recherches sur les aspects sociaux et comportementaux du VIH/hépatite C et sur la santé sexuelle, avec un accent tout particulier sur le sexe comme déterminant clé de la santé. Ses recherches courantes incluent la prévention du VIH chez les femmes au Canada, le counselling et le dépistage du VIH, le recours aux services de santé chez les jeunes adultes, le développement d'indicateurs de santé sexuelle et les processus d'examen déontologique, entre autres. Avant d'entrer à l'Université Dalhousie, Jacqueline a travaillé en santé publique dans les domaines de la consommation de drogues et la lutte contre le tabagisme, la prévention et l'éducation sur le VIH/VHC et la santé sexuelle féminine. Jacqueline a pendant vingt années travaillé et fait du bénévolat dans les domaines de la défense des droits des personnes vivant avec le VIH/sida, de la recherche sur le VIH/VHC et de la planification et de l'évaluation des programmes sur la santé sexuelle.

Marc-André Gaudreau, gestionnaire, Élaboration de programmes et démarches fondées sur des données probantes, Division des politiques, de la coordination et des programmes sur le VIH/sida, Agence de la santé publique du Canada. Marc-André a reçu une M.A. (économie) de l'Université d'Ottawa en 1999. Ses principaux domaines de recherche étaient l'économie de la santé et l'efficacité des systèmes de soins de

LES FEMMES ET LA PRÉVENTION DU VIH AU CANADA : LE PASSÉ, LE PRÉSENT ET L'AVENIR
IMPLICATIONS POUR LA RECHERCHE, LES POLITIQUES ET LES PRATIQUES

santé publics. Il a débuté sa carrière à la fonction publique fédérale, au ministère des Finances, en 1998. Depuis 2000, il travaille à l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC)/Santé Canada, en développement et mise en œuvre des programmes et politiques, ainsi que dans divers domaines liés à la promotion de la santé et à la prévention des maladies. Il est actuellement gestionnaire, Élaboration de programmes et démarches fondées sur des données probantes, à la Division des politiques, de la coordination et des programmes sur le VIH/sida de l'ASPC, où il est responsable de l'élaboration des directives pour les professionnels de la santé (p. ex., directives de counselling pour le dépistage du VIH), ainsi que de la gestion des programmes nationaux de financement du VIH/sida.

Saara Greene, Ph.D., professeure adjointe, Université McMaster. Saara est professeure adjointe à la Faculté du travail social de l'Université McMaster. Elle a derrière elle une longue histoire de pratique et recherche en santé des femmes et s'intéresse tout particulièrement aux expériences des familles qui sont affectées par le VIH. Saara est co-chercheuse principale dans le cadre de l'étude Positive Spaces, Healthy Places, un projet de recherche communautaire qui examine les questions entourant le VIH, le logement et la santé. En partenariat avec l'organisme Fife House, un organisme communautaire de services de logement à l'intention des personnes vivant avec le VIH/sida, Saara effectue actuellement des recherches sur les besoins en logement et les expériences des mères qui vivent avec le VIH.

Clare Jackson, analyste des politiques (populations), Division des politiques, de la coordination et des programmes sur le VIH/sida, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de la santé publique du Canada. Clare détient un baccalauréat en affaires publiques et gestion des politiques de l'Université Carleton, avec spécialisation en droits de la personne. Elle travaille au gouvernement fédéral depuis 2005, d'abord en tant qu'analyste des politiques stratégiques à la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada, et maintenant en tant qu'analyste des politiques à la Division des politiques, de la coordination et des programmes sur le VIH/sida de l'Agence de la santé publique du Canada. Elle travaille actuellement sur un projet en particulier, le développement d'un rapport d'étape sur le VIH/sida pour les populations autochtones.

J. Evin Jones, B.A., LL.B., directeur administratif, Pacific AIDS Network. Evin a servi de directeur administratif à la YouthCO AIDS Society, le seul organisme de services liés au VIH/sida axé sur les jeunes au Canada, s'occupant exclusivement des besoins des jeunes vivant avec le VIH, l'hépatite C, à risque et touchés, et à la Vancouver Friends for Life Society, un organisme communautaire dirigeant un centre de santé et de mieux-être novateur pour les personnes vivant avec des maladies mortelles. Depuis septembre 2008, Evin est directeur administratif au Pacific AIDS Network, un réseau provincial de 37 organismes voués au VIH/sida ou qui dirigent des programmes pour fournir les soins, le traitement et le soutien aux personnes vivant avec le VIH/sida ou à risque, ou pour satisfaire leurs besoins en matière d'éducation et de prévention (voir

LES FEMMES ET LA PRÉVENTION DU VIH AU CANADA : LE PASSÉ, LE PRÉSENT ET L'AVENIR
IMPLICATIONS POUR LA RECHERCHE, LES POLITIQUES ET LES PRATIQUES

www.pacificaidnetwork.org). Evin cherche à élargir le réseau PAN et explore les façons de l'impliquer encore davantage, en Colombie-Britannique, dans la recherche communautaire touchant les personnes vivant avec le VIH/sida et les déterminants sociaux de la santé, notamment le logement.

Mona Loufty, M.D., FRCPC, M.P.H., infectiologue et chercheuse clinique à l'Université de Toronto. La D^{re} Loufty est actuellement professeure adjointe à l'Université de Toronto et infectiologue et chercheuse clinique au Women's College Hospital. Elle a une pratique privée axée sur le VIH à la clinique médicale Maple Leaf, un centre de pratique en groupe au centre ville de Toronto, qui offre des soins à plus de 2 500 patients séropositifs, où elle est aussi directrice de la recherche. Ses intérêts en recherche sont les femmes et le VIH, avec un accent particulier sur la planification des naissances et les effets indésirables des traitements anti-VIH, tels que la lipodystrophie. Elle a mis sur pied un programme de recherche sur les femmes et le VIH en 2006 au Women's College Research Institute pour aborder ces besoins. La D^{re} Loufty travaille dans le contexte d'une approche communautaire impliquant une multitude de membres et de groupes représentant les collectivités directement concernées par sa recherche, et elle collabore étroitement avec eux à toutes les étapes de sa recherche.

Shari Margolese, Voices of Positive Women. Shari est co-chercheuse principale dans le cadre de plusieurs projets de recherche, y compris celui du développement d'une initiative ontarienne de planification des naissances en présence du VIH et de directives nationales sur la planification des naissances en présence du VIH pour répondre aux besoins des personnes vivant avec le VIH en matière de fertilité et de planification des naissances. Shari fait du bénévolat au sein de l'organisme Voices of Positive Women (VOPW), à Toronto, dans le cadre du Plan intégral d'action sur le VIH/sida et les femmes, au Canada, et au sein de l'organisme ATHENA. Ses rôles incluent la gouvernance, l'élaboration des politiques, programmes et ressources, ainsi que la défense des droits et l'éducation, aux niveaux local, régional, national et international.

Doris Peltier, coordonnatrice au Programme de développement des aptitudes de leadership des femmes autochtones, porte-parole pour les AVVIH, Réseau canadien autochtone du sida. Doris est âgée de 52 ans et est séropositive. Elle est conseillère Odawa et vit dans sa communauté de la Première nation de Wikwemikong. Elle travaille actuellement pour le Réseau canadien autochtone du sida à titre de coordonnatrice au Programme de développement des aptitudes de leadership des femmes autochtones, et est également porte-parole des Autochtones vivant avec le VIH/sida. Doris possède six années d'expérience de travail et de bénévolat avec les Autochtones vivant avec le VIH/sida aux niveaux local, régional et national. Les questions préoccupant les femmes autochtones et la mobilisation du leadership, ainsi que son rôle de porte-parole (local, régional et national) des Autochtones vivant avec le VIH sont au sommet de sa liste d'activités.

Tracey Prentice, aspirante au doctorat, Université d'Ottawa. Tracey Prentice est une

LES FEMMES ET LA PRÉVENTION DU VIH AU CANADA : LE PASSÉ, LE PRÉSENT ET L'AVENIR
IMPLICATIONS POUR LA RECHERCHE, LES POLITIQUES ET LES PRATIQUES

chercheuse qualitative communautaire engagée à l'égard de l'équité et de la justice sociale. Elle a travaillé pendant six ans avec les communautés autochtones et non autochtones afin de mieux comprendre l'impact du VIH/sida sur différents groupes, et plus particulièrement sur les femmes et les jeunes. Ses sujets de recherche incluent la dépression chez les Autochtones vivant avec le VIH/sida, le dépistage du VIH et les soins, l'inclusion des personnes vivant avec le VIH au sein des organismes de lutte contre le sida, l'élaboration de politiques anti-discrimination liées au VIH et l'utilisation de méthodes orientées vers les arts dans la prévention du VIH. Tracey a également travaillé avec des femmes indigènes en Inde pour développer un instrument de recherche qui tienne compte de la culture et qui soit sensible au genre. Elle est titulaire d'une M.A. en anthropologie culturelle et termine actuellement un programme de Ph.D. en santé communautaire à l'Université d'Ottawa, où elle détient une bourse de formation doctorale des IRSC en recherche communautaire autochtone sur le VIH/sida. Ses intérêts courants en matière de recherche incluent les déterminants sociaux de la santé, avec un accent particulier sur la culture et le genre, la santé mentale et l'utilisation de méthodes de recherche participative orientées vers les arts pour apporter un changement au niveau des politiques et des programmes.

Zena Sharman, directrice adjointe, Instituts de recherche en santé du Canada - Institut de la santé des femmes et des hommes. Zena est diplômée des universités de Western Ontario et Simon Fraser. Zena est actuellement aspirante au doctorat dans le cadre du programme d'études interdisciplinaires de l'Université de la Colombie-Britannique. Sa recherche doctorale, qui met l'accent sur les conditions de travail des aides de maintien à domicile dans les communautés rurales et éloignées, reflète son intérêt confirmé pour la santé des hommes et des femmes.

Marcie Summers, directrice administrative, Positive Women's Network. Marcie travaille depuis longtemps dans le domaine des services sociaux, et plus particulièrement en santé des femmes, violence faite aux femmes et VIH/sida. Marcie défend également avec hardiesse les intérêts de la communauté des femmes vivant avec le VIH/sida. Elle estime que les femmes sont les mieux placées pour créer et soutenir leurs meilleures pratiques de santé. Directrice administrative au Positive Women's Network depuis plus de quinze ans, Madame Summers joue un rôle national prépondérant dans le cadre des questions entourant les femmes et le VIH/sida.

Ruthann Tucker, directrice principale des Initiatives communautaires et développement organisationnel au Réseau ontarien de traitement du VIH (ROTV). Ruthann est co-chercheuse principale dans le cadre de l'étude de recherche communautaire Positive Spaces, Healthy Places.

Wangari Tharao, chef de programme et de recherche, Centre de santé communautaire Women's Health in Women's Hands. Wangari est également aspirante au doctorat dans le cadre du programme de sciences de la santé et du comportement de l'école de santé publique Dalla Lana de l'Université de Toronto. Elle a siégé au sein de divers conseils,

LES FEMMES ET LA PRÉVENTION DU VIH AU CANADA : LE PASSÉ, LE PRÉSENT ET L'AVENIR
IMPLICATIONS POUR LA RECHERCHE, LES POLITIQUES ET LES PRATIQUES

groupes de travail et comités consultatifs et de révision, y compris le comité de révision scientifique du ROTV, le Comité consultatif ontarien de lutte contre le VIH et le sida, le Groupe de travail ontarien sur le VIH endémique et le Conseil du ministre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida. Elle est actuellement co-présidente de l'African and Caribbean Council on HIV/AIDS in Ontario (ACCHO), présidente du conseil exécutif de l'African and Black Diaspora Global Network on HIV and AIDS et membre du comité consultatif communautaire du ROTV.

Mark Tyndall, M.D., Sc.D., FRCPC, professeur agrégé de médecine, Université de la Colombie-Britannique, et chef du Service des maladies infectieuses à l'Hôpital St-Paul. Il s'est joint au BC Centre for Excellence in HIV/AIDS en 1999, où il est directeur des programmes en épidémiologie. Il conduit actuellement un certain nombre de projets de recherche à Vancouver, dont des études épidémiologiques sur la transmission du VIH et de l'hépatite C, les traitements antirétroviraux et l'observance thérapeutique chez les utilisateurs de drogues injectables, ainsi que l'impact des stratégies de réduction des préjudices sur la prévention du VIH.

Autres renseignements

Pour plus d'information, y compris pour obtenir une version électronique de ce document et l'enregistrement vidéo des présentations, visitez www.catie.ca/CAHR-women ou www.catie.ca/ACRV-femmes ou

Jacqueline Gahagan, Ph.D.
Professeure en promotion de la santé
Faculté de santé et de performance humaine
6230, rue South
Université Dalhousie
Halifax (Nouvelle-Écosse)
B3H 3J5
Canada
Jacqueline.gahagan@dal.ca